

**GIANNA LEPRE PERIM**

# **Avaliação da Educação Superior: uma experiência na Educação Médica**



**INESCO**  
Instituto de estudos em saúde coletiva

**abem**  
associação  
brasileira de  
educação  
médica

**FACULDADES  
pequeno  
PRÍNCIPE**

**AVALIAÇÃO DA  
EDUCAÇÃO SUPERIOR:  
UMA EXPERIÊNCIA NA  
EDUCAÇÃO MÉDICA**



**GIANNA LEPRE PERIM**

**AVALIAÇÃO DA  
EDUCAÇÃO SUPERIOR:  
UMA EXPERIÊNCIA NA  
EDUCAÇÃO MÉDICA**



1ª edição  
2020

© 2020 Gianna Lepre Perim

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

EDITOR RESPONSÁVEL: Marcio José de Almeida

CONSELHO EDITORIAL DO INESCO:

Alberto Durán Gonzalez

Elaine Rossi Ribeiro

João José Batista de Campos

Marcio José de Almeida

Roberto Zonato Esteves

PROJETO GRÁFICO: Visualità Casa de Design

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca Zoraide Gasparini CRB9/1529

---

P521a

PERIM, Gianna Lepre

Avaliação da educação superior: uma experiência na educação médica/ Gianna Lepre Perim. — Apresentação INESCO (Instituto de Estudos em Saúde Coletiva) por João José Batista de Campos, apresentação ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica) por Nildo Alves Batista, apresentação Faculdades Pequeno Príncipe (FPP) Izabel Cristina Meister Martins Coelho; apresentação Colegiado do Curso de Medicina da UEL por João José Batista de Campos e Neide Tomimura Costa. — Prefácio de Márcio José de Almeida; Posfácio de Ipojuca Calixto Fraiz. – Londrina : INESCO, 2020.

263 p. : il. 15 x 21 cm.

ISBN 978-65-87839-01-1

1. Currículo – Avaliação. 2. Avaliação formativa. 3. Metodologia Ativa. 4. Ensino aprendizagem. 5. Educação médica. 6. Medicina - UEL. I. Universidade Estadual de Londrina. II. ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica. III. FPP - Faculdades Pequeno Príncipe. IV. Título.

CDD 378.81

---

ISBN 978-65-87839-01-1

Depósito legal na Câmara Brasileira do Livro (CBL)

À minha mãe, por tudo e para sempre.  
(*in memoriam*)

E aos meus filhos com todo o meu amor.

“Seja menos curioso sobre as pessoas e mais  
curioso sobre as ideias.”

*(Marie Curie 1867-1934)*

## AGRADECIMENTOS

A publicação deste estudo, fruto da minha tese de doutorado, só está sendo possível em função do apoio de dois conhecidos nomes da história da Educação Médica brasileira nas últimas décadas: os professores e colegas de universidade Marcio Almeida e João Campos.

O próprio estudo surgiu a partir das indagações de ambos sobre as mudanças implementadas no Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina - UEL nos anos 90, das quais, juntamente com outros atores, foram grandes protagonistas. Motivada pela riqueza do processo vivenciado pelo Curso, somada aos desafios da avaliação da Educação Superior que meu orientador, o renomado Professor José Dias Sobrinho, me apresentava, nascia a ideia do projeto original, desenvolvido entre 2003 e 2007.

Por isso, primeiramente, agradeço à UEL, em especial ao Centro de Educação Física pelo apoio para realizar o doutorado, e ao Curso de Medicina, aqui compreendidos todos os envolvidos no projeto de avaliação do Curso, materializado pelo SIAMed – Sistema Integrado de Avaliação do Curso de Medicina da UEL. Agradeço também o apoio da atual Coordenação do Colegiado do Curso, na pessoa da Prof<sup>ª</sup>. Neide Tomimura Costa.

Desde a defesa da tese, o Prof. Marcio Almeida, que foi também meu coorientador, cobrava a publicação do estudo. Chegamos a iniciar o trabalho, mas em função de outros compromissos profissionais que assumi, não foi possível finalizá-lo naquele momento. Desde então, me distanciei do tema e voltei a atuar na minha área de origem, o Esporte. Mas ele nunca desistiu! Passados mais de 10 anos, após muita insistência da parte dele, somada agora ao incentivo do Prof. João Campos, como Presidente do iNESCO – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, juntos publicaram a tese em sua



Biblioteca Virtual, disponível em <http://www.inesco.org.br/publicacoes/livros/gianna/avaliacao-educacao-superior/>, com o desafio de transformá-la em livro para ser lançado no 5º Congresso Paranaense de Saúde Pública/Coletiva em julho de 2020.

Enfim, aqui estamos, honrando o convite e agradecendo o incentivo e apoio incansáveis dessa dupla para tornar o livro uma realidade, que ganhou mais densidade com o Prefácio assinado pelo próprio Prof. Marcio Almeida, e o Posfácio de autoria do Prof. Ipojukan Fraiz, que além de agregarem valor ao conteúdo, contribuíram para lhe conceder atualidade.

Agradeço ainda o apoio da ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica, na pessoa do Prof. Nildo Batista, seu atual presidente, e ao Programa de Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe/PR, na pessoa da Prof.<sup>a</sup> Izabel Coelho, por seguirem apoiando iniciativas que visam aprofundar a compreensão da avaliação como ferramenta de aprimoramento e qualificação dos cursos médicos e de outras áreas da saúde.

Sou muito grata pelas palavras de cada um deles nas apresentações e textos que assinam, que me fizeram acreditar que, mesmo depois desse período, o estudo ainda tem um papel a cumprir.

Por fim, faço um agradecimento especial ao meu orientador, o Professor José Dias, grande mentor do estudo, e responsável pelo meu encantamento pela avaliação. Para além de ter me instigado e conduzido durante o doutorado, por sua inestimável contribuição para a Educação Superior no Brasil.

Campinas, maio de 2020.

**Gianna Lepre Perim**

# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÕES</b>	
iNESCO - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva .....	01
ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica .....	03
Mestrado Acadêmico em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe (PECS/FPP) .....	05
Colegiado do Curso de Medicina da UEL .....	07
<b>PREFÁCIO</b> .....	11
Marcio José de Almeida	
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	21
<b>CAPÍTULO I – EDUCAÇÃO SUPERIOR E AVALIAÇÃO</b> .....	27
1.1 A Educação Superior brasileira e a reforma universitária na perspectiva da avaliação .....	27
1.2 A avaliação do Ensino Superior brasileiro .....	33
1.3 Modelos de Avaliação implantados no Brasil a partir da década de noventa .....	36
- Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras – PAIUB .....	36
- Exame Nacional de Cursos – ENC .....	40
- Novos rumos para a Avaliação da Educação Superior .....	43
- Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES .....	50

<b>CAPÍTULO II – A EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL .....</b>	<b>61</b>
2.1 Mudança de paradigma na Educação Médica .....	61
2.2 A necessidade da mudança no processo de formação .....	66
2.3 Novas Diretrizes Curriculares para os cursos de medicina .....	70
 <b>CAPÍTULO III – A AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL .....</b>	 <b>77</b>
3.1 Iniciativas nacionais para os cursos de medicina .....	77
- Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM .....	78
- Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares no Ensino Médico – PROMED.....	82
- Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE .....	87
- Avaliação das Condições de Ensino dos Cursos de Graduação em Medicina – INEP/MEC .....	92
3.2 Novos rumos para a Avaliação da Educação Médica .....	100
- A proposta da Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM .....	100
 <b>CAPÍTULO IV – UMA EXPERIÊNCIA DE MUDANÇA NA EDUCAÇÃO MÉDICA .....</b>	 <b>109</b>
4.1 O Curso de Medicina da UEL.....	110
4.2 A mudança curricular .....	115
4.3 O currículo integrado do Curso de Medicina da UEL .....	120
- O modelo pedagógico .....	120
- Organização curricular e gestão acadêmico- administrativa do Curso .....	125

<b>CAPÍTULO V – A AVALIAÇÃO DO CURSO DE</b>	
<b>MEDICINA DA UEL</b> .....	129
5.1 A concepção da proposta de Avaliação .....	129
5.2 Uma experiência local frente à proposta nacional de Avaliação da Educação Superior: SIAMed x SINAES .....	132
5.3 O modelo de avaliação .....	134
5.3.1 Avaliação interna .....	136
5.3.2 Avaliação externa .....	141
5.3.3 Resultados .....	143
5.3.4 Meta-avaliação .....	145
5.4 O impacto do processo avaliativo no Curso de Medicina da UEL .....	147

<b>CAPÍTULO VI – O DESEMPENHO DOS ESTUDANTES DE</b>	
<b>MEDICINA EM EXAME NACIONAL</b> .....	161
6.1 Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE .....	164
6.1.1 A prova do ENADE .....	168
6.1.2 A prova da área de Medicina – ENADE 2004 .....	171
6.1.3 Evidência de validade das provas do ENADE .....	180
6.2 Resultados do ENADE 2004 – Medicina .....	182
6.2.1 O desempenho dos estudantes de Medicina frente a outras áreas de conhecimento .....	182
6.2.2 O desempenho dos estudantes de Medicina da UEL frente aos resultados nacionais .....	186
- O perfil do estudante de Medicina .....	186
- Resultados de ingressantes e concluintes na formação geral e no componente específico .....	188



## APRESENTAÇÃO - iNESCO

O Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (iNESCO), entidade científica da área da Saúde Pública/Coletiva, possui no seu corpo dirigente uma diretoria e três conselhos: fiscal, consultivo e editorial. Foi com satisfação que a diretoria aprovou, em 2019, a proposição do seu Conselho Editorial para a publicação do livro da Professora Gianna Lepre Perim.

A saúde coletiva é constituída por três campos de conhecimentos e de práticas: epidemiologia, ciências sociais aplicadas à saúde e política, planejamento e gestão em saúde. Neste último, predominam os estudos com relação aos sistemas e serviços de saúde. Embora integrando o campo, os estudos voltados ou tendo como objeto a vida acadêmica, a formação profissional e em especial a educação médica, apesar de avanços, continuam pouco desenvolvidos.

Em 2007, a tese “Avaliação da Educação Superior: uma realidade na educação médica” foi apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas. A autora, na época professora da Universidade Estadual de Londrina, recebeu elogios pela pesquisa realizada e a recomendação de que os resultados obtidos fossem publicados.

A tese e os originais da sua versão para livro foram avaliados por pares, membros do Conselho Editorial, que emitiram parecer favorável à sua publicação. O iNESCO, avaliando os méritos do estudo e a enorme contribuição que ainda poderá dar para a educação médica, fortalecendo o campo das políticas, planejamento e gestão da saúde coletiva, decidiu

propor à autora, à ABEM e à Faculdades Pequeno Príncipe, a publicação da obra com recursos do seu Fundo editorial.

O livro fará parte da Biblioteca Virtual do iNESCO, em seu site.

Agradecemos a Professora Gianna pelo trabalho realizado e pela cessão dos direitos autorais ao iNESCO e aos coeditores, facilitando esta publicação.

Londrina, maio de 2020.

**João José Batista de Campos**

*Diretor-presidente do iNESCO*

## APRESENTAÇÃO - ABEM

É com muita alegria que, na condição de coeditora, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) participa do lançamento deste livro, uma iniciativa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva - INESCO, em parceria com a Faculdades Pequeno Príncipe.

Consideramos que esta obra traz uma reflexão sobre avaliação a partir de uma experiência única e bastante consolidada de reestruturação da graduação médica no Brasil, estratégia fundamental de transformação e desenvolvimento da Educação Médica. Incorporar este livro no conjunto de publicações que a ABEM, ao longo de seus 62 anos de existência editou, reforça nossa missão de *“Desenvolver a educação médica visando a formação de um profissional capaz de atender às necessidades de saúde da população, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária”*.

O livro tem como alicerce a tese de doutorado da autora, defendida e aprovada na UNICAMP em 2007. Como muito bem explorado pelo professor Marcio Almeida, autor do Prefácio desta obra, *“o estudo realizado há aproximadamente 15 anos, continua sendo contemporâneo, pois esses temas não saíram da ‘ordem do dia’ e seguem sendo objeto de análises e de intervenções no campo das políticas públicas”*.

Apesar da temática continuar sendo contemporânea, o prefácio e o posfácio deste livro situam as novas políticas públicas (de 2007 aos dias atuais), apresentam novas experiências avaliativas e ampliam aspectos conceituais que dialogam e complementam os dados da pesquisa original.

É importante, também, enfatizar a relevância do objeto e do contexto educacional investigado. O contexto nos remete à Universidade Estadual



de Londrina (UEL), especificamente ao seu Curso de Medicina que, em 2007, completava 10 anos de uma mudança curricular histórica no contexto brasileiro. Na fala da autora deste livro, uma *“experiência com as mudanças implementadas no novo currículo em resposta às demandas nacionais e internacionais da Educação Médica”* à época!

A contribuição do Curso de Medicina da UEL à discussão da Educação Médica Brasileira é inquestionável! A participação ativa do curso e de seus professores nos Congressos Brasileiros de Educação Médica, em todo o desenrolar do Projeto CINAEM, no Projeto UNI, na sua evolução para Rede UNIDA, na promulgação das DCNs de 2001 são marcos que fazem parte deste contexto educacional de pesquisa.

Discutir a Avaliação do curso médico significa reassumir nosso compromisso com a divulgação de pesquisas e reflexões que alavanquem a transformação de práticas e a adequação de projetos formativos inovadores, comprometidos com a consolidação do Sistema Único de Saúde e com a formação de profissionais preparados para a integralidade no cuidado ao ser humano.

A comunidade da Educação Médica Brasileira recebe, sem dúvida, uma grande obra! Sua leitura reveste-se de uma efetiva oportunidade de aprofundar a compreensão de pressupostos, teorias e práticas sobre avaliação, com seus embates e dilemas na (re)construção de processos formativos que tenham significado e representem possibilidades efetivas de transformação das práticas profissionais.

São Paulo, maio de 2020.

**Prof. Dr. Nildo Alves Batista**  
*Diretor-presidente da ABEM*

## APRESENTAÇÃO

### **Mestrado Acadêmico em Ensino nas Ciências da Saúde da FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE**

O Programa de Pós-graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe (PECS/FPP) participa como parceiro legítimo desse projeto editorial. Nosso programa surgiu como um dos frutos dos movimentos de mudança na educação médica e dos profissionais de saúde que tiveram lugar em nosso país nas décadas de 1980 e 1990. Em muitos momentos estivemos juntos com professores e estudantes vinculados à Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM, também com a Rede UNIDA e, particularmente, com os dirigentes do curso de medicina e de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina.

Sabíamos que as conquistas em torno das Diretrizes Curriculares para os cursos de medicina e das demais carreiras da área da saúde implicariam em trabalho dobrado. Porque entendíamos que os compromissos se desdobrariam fatalmente em muitos outros, criando círculo virtuoso em contínuo movimento. Apoiar professores, estudantes e dirigentes de cursos novos ou já consolidados, em inúmeras ações para o desenvolvimento dos docentes seria uma tarefa importante e verdadeira. Mas, como ativadores de mudanças que acreditam nas propostas educacionais inovadoras, estávamos dispostos a realizar os esforços e parcerias para implantação e desenvolvimento real, na prática, das Diretrizes Curriculares Nacionais.

Não foi por outro motivo que a primeira das três Linhas de Pesquisa do nosso Mestrado é justamente “Currículo, Processos de Ensino-

aprendizagem e Avaliação na Formação em Saúde”. Nesta linha e nas outras duas – “Educação Permanente e Integração entre Ensino, Serviços de Saúde e Comunidade” e “Gestão Acadêmica e no Sistema Único de Saúde”, temos contribuído com a formação de dezenas de novos mestres e com a produção de pesquisas que buscam compreender e aprofundar o saber docente, o processo de aprendizagem docente-discente e os caminhos da avaliação, contribuindo desta forma para o fortalecimento da área e o desenvolvimento de uma rede de pesquisas em ensino para a área da saúde, compreendendo a sua complexidade.

Um dos nossos colegas, o professor Marcio José de Almeida, autor do prefácio deste livro, foi coorientador da Professora Gianna Lepre Perim em seu doutorado na UNICAMP, ajudando-a no projeto de pesquisa sobre a avaliação do curso de medicina da UEL, que em linhas gerais balizou o Sistema de Avaliação do curso de medicina da Faculdades Pequeno Príncipe. Esse histórico justifica o honroso convite que recebemos para ser coeditores do livro que resultou da tese defendida e aprovada.

A disseminação do conhecimento produzido na academia, especialmente quando dotado de relevância, como é o caso deste projeto editorial, será uma forte contribuição para o entendimento do processo de avaliação e do desenvolvimento da formação médica no nosso meio e para o aprimoramento dos cursos da área da saúde, missão que procuramos realizar especialmente por meio das atividades do nosso Mestrado, carinhosamente denominado PECS.

Curitiba, maio de 2020.

**Professora Doutora Izabel Cristina Meister Martins Coelho**  
*Coordenadora do Programa*

## APRESENTAÇÃO

### Colegiado do Curso de Medicina da UEL

O livro da Prof<sup>a</sup>. Gianna Lepre Perim, a nosso ver, é uma publicação oportuna e certamente será muito útil aos Cursos de Medicina, inclusive ao da UEL, seu objeto de estudo, que completou recentemente 50 anos de existência.

O curso da UEL sempre foi ousado na implantação de propostas curriculares inovadoras, desde a sua origem na Faculdade de Medicina do Norte do Paraná (1967), pelo seu primeiro diretor Dr. Ascêncio Garcia Lopes, seguido por um grande grupo de médicos convidados por ele para integrarem o corpo docente que, em todas as áreas do conhecimento, se destacou como bons profissionais e como grandes mestres.

Entre eles mencionaria a vinda de Nelson Rodrigues dos Santos e Darli Antônio Soares, grandes responsáveis pela implantação do primeiro Posto de Saúde do Paraná, no modelo da Atenção Primária à Saúde, na Vila da Fraternidade, ainda antes da realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata pela OMS (1978).

O primeiro diretor do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina foi Humberto de Moraes Novaes que organizou a Disciplina de Clínica Cirúrgica, junto com um grupo de colegas cirurgiões oriundos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – José Carlos Pareja, João Amorim Filho e José Manela Neto, na Cirurgia do Aparelho Digestivo; José Mario Marcondes dos Reis, na Cirurgia Vascular; e, Lucio Tedesco Marchese, na Cirurgia Pediátrica. Posteriormente, como Departamento de Cirurgia foram agregados vários docentes, vindos de vários centros médicos e alguns profissionais de Londrina, ampliando as disciplinas: Luiz Carlos Coelho Neto Jeolás e João Carlos Thomson, na Cirurgia Torácica;

Lauro Brandina e Antônio Marcos Arnulf Fraga, na Urologia; Pedro Garcia Lopes e Lamartine Correia de Moraes Jr., na Neurocirurgia; Axel Werner Hulsmeyer na Ortopedia e Traumatologia.

Na Clínica Médica, Nelson Morrone, Elza Cotrin Soares, Altair Jacob Mocelin, Pedro Alejandro Gordan, Rachid Tuma Netto, José Eduardo Siqueira, Samuel Silva da Silva, Faissal Muarrek, José Murilo R. Zeitune, José Luís da Silveira Baldy, Joselina Passos; e, Ismar de Oliveira, na Radiologia. Na Patologia, Elias Passos e Dora Grimaldi. Na Farmacologia, João Guerra. Na Cirurgia Pediátrica e na Pediatria, Eduardo Rego Filho, Zuleika Thomson, Ângela Sarah Jamuce de Brito e Fernando Costa também vieram no início do Curso de Medicina da UEL para Londrina e dedicaram toda a vida à constituição de um Curso Médico de qualidade, que teve desde seu início grande projeção nacional.

Desde 1998, o curso vem se desenvolvendo com base em um currículo integrado, que se fundamenta em metodologias ativas de ensino-aprendizagem, na interprofissionalidade e na superação da dicotomia entre o ciclo básico e o ciclo clínico, com destaque para a Aprendizagem Baseada em Problemas, mais conhecida pela sigla PBL (*Problem Based Learning*). A expansão destas inovações por todo o estado do Paraná e pelo Brasil, tem sido uma questão de tempo e de vontades políticas de cada instituição já existente, e em especial dos novos cursos que vêm sendo criados em larga medida na última década.

A avaliação dessa trajetória de mudança curricular no Curso de Medicina da UEL, foi o objeto da tese de doutorado da autora deste livro. Motivada por essa inquietação intelectual, no ano de 2007, os resultados desta investigação foram apresentados originalmente ao Programa de Pós-graduação em Educação, da Universidade Estadual de Campinas, recebendo muitos elogios e a recomendação de que a publicasse, o que acontece agora por meio desta obra.

O Colegiado do Curso e muitos docentes e estudantes receberam com entusiasmo os resultados e conclusões apresentadas pela pesquisadora. Na época, o curso completava 40 anos de existência. Embora passados mais de 10 anos, poucas foram as mudanças na política nacional de avaliação de cursos e o tema segue atual nas discussões sobre a qualidade da formação médica.

A integração com os serviços de saúde, seja na atenção básica ou na atenção especializada através do HU, sempre foi uma vocação do Curso de Medicina da UEL. As parcerias com as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, como também com os Ministérios da Saúde e da Educação, além de organismos internacionais como a OPAS/OMS, a Fundação Kellogg, entre outras, foram importantes para a formação de aproximadamente 5.300 médicos em 67 turmas e na construção do SUS no Paraná.

A necessidade de compreender estes processos de formação para além de suas ações e relações, deram origem ao estudo que foi organizado para compreender o desempenho dos estudantes da UEL, em comparação com outros estudantes da área médica no contexto nacional, por meio da análise dos resultados obtidos pelos concluintes do curso, no Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE), quando o curso obteve o conceito 5 (nota máxima). Além dos instrumentos de autoavaliação e avaliação externa desenvolvido pelo curso, nos moldes do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), criado pelo MEC, em 2004, e que ainda hoje referencia a avaliação da educação superior.

O envolvimento dos professores, da liderança do Colegiado, o apoio das direções de Centro, em especial do CCS e do CCB, neste processo, foram fundamentais para a autora encontrar as respostas às perguntas que ela se fazia: Como avaliar um curso de graduação de forma a conhecer a qualidade da formação de seus estudantes? Quanto a avaliação pode contribuir no fortalecimento de uma concepção de educação superior? Como dimensionar o papel da avaliação nos processos de mudança?

Hoje, há novos desafios a serem vencidos pelo Curso já cinquentão. A sustentabilidade das mudanças tem sido uma responsabilidade de cada nova gestão do curso, com atualizações constantes, mas sem fugir dos princípios traçados desde o seu início em duas perspectivas: o ideal pedagógico e a situação político-institucional.

A perspectiva do ideal pedagógico do que deve ser a boa formação geral do médico, com um entendimento amplo do que seja o processo saúde-doença, como também para que ele venha a ter uma atuação ética e humanista em todas as fases da vida, do nascimento à morte, incorporando

os conhecimentos necessários inclusive para lidar com o fim da vida. Em que medida este ideal vem sendo enfrentado pelas Escolas Médicas hoje?

Nesta perspectiva é interessante observar o quanto uma estratégia de ensino permite vislumbrar a efetivação ou não do SUS num determinado território, oferecendo serviços e a garantia de acesso à população.

O resultado apontado por este trabalho, contribui para a projeção de Londrina nos cenários da saúde e da educação médica. Embora ainda distante dos padrões de países desenvolvidos, o perfil de saúde da cidade é bastante avançado e o Curso de Medicina chegou na frente, substituindo as disciplinas na grade curricular por módulos interdisciplinares se adiantando em relação às Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (Resolução nº 4 do Conselho Nacional de Educação – CNE), aprovadas em novembro de 2001 e que teve vigência até 2014, quando novas diretrizes foram aprovadas pelo CNE.

Estamos diante de novos paradigmas educacionais e assistenciais na educação médica, na qual a avaliação torna-se essencial para acompanhar e melhor orientar as mudanças. A publicação deste livro vem em boa hora, para ser lido, refletido e debatido. Não deve ficar nas prateleiras das bibliotecas ou nos arquivos eletrônicos. Afinal, existem possibilidades de mudança na educação médica a serem construídas e esperamos que estes subsídios trazidos por esta publicação sirvam para os necessários ajustes a serem feitos, não apenas pelo Curso de Medicina da UEL, mas por outros cursos que veem na formação médica de qualidade, o caminho para a materialização do SUS que queremos.

Londrina, maio de 2020.

**João José Batista de Campos**

*Coordenador do Colegiado do Curso (1996 – 1999)*

**Neide Tomimura Costa**

*Coordenadora do Colegiado do Curso (2020 – 2022)*

## PREFÁCIO

*“Mas há ideias que são da família das moscas teimosas: por mais que a gente as sacuda, elas tornam e pousam.”*

*(Uns braços, conto de Machado de Assis)*

Com a publicação deste livro, finalmente o estudo realizado pela Professora Gianna Lepre Perim poderá ser conhecido por um número maior de interessados nos assuntos da saúde, especialmente da educação médica, e nos assuntos da educação superior, especialmente da avaliação institucional.

Como ex-coordenadora da Comissão de Avaliação Institucional da Universidade Estadual de Londrina na década de 1990 e colaboradora da Comissão de Avaliação do Curso de Medicina, a Professora Gianna reunia, na época do seu doutorado na UNICAMP, em meados dos anos 2000, as condições necessárias para contribuir de forma decisiva na construção do Sistema Integrado de Avaliação do Curso de Medicina – SIAMed. Além disso, acompanhou os demais processos avaliativos dos quais o curso participou naqueles anos, como o Mecanismo Experimental de Credenciamento – MEXA – dos Cursos de Medicina no âmbito do setor educacional do MERCOSUL e o Projeto de Avaliação das Tendências de Mudanças das Escolas Médicas, coordenado pela ABEM.

Orientada pelo Professor José Dias Sobrinho, renomado especialista na área da avaliação educacional, acompanhou de perto as discussões e iniciativas que aconteceram no início dos anos 2000, que resultaram na aprovação da nova proposta de avaliação da educação superior nacional,



ocorrida em 2003 e que culminaram com a implantação do SINAES pelo Ministério da Educação em 2004.

Quanto à sua atualidade, se por isso entendermos “algo que acabou de acontecer”, não resta dúvida que o livro não tem essa característica. Mas se entendermos por atualidade algo que não chegou a ser do conhecimento de muitos, este é um livro atual.

Contudo, e mais importante, é que o estudo realizado há aproximadamente 15 anos, continua sendo contemporâneo, pois esses temas não saíram da “ordem do dia” e seguem sendo objeto de análises e de intervenções no campo das políticas públicas.

A explicitação transparente da problemática pesquisada, a formulação de uma complexa e bem elaborada metodologia de busca de dados e de informações, as análises e conclusões cuidadosas e pertinentes da pesquisa continuam contribuindo nos processos avaliativos das IES.

Como tudo na vida, o objeto de estudo da autora e sua pesquisa em si, não estavam soltos no tempo e no espaço. Isto é, talvez melhor seria dizer, “como quase tudo na vida”, pois como nos lembrou Yuval Harari em *Sapiens – Uma breve história da humanidade* (Editora L&PM, 2018), antes do BIG-BANG de 13,5 bilhões de anos atrás, que fez surgir matéria e energia e deu início ao aparecimento de átomos e moléculas, não existia nada. Ou pelo menos não há registro de que existisse algo...

O fato é que o objeto de estudo e a pesquisa que deram origem a este livro estavam ancorados no tempo e no espaço. Com relação ao tempo, tinham raízes na última década do Século XX, ou seja, nos anos 1990, cujas ramificações sustentavam boa parte da problemática investigada no doutorado realizado em 2003-2007 – a avaliação da educação médica. Com relação ao espaço, existiam realidades em quatro grandes contextos que circundavam o objeto de estudo e a pesquisa realizada, a saber: a) o contexto do curso de medicina estudado; b) o contexto das iniciativas internacionais de mudança na formação dos profissionais de saúde; c) o contexto das políticas públicas da gestão do trabalho e da educação em saúde; e, d) o contexto das propostas e projetos de avaliação da educação médica/das escolas médicas.

2007, ano da apresentação, defesa e aprovação da tese que deu origem a este livro, era também o ano em que o curso de medicina da Universidade Estadual de Londrina - UEL completava 40 anos de existência. O curso, seus dirigentes e sua comunidade acadêmica, constituída de centenas de professores, estudantes e funcionários técnico-administrativos, encontravam-se também às vésperas de completar 10 anos da implantação de um projeto pedagógico inovador e que começava a ser conhecido como “o currículo integrado do curso de medicina da UEL”.

A leitura do livro permitirá ao leitor tomar conhecimento ou recordar fatos acerca das realidades existentes “antes e durante” a realização da pesquisa, da defesa da tese e da redação do “miolo” desse livro. Neste momento apresentamos subsídios para que o leitor contextualize para hoje e projete para amanhã, para cada um dos quatro contextos mencionados, as lições e reflexões propiciadas pela pesquisadora, que vão muito além dos muros de um curso de medicina, e podem iluminar caminhos para outras escolas médicas no campo da avaliação.

Sobre o primeiro contexto mencionado, do curso de medicina da UEL, que foi objeto da pesquisa realizada e que foi aprofundado no Capítulo 4 do livro, ao completar seus primeiros 50 anos de existência, da mesma forma que nos seus 40 anos anteriores à época do estudo realizado, continua sendo motivo de orgulho para seus estudantes, professores, para as instituições públicas, privadas e para a sociedade regional. O curso foi criado em 1967, durante a década do primeiro “boom” de expansão das Escolas Médicas no país, que de 35 em 1960 chegaram a 57 em 1969. Sua trajetória, sempre tendo sido um curso inovador, com competências e qualidades reconhecidas pela comunidade interna e externa, não impediu as frequentes e contínuas mudanças que viveu e vive. Ao contrário, sempre as estimulou e é, em nossa opinião, um dos motivos de manter-se vivo e desafiador, atraindo ano após ano, milhares de pretendentes às suas vagas.

Embora de boa qualidade, graças à dedicação de seus alunos e professores e à estreita relação desde seu início com os serviços e os sistemas de saúde, o currículo e as práticas de ensino que antecederam o currículo integrado, eram, principalmente nas primeiras quatro séries, excessivamente teóricas, compartimentalizadas e apresentavam sinais

evidentes de definhamento e estagnação. Como foi comprovado pelas discussões e conclusões realizadas durante o 3º Fórum de Debates do Curso, realizado em 1998.

Recentemente o curso comemorou 50 anos de existência e também 20 anos de desenvolvimento e de êxitos de um currículo integrado que se propôs a enfrentar as fragilidades do modelo anterior. O corpo docente, os estudantes e dirigentes atuais enfrentam dificuldades para a manutenção das qualidades do curso, como aconteceu em vários momentos da sua história. Acumulando os acertos e erros que esses 50 anos propiciaram, há, contudo, um cenário favorável à superação dos entraves e preservação da identidade interna e externa conquistada a duras penas.

Entre muitos processos de avaliação a que o curso se submeteu, o Exame Nacional de Desempenho do Estudante (ENADE) é um indicador de sua qualidade, e os resultados obtidos são indicativos das fortalezas do Curso. Afinal não são muitos os cursos de medicina que podem ostentar as notas A e B nos Exames Nacionais de Curso (ENEC/INEP/MEC), conhecidos como Provão, nos anos de 1999 a 2002 e notas 5 nos Exames Nacionais de Desempenho dos Estudantes (ENADE/INEP/MEC), realizados em 2004, 2010 e 2013, e a nota 4 em 2016. São excelentes resultados, mesmo considerando o episódio infeliz do “boicote” feito pelos estudantes em 2007, que resultou em uma Nota 1 no ENADE daquele ano (os estudantes não tiveram a coragem de se ausentar e responderam de forma irresponsável as questões do Exame). Existe atualmente uma expectativa a respeito da Nota que será auferida pelo curso no ENADE de 2019. O momento político atual vivido pelos cursos de medicina no país, do mercado de trabalho e das universidades estaduais do Paraná caracterizam, na opinião de muitos professores e dirigentes, uma crise latente em ebulição, com prenúncio de perspectivas sombrias para este e outros cursos em situação similar. Essa triste realidade interfere diretamente na motivação dos professores e na qualidade do ensino.

Diante dessa conjuntura, os dirigentes do curso não estão passivos. A prioridade tem sido a avaliação dos módulos acadêmicos e o aperfeiçoamento dos instrumentos e processos de avaliação da aprendizagem dos estudantes. O colegiado do curso promoveu em 2018 e 2019 Fóruns Gerais de Discussão

sobre o curso com professores e alunos, que resultaram em um “Plano de Readequação do Projeto Pedagógico do Curso”. Os objetivos desse plano incluem ajustes pontuais como: a diversificação de métodos de ensino-aprendizagem, mantendo o predomínio da ABP/PBL nas primeiras duas séries e de discussão de casos clínicos nas terceira e quarta séries, utilizando *Case Based Learning* (CBL), *Collaborative Active Based Learning* (CABL) e o reforço de conteúdos de algumas matérias como anatomia, histologia, fisiologia e farmacologia; redisão dos conteúdos de módulos das terceira e quarta séries, atualmente por sintomas, passando a ser por órgãos/sistemas (unidades mais identificadas com áreas de atuação/especialidade/departamentos dos docentes); e, inserção de novos conteúdos e competências preconizadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2014.

A retomada do processo de avaliação institucional, com o apoio das instâncias superiores afins da Universidade, com o uso, talvez, do próprio Sistema Integrado de Avaliação do Curso de Medicina – SIAMed, revisitado e atualizado no que couber, pode ser iniciativa pertinente. Sem desmerecer a importância de se contar com a contribuição de outros processos avaliativos externos, como abordado no posfácio.

No Capítulo 2 do livro estão registrados acontecimentos e situações relativos ao segundo contexto que circundava o objeto de estudo da autora e a pesquisa realizada, das iniciativas internacionais de mudança na formação dos profissionais de saúde. Nisso, há muita diferença entre os dias de hoje e o que tínhamos nos anos 1990 e durante a primeira década do atual Século XXI. A Fundação Kellogg, patrocinadora da Iniciativa “Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade” (UNI) que aportou recursos financeiros vultuosos em dezenas de cursos da área da saúde distribuídos pela maioria dos países latino-americanos e que formulou um ideário cujo cerne era a parceria entre universidades, serviços de saúde e comunidades, com um corolário de estratégias potentes de mudanças institucionais, dentre as quais um Programa de Apoio aos cursos e instituições que fizeram as mudanças, deixou de atuar neste terreno e reorientou suas prioridades de cooperação internacional. No caso do Brasil, felizmente houve condições objetivas e subjetivas para a fusão dos projetos UNI com a Rede IDA (Integração Docente Assistencial) resultando

na criação da Rede UNIDA, um movimento que permanece atuando no campo da formação profissional e trabalhando para que as DCNs sejam desenvolvidas pelos cursos da área da saúde. Com isso, escassearam os eventos promovidos em Londrina que contavam com o apoio do Projeto UNI, como foi o caso do IV Congresso de Educação Médica Paraná-Santa Catarina, realizado no Centro de Ciências da Saúde (CCS/UEL) em 1994 e tantos outros que apoiaram as iniciativas de mudança em diversos cursos no Brasil.

No caso da Iniciativa “Gestão de Qualidade”, promovida pela OPAS, não houve condições para prosperar e o seu principal recurso, que é o Planejamento Estratégico de Recursos Humanos em Saúde, continua sendo desconhecido pela maioria dos dirigentes e professores universitários. Depois do Encontro Continental de Educação Médica promovido pela OPAS e pela Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas Médicas (FEPAFEM), em 1994 em Punta del Este, no qual uma numerosa delegação de professores de Londrina participou, não houve registro de desdobramentos dessa Iniciativa.

O mesmo destino teve a Iniciativa da OMS, batizada de “Changing Medical Education and Practice”. *CHANGING* era o nome do boletim editado em Genebra durante os anos 1990 e cuja edição em português foi produzida por dois ou três anos pelo curso de medicina e pelo Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina (CCS/UEL). Esta era uma das atividades do CCS – Centro Colaborador da OMS em Educação e Prática Médica. Um desdobramento da “Changing”, chamada TUFH (*Towards Unity for Health*), associou-se à quarta e mais longa iniciativa internacional, criada em 1979, na Jamaica, a NETWORK.

A NETWORK se define como uma organização internacional do Terceiro Setor que apoia o desenvolvimento de serviços de saúde orientados para a comunidade. Fomenta a pesquisa e a educação com objetivo de promover a saúde nas esferas local e global. Na nossa opinião, a NETWORK incorporou alguns princípios e valores da Iniciativa UNI, pois passou nos anos 2010 a promover a cooperação entre serviços de saúde, organizações comunitárias e universidades. Continua promovendo anualmente Conferências Internacionais. Em 2001 o curso de medicina e o CCS/UEL

sediaram a primeira Conferência realizada na América Latina e a próxima está prevista para acontecer no México, em setembro de 2020.

Em geral, quanto ao contexto internacional, dispõe-se hoje em dia de poucas oportunidades de intercâmbio e ação conjunta. As Instituições de Ensino Superior não dispõem de fontes de recursos para custear as participações, e as agências de fomento de pesquisa científica restringem os programas de bolsas e de auxílios, resultando na redução de investimentos outrora destinados a apoiar mudanças na formação dos profissionais de saúde.

Com relação ao terceiro contexto, o das políticas públicas de gestão do trabalho e da educação em saúde, que está abordado no Capítulo 3 do livro, cabe citar iniciativas como o Programa de Incentivo às Escolas Médicas (Promed), para o qual o curso de medicina da UEL foi um dos 18 selecionados em todo o país e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), ambos do Ministério da Saúde. No final dos anos 1990 e início dos anos 2000 foram importantes naquele cenário de algumas dezenas de cursos de medicina e do SUS que, regulamentado em 1990/1991 com a Lei Orgânica da Saúde, dava seus primeiros passos, como também o Sistema de Saúde Suplementar. Eram anos em que as vagas de ingresso nos cursos de medicina ainda ficavam na casa dos milhares, diferente de hoje em dia, quando estão na casa das dezenas de milhares. As instituições e dirigentes que ousavam promover mudanças mais profundas, como as desenvolvidas em Londrina, em Marília, ambas sedes de projetos UNI, e algumas outras escolas, contavam-se nos dedos das mãos e eram vistos nos eventos de educação médica com um misto de admiração e de ameaça. Felizmente contavam com o apoio de lideranças históricas e respeitadas como os já falecidos Professores Philadelpho Siqueira (1937 - 2014), Mario Chaves (1923 - 2015) e José Roberto Ferreira (1934 - 2019).

Com a aprovação, em 2001, das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde, conquista memorável da ABEM e entidades congêneres de outros cursos da área, com destaque para a farmácia, a enfermagem, a fisioterapia e a odontologia, da Rede UNIDA, da CINAEM e outras entidades, o cenário tornou-se mais favorável. As mudanças

preconizadas deixavam de fazer parte de uma espécie de “contracultura sanitária” e passavam a ser Lei! Os defensores do modelo biomédico na formação profissional e na prestação de serviços de saúde tiveram que flexibilizar suas posições e permitir o desenvolvimento de experiências e projetos inovadores.

Novos projetos passaram a ser desenvolvidos pela recém-criada Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) no âmbito do Ministério da Saúde, importante conquista do movimento da saúde, que conseguiu estabelecer um novo patamar de interlocução com o Ministério da Educação, destinando recursos para apoiar os processos de mudança/implantação das DCN. Surgiram novas iniciativas como os Polos de Educação Permanente em Saúde, o VER-SUS, o Aprender SUS, o PET-Saúde, o Pro-residência, o Pro-ensino, a capacitação ampliada dos Ativadores dos Processos de Mudança e a Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS).

Ainda com inúmeras fragilidades no processo de avaliação das escolas médicas e sem um consistente processo de avaliação da implantação das DCN-2001, apesar das várias iniciativas em andamento, em 2014 foi aprovada uma nova Resolução pelo Conselho Nacional de Educação estabelecendo novas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina. Foi um acontecimento diferente do que assistimos em 2001.

No ano anterior, a Lei do Programa Mais Médicos (Lei 12.871/2013) dispôs sobre um novo marco regulatório para a formação médica no Brasil. Entre seus objetivos destacam-se: “a expansão de cursos de medicina conforme critérios de necessidades regionais, a publicação de novas DCN e a universalização de vagas de Residência Médica”. Nessa oportunidade, a participação das escolas ou do movimento de professores e de alunos foi menor. Em essência, comparativamente com as DCN de 2001, as diferenças são as seguintes: avança na proposição de áreas de competência (Atenção à Saúde; Gestão em Saúde; Educação em Saúde) em torno das quais deverão ocorrer as iniciativas e ações esperadas do egresso; define que as avaliações dos estudantes devem basear-se em conhecimentos, habilidades e atitudes promovidos pelos conteúdos curriculares desenvolvidos; institui que os cursos devem desenvolver instrumentos que verifiquem a estrutura, os processos e os resultados, em consonância com o Sistema Nacional de

Avaliação da Educação Superior (SINAES) e com a dinâmica curricular definidos pela IES em que for implantado e desenvolvido; estabelece carga horária total (mínimo de 7.200h) e duração mínima do curso, 6 anos; estabelece mínimo de 30% da carga horária do internato para atividades em serviços de Atenção Básica e em Unidades de Emergência. Além disso, as DCN 2014 dispõem que os cursos devem manter permanentemente o Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde, com vistas à valorização do trabalho docente na graduação e ao maior envolvimento dos professores com o Projeto Pedagógico do Curso” e é mais incisiva em várias disposições (“O curso de medicina deve ter um projeto pedagógico...” – Art 9 das DCN-2001 X “O curso de medicina terá um projeto pedagógico...” – Art 26 das DCN-2014). Em que pese seu “vício de origem”, pesquisa realizada (Rocha, Vinicius Ximenes Muricy da – Reformas na educação médica no Brasil: estudo comparativo entre as DCN dos cursos de medicina de 2001 e 2014. Dissertação de mestrado, Universidade Católica de Santos, 2018) aponta que as novas DCN-2014 são um avanço e contribuem para a formação de médicos melhor preparados para atuar no SUS. Cabem estudos para avaliar a sua implantação.

Como política de formação médica o Governo Federal aprovou mudanças na legislação que facilitaram a criação de novos cursos de medicina: em 2010 eram 179, com 17.072 vagas, em 2020 são 349 cursos com a oferta de 45.896 vagas para novos ingressantes anualmente. Ou seja, em 10 anos houve um incremento de 95% no número de cursos e 168% no número de vagas para novos alunos. Como garantir a qualidade da formação com esse crescimento acelerado de cursos médicos?

Em princípio, os projetos pedagógicos desses novos cursos devem estar sendo aprovados nos marcos das novas DCN, mas existe aí um bom campo para a realização de pesquisas de educação médica nos próximos anos, em especial sobre a avaliação da qualidade da formação profissional.

Em relação ao quarto contexto, o das propostas e projetos de avaliação da educação médica/das escolas médicas, além de estarem bem abordados no livro, foram atualizados no posfácio e é essencial para complementar e ressignificar o estudo aqui apresentado.



Nesse contexto, uma pergunta ainda nos incomoda: Quanto tempo vamos levar para reestruturar a educação médica brasileira de forma a que os seus egressos estejam plenamente preparados para enfrentar os “Desafios do SUS” (Eugênio Vilaça, 2019)? Não se sabe, mas dá para prever que essa caminhada pode ser mais efetiva e qualificada se norteada por uma gestão que incorpore a avaliação como dimensão intrínseca. E para isso este livro representa uma contribuição relevante. Muito obrigado, Professora Gianna!

Londrina/Curitiba/Campinas/Rio de Janeiro,  
fevereiro-março de 2020.

**Marcio José de Almeida**

*Professor da Universidade Estadual de Londrina (1987-2010),  
Coordenador do Colegiado do Curso de Medicina (2004-2007),  
Professor do Curso de Medicina e do Mestrado de Ensino nas  
Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe, em Curitiba (2015-2020).*

## INTRODUÇÃO

A possibilidade de desenvolvimento desse estudo se deu em função do interesse de professores e gestores do Curso de Medicina da UEL em acompanhar as mudanças introduzidas no currículo para melhor conhecer seus resultados, adotando como proposta a avaliação institucional, na tentativa de ampliar os horizontes da avaliação que já vinha sendo desenvolvida.

Como colaboradora da Comissão de Avaliação do Curso de Medicina da UEL que assessorava o Colegiado do Curso, para a autora foi possível contribuir com a construção do modelo adotado para a avaliação do curso, participar do processo (avaliação interna e externa), conhecer e analisar os resultados. Desta forma, foi possível perceber seu impacto na realidade institucional do curso, aqui compreendidos, o currículo integrado, seus participantes (estudantes, professores, gestores, servidores, profissionais de saúde, pacientes, serviços de saúde e a sociedade em geral) e as relações presentes no processo de formação do futuro médico.

Também foi possível acompanhar os demais processos avaliativos dos quais o curso de medicina participou nos últimos anos: o Projeto CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico, o Mecanismo Experimental de Credenciamento – MEXA – dos Cursos de Medicina, no âmbito do Setor Educacional do Mercosul, coordenado

pelo Ministério da Educação e o Projeto de Avaliação das Tendências de Mudanças do Curso de Graduação das Escolas Médicas Brasileiras - CAEM, coordenado pela Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM.

O desafio assumido refere-se à compreensão do papel da avaliação na educação superior, particularmente em processos de mudança, analisando uma experiência concreta na educação médica. Em função do histórico do próprio Curso, que construiu uma cultura avaliativa, acompanhando o cenário nacional da educação médica, que desde a década de noventa vinha realizando a avaliação das escolas médicas; e as mudanças que se desenvolviam no cenário internacional na área da saúde, no qual a avaliação desempenhava um papel essencial; o Colegiado do Curso possuía um acúmulo importante na área de avaliação, que se traduzia em ações concretas.

A questão era transpor as iniciativas isoladas de avaliação e construir um sistema que pudesse integrar os vários instrumentos utilizados, ampliando o foco da avaliação de modo a permitir a identificação das potencialidades e dificuldades do curso de graduação e conhecer os resultados das mudanças adotadas pelo novo currículo. Essa iniciativa acontecia em concomitância ao processo de discussão e aprovação da nova proposta nacional de avaliação da educação superior, ocorrida em 2003, e que culminou com a implantação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES, pelo Ministério da Educação em 2004.

Com isso foi possível desenvolver o Sistema Integrado de Avaliação do Curso de Medicina da UEL – SIAMed, com base nos princípios e diretrizes que vinham sendo estabelecidos para a Avaliação da Educação Superior, permitindo um olhar ampliado sobre o curso na perspectiva da avaliação interna, bem como conhecer o desempenho do Curso na perspectiva da avaliação externa.

Esses resultados puderam ser melhor compreendidos quando analisados à luz do desempenho dos estudantes do Curso de medicina da UEL frente ao desempenho dos estudantes de outras Escolas Médicas do país, o que foi possível a partir dos dados do Exame Nacional de Desempenho do Estudante - ENADE, um dos componentes do SINAES, que em sua primeira edição no ano de 2004, avaliou a área de medicina.

Durante o desenvolvimento da pesquisa algumas indagações permearam o estudo, desde os primeiros ensaios, e embora direcionadas ao Curso de Medicina da UEL, são pertinentes a qualquer processo de formação na educação superior:

- Um processo de avaliação institucional nos moldes do SINAES dá conta de todas as dimensões e relações presentes em um curso de graduação?
- Como avaliar um curso de graduação de forma a conhecer a qualidade da formação de seus estudantes?
- Quanto (e como) a avaliação pode contribuir no fortalecimento de uma concepção de educação superior?
- Como dimensionar o papel da avaliação nos processos de mudança?

Por muitas vezes, essas e outras indagações, às quais não se teve a pretensão de responder, levaram a questionar a real capacidade da avaliação em estabelecer a qualidade de um curso de graduação considerando a complexidade de um processo de formação para além de suas ações e relações, analisando o concreto e o abstrato, o objetivo e o subjetivo, o perceptível e o oculto.

O caminho construído para fundamentar o trabalho, partiu da contextualização da Educação Superior e da Educação Médica, situando a avaliação nas instituições educacionais e nos processos de formação, e se organizou em 7 capítulos.

No Capítulo I tratou-se das mudanças na Educação Superior, introduzindo a reflexão sobre o papel e os fins da avaliação, passando pela influência dos organismos internacionais no Ensino Superior Brasileiro, e pelas perspectivas da reforma universitária. O Capítulo traz ainda as propostas de Avaliação da Educação Superior Brasileira, a partir dos Modelos implantados na década de noventa, indo até o modelo ainda atual de Avaliação da Educação Superior, o SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior.

O Capítulo II apresenta a Educação Médica brasileira permeando os conceitos de Educação, Saúde e Trabalho, aprofundando-se na mudança de paradigma vivido pela Educação Médica que causou uma grande mudança

no processo de formação do médico, potencializada pelas novas Diretrizes Curriculares da área à época. O Capítulo III, por sua vez, analisa as iniciativas nacionais de Avaliação da Educação Médica no contexto da Avaliação da Educação Superior, indicando seus novos rumos.

Na sequência, no Capítulo IV, caracteriza-se o Curso de Medicina da UEL, objeto do presente estudo, apresentando sua experiência com as mudanças implementadas no novo currículo em resposta às demandas nacionais e internacionais da Educação Médica, seguido do processo de avaliação do Curso de Medicina da UEL, desenvolvido nos moldes do SINAES, e seu impacto na realidade do curso, apresentados no Capítulo V.

Em complemento ao processo de avaliação realizado, o Capítulo VI analisa o desempenho dos estudantes do Curso de Medicina da UEL em comparação com os resultados nacionais da área, e com o desempenho de estudantes de outras Escolas Médicas no Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE, em sua primeira aplicação em 2004. Analisa-se inicialmente o próprio exame, considerando as características e os limites da prova, apresenta-se os procedimentos metodológicos utilizados para o desenvolvimento do estudo e a análise e os resultados dos estudantes da UEL em dois contextos: (a) em comparação com o desempenho de estudantes de escolas que utilizam metodologias de ensino semelhantes ou diferentes das utilizadas pelo curso; e, (b) com as escolas que obtiveram os melhores resultados no ENADE.

Por fim, o Capítulo VII faz uma síntese dos resultados e das reflexões que permearam o estudo, reforçando a importância da avaliação no processo de transformação da Educação Médica, e da Educação Superior de um modo geral, a qual se mostra essencial para o fortalecimento de uma concepção de educação. A análise das avaliações e de seus processos e resultados, fundamentada na literatura, favoreceu o entendimento do potencial e dos limites da avaliação, da necessidade da compreensão do todo e das partes, do macro e do micro, do processo e do produto, cada qual com sua importância na interpretação dos resultados e, principalmente, na utilização destes para a definição das propostas de mudanças.

Ainda que todo o desenrolar do estudo tenha sido pautado na tentativa de valorizar os processos para se conhecer a qualidade do Curso de Medicina da UEL, para a comunidade universitária e para a sociedade, a essência estava na seguinte questão: “Os estudantes formados pela nova proposta curricular do Curso de medicina da UEL apresentam bom desempenho quando comparados aos estudantes de outros cursos de medicina do país?” Analisando o contexto da Educação Superior e da Educação Médica à época, essa foi a pergunta que o estudo, desenvolvido nos anos de 2003 a 2007, se propôs a responder.

Embora realizado há quase 15 anos, poucas foram as mudanças na legislação da avaliação da educação superior no período. Isso garantiu a continuidade da política de avaliação, na perspectiva da melhoria da qualidade de cursos e instituições e não meramente de sua classificação. Estando em processo contínuo de aprimoramento, sua essência permanece, concedendo longevidade ao estudo realizado.

A experiência vivenciada por um curso de medicina renomado, cuja trajetória segue inspirando estudantes, profissionais e gestores da área da saúde, pode iluminar a história de outros cursos, na permanente busca da qualificação de suas propostas pedagógicas e de seus processos avaliativos, permeada pelo ideal da formação médica alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde.



## CAPÍTULO I

# Educação Superior e Avaliação

### 1.1 A EDUCAÇÃO SUPERIOR BRASILEIRA E A REFORMA UNIVERSITÁRIA NA PERSPECTIVA DA AVALIAÇÃO

Analisando o contexto dos países da América Latina, Dias Sobrinho (2005) aponta as enormes dificuldades que a educação superior brasileira enfrenta: precariedades físicas e institucionais, problemas de regulação dos sistemas educacionais com rigor e qualidade, graves deficiências na profissionalização do corpo docente, especialmente no tocante aos salários e à capacitação, baixa qualidade de formação dos estudantes nos níveis anteriores, os estruturais *déficits* econômicos e sociais, os gravames políticos derivados dos anos de chumbo das ditaduras, as crises econômicas, e as dificuldades acarretadas pela implacável competitividade internacional.

As mudanças (revisões e construções), dado o sentido público e social da educação, devem contar com a efetiva participação dos envolvidos, iniciando pela comunidade de professores, pesquisadores, estudantes e gestores da educação. Para o autor, a participação coletiva, o respeito à diversidade, e a compreensão dos contextos sociopolíticos gerais são



algumas das condições imprescindíveis às transformações, mudanças e reformas da educação superior.

O desafio posto à instituição universidade do século XXI, tem sido a preocupação da reforma da Educação Superior brasileira que está em curso. Revisitando a história da República no Brasil, a educação superior foi regida por duas leis gerais que tiveram longa vigência: O Decreto nº 19.851, de 11 de abril de 1931, e a Lei 5.540, de 1968, revogada apenas no final da década de noventa pela Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

Embora desde então muitas discussões tenham avançado e inúmeras alterações tenham sido feitas, o sistema superior brasileiro ainda é regido por uma lei herdada do regime autoritário. Em 2004, a discussão da Reforma Universitária foi reinserida nas prioridades do governo para a educação. Com a tarefa de desencadear um processo de reforma com cronograma definido, prevendo um calendário de debates com entidades representativas de todos os segmentos acadêmicos e sociais, foi instituído em 2004 o Grupo Executivo da Reforma Universitária.

Considerando como o principal impasse histórico para a educação, o não enfrentamento da trinômia avaliação/autonomia/financiamento, o governo estabeleceu um leque de questões a serem debatidas, entre as quais mereceram destaque: a missão pública da educação superior, a autonomia das universidades, a supervisão do poder público, os resultados da avaliação da qualidade e seus posteriores efeitos regulatórios, a diferença entre os tipos de instituições e suas especificidades, o financiamento, a organização das carreiras docente e administrativa, a organização interna e a escolha dos dirigentes, entre outras. (BRASIL, 2005a)

Segundo o Ministério da Educação, o sistema da educação superior brasileiro encontrava-se fragmentado, e era preciso rever sua missão pública, ainda que mantendo sua autonomia e respeitando sua diversidade, exigir mais qualidade e compromisso com a relevância social.

Para Dias Sobrinho (2005), “um sistema de educação que realmente queira a melhoria da vida de todos os cidadãos precisa ser, por princípio, democrático em seu funcionamento e público em sua função.” (DIAS SOBRINHO, 2005: 239)

Nesse contexto, a proposta de reforma da Educação Superior brasileira, apresentada ao Congresso Nacional, em julho de 2005, pelo Ministério da Educação, apontava como desafio a construção de um sistema de educação superior capaz de equilibrar qualidade acadêmica e compromisso social.

O projeto da reforma foi amplamente discutido com a comunidade acadêmica e a sociedade durante mais de um ano. A partir dos debates foram construídas coletivamente suas diretrizes baseadas nos pressupostos da reforma que foram pautados nas tendências da Educação Superior no contexto internacional à época. (BRASIL, 2005a: 22-9)

O primeiro deles referia-se aos desafios da universidade contemporânea, que se encontrava ameaçada de perder seu papel central de produção de cultura e conhecimento científico na sociedade, ou seja, a crise da legitimidade. A proposta da reforma tinha como desafio a recuperação da centralidade acadêmica, levando a universidade a enfrentar as tensões entre cultura universitária e cultura popular, educação profissional e mundo do trabalho, pesquisa fundamental e pesquisa aplicada.

O segundo pressuposto tratava da massificação e da privatização da educação superior. A massificação, que reduziu o caráter elitista do acesso à universidade, traduzida pelo rápido crescimento das matrículas no ensino superior na década de 1960, e mais significativamente na década de 1990, que se deu particularmente no Brasil e ainda de forma mais intensa na América Latina. E a privatização, causada pela explosão das instituições privadas a partir da década de 1980, coincidindo com a crise da dívida externa. No Brasil, a privatização da Educação Superior teve sua explosão mais especificamente a partir de 1998. Acompanhando sua evolução, a matrícula global nas instituições privadas passou de 40% (1960) para 70% (2005). Embora privadas, coube a essas instituições honrar o compromisso social atribuído como missão ao conjunto das instituições de ensino superior.

E o terceiro e último pressuposto, tratava da missão pública da educação superior. A descaracterização das instituições públicas de educação superior como tal, vinha interferido na forma de produção do conhecimento e sua aplicação em benefício da sociedade. Essa questão estava no centro das discussões sobre autonomia universitária e reforçava a crise de identidade

da universidade pública. O desafio se referia à capacidade da reforma em fortalecer o sistema público por uma rede de instituições de referência e articular as demandas da sociedade com os anseios da comunidade acadêmica, de forma a valorizar a importância da universidade pública na formação de quadros qualificados e na produção de conhecimento e tecnologia. (BRASIL, 2005a)

Portanto, os temas centrais apresentados no projeto eram as relações entre Estado e a tensão permanente a respeito da autonomia universitária, o financiamento das instituições públicas federais, e as complexas relações entre o poder público e o setor privado, requerendo regulação estatal.

As diretrizes da Reforma traduziam no seu conjunto a perspectiva da necessária expansão de educação superior, garantindo e consolidando a qualidade acadêmica e promovendo a inclusão social por intermédio da educação. Para Pacheco e Ristoff (2005), a reforma proposta garantia que as universidades federais teriam, enfim, a autonomia de gestão financeira prevista na constituição, mas nunca posta em prática; teriam asseguradas a tão sonhada dotação global de recursos, a irredutibilidade nos repasses e a expandibilidade continuada.

Para o Ministério da Educação, a universidade tinha um papel estratégico na construção de um novo projeto de desenvolvimento, que compatibilizasse crescimento sustentável com justiça social e por isso defendesse como princípios a valorização da universidade pública e a defesa da educação como um direito de todos os brasileiros. O projeto da reforma proposto pelo governo se apresentava como um projeto que percebia a educação superior como um direito público a ser ofertado pelo Estado gratuitamente, com qualidade, com democracia e comprometido com a dignidade do povo brasileiro, com as expressões multiculturais que emergem do interior da sociedade, com a sustentabilidade ambiental e com o desenvolvimento tecnológico de sua estrutura produtiva. (BRASIL, 2005a: 09)

A visão que norteava o processo de reforma da educação superior no Brasil era orientada por uma concepção republicana do Estado brasileiro, na qual as instituições públicas tinham papel indutor e regulador no processo

de crescimento, gerando distribuição de riquezas e de conhecimento. As bandeiras da reforma eram: fortalecer a Universidade Pública, impedir a mercantilização do ensino superior, garantir a qualidade, democratizar o acesso e construir uma gestão democrática, tendo como objetivo central criar condições para a expansão com qualidade e equidade.

Para Dias Sobrinho, não seria possível estudar ou entender as tendências da educação superior, sem compreender as perspectivas e práticas da avaliação. “Há uma relação de mútua implicação entre avaliação e concepções de educação. De modo específico, há uma relação muito estreita entre avaliação e reformas da educação superior”. (DIAS SOBRINHO, 2002a: 21)

Ciente disso, e tendo como meta a expansão da educação superior de forma ordenada e com qualidade, o Governo Federal criou o Sistema Nacional de Avaliação de Educação Superior (SINAES) que integrava todas as avaliações realizadas no âmbito do Ministério da Educação, sob a orientação das diretrizes estabelecidas pela Comissão Nacional de Educação Superior - CONAES, por meio das quais poderia exercer suas funções de natureza regulatória.

Mais do que integrar os processos da avaliação, o SINAES pretendia lidar com a identidade das instituições dando um caráter formativo à avaliação, permitindo não só ao governo a definição de políticas públicas para o setor, mas principalmente orientar as instituições em suas políticas acadêmicas e a sociedade em suas escolhas.

Para tanto propôs o uso articulado de diversos instrumentos de avaliação, possibilitando a combinação de diferentes olhares para a instituição, para os cursos e para os estudantes. O desafio era superar as demandas do processo regulatório e desenvolver a cultura da autoavaliação, “construindo uma avaliação mais participativa e democrática e uma universidade mais comprometida e cidadã”. (PACHECO e RISTOFF, 2005:48)

De concreto, nessa perspectiva, além da implantação do SINAES, o Ministério da Educação publicou em 2004 algumas portarias, com o objetivo de regular a expansão da educação superior privada. Em relação aos demais

pontos da reforma universitária apresentava apenas propostas, tais como: aumento do orçamento, contratação de professores, expansão do plano de carreira para servidores, reajuste para os professores, e mais recursos para os hospitais universitários.

Enquanto o Projeto da Reforma não era aprovado, e os demais temas não avançavam, a sistemática de avaliação e regulação foi sendo priorizada. A aprovação do Decreto nº 5.773, publicado em 10 de maio de 2006 no Diário Oficial da União, regulamentou pontos da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB – Lei nº 9.394/1996) e da Lei nº 10.861/2004, que instituiu o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), na tentativa de fazer a conexão entre os dois, o que o levou a receber a denominação de Decreto-ponte.

Para o Ministro da Educação à época, o decreto redimensionava o arcabouço jurídico de regulação, supervisão e avaliação do ensino, racionalizando o trâmite rotineiro dos processos administrativos, sem nenhuma intenção de antecipar temas da reforma universitária, como chegaram a afirmar alguns críticos do decreto. Na visão do MEC, o decreto tratava de processos formais, enquanto a reforma trataria de tipologia e conceitos”. (ASCOM/MEC, 2006)

Com todas as resistências da comunidade acadêmica e da sociedade para com a reforma proposta, uma coisa não se podia negar: mesmo com as alterações que vinha sofrendo, o sistema de avaliação proposto aproximava-se do ideal de especialistas e estudiosos da área, o que se pôde constatar na evolução da avaliação da educação superior brasileira.

Já a reforma universitária, embora significasse um passo importante na reorganização da educação superior brasileira, estava longe de resolver os problemas e as demandas da universidade.

*(...) Não se trata de aderir simplesmente às ondas mudancistas, porém de tornar as transformações do mundo mais justas e eficazes para os processos de melhoria da vida humana em geral. Isto requer adensamento dos processos de construção do conhecimento e maior aprofundamento da capacidade crítica e reflexiva dos cidadãos a respeito das dimensões*

*objetivas e subjetivas das sociedades humanas. Isto significa aprofundar o ethos universitário. (DIAS SOBRINHO, 2005: 233)*

## **1.2 A AVALIAÇÃO DO ENSINO SUPERIOR BRASILEIRO**

A instituição do ensino superior se transformou numa organização administrada, que precisa cumprir metas e alcançar indicadores de desempenho capazes de responder às expectativas da sociedade. Em um cenário de restrições orçamentárias, isso fica ainda mais complexo, provocando tensões e trazendo inúmeros desafios para a educação superior.

Segundo Castro (1997), a falta de recursos financeiros; o processo de diversificação crescente, impulsionado pelo aumento da demanda social e pela diversificação da clientela; a iminência de desemprego dos graduados, como reflexo do lento aumento da demanda de recursos humanos qualificados e um mercado de trabalho incerto, no qual disciplinas e profissões flutuam ao sabor das inovações tecnológicas e da evolução da informática, trazem para o ensino superior o grande desafio de aumentar sua capacidade, para fazer frente aos imperativos mutantes da sociedade e às mudanças que se produzem na economia.

Para Dias Sobrinho (1999b), a avaliação que se instalava tinha por objetivo: a medição de critérios, a verificação do cumprimento de metas fixas e predeterminadas, através de instrumentos técnicos padronizados que possibilitassem a quantificação dos insumos e produtos, mas apesar de ter um caráter público e social, estava inserida num espaço de contradições, de disputas de valores, de concepções de universidade, de educação, de sociedade, de futuro e essencialmente possuía um significado ético-político.

Naquele momento, a avaliação era tida como protagonista para uma melhor Educação Nacional o que não significava ser o único instrumento que a possibilitasse; não devia se limitar a informações simples e rápidas, se ater exclusivamente aos seus produtos e resultados, mas devia ser reconhecida e valorizada por sua rica contextualização, suas especificidades e seus efeitos a médio e longo prazo, sendo necessária e indispensável,

não somente contrapondo quantidade x qualidade, mas visando orientar a política universitária para um saber sobre si mesma e para a análise do significado de seu trabalho na sociedade, bem como a prestação de contas aos cidadãos.

A avaliação possui questões de fundo político e técnico, mas que devem ser enfrentadas pela universidade. Para Dias Sobrinho (2002a), o conceito de qualidade educativa, fruto do processo de avaliação,

*(...) além das dimensões técnicas e científicas, comporta inevitável e centralmente sentidos e princípios éticos e políticos. Em outras palavras, qualidade educativa não é só função de conhecimento, nem se restringe ao campo técnico, mas deve ser intensamente social e ético-política. Tem a ver com valores e, então, com o interesse público (...) ela há de afirmar os valores de primeira ordem, que dizem respeito aos horizontes universais e perenes da humanidade, dentre outros, liberdade, democracia, cidadania, justiça, igualdade, solidariedade, compreensão, cooperação, paz, fraternidade e outros do mesmo campo semântico. (DIAS SOBRINHO, 2002a:185)*

Com todas as experiências já vivenciadas nos limites universitários, a avaliação está inserida em uma constante relação de tensão entre o Estado e as Universidades (Perim e Zanetti, 2001): O Estado se caracteriza, dependendo do momento, e aqui nos apropriamos das expressões de Neave (1988), como “Estado avaliador”, como “Estado interventor” ou como “Estado facilitador”. As universidades, por sua vez, lutam para manter sua sobrevivência, face à escassez de recursos destinados e à dificuldade em atender às exigências da sociedade, e agora também, às do Mercado e, segundo Leite (1996), se caracterizam, ora numa atitude “reativa”, ora “antecipativa”, ou até mesmo de “submissão” aos processos avaliativos implementados.

No Brasil, a resistência à avaliação nas IES, provocada por alguns traumas históricos, como a “lista dos improdutivos” da USP, parecia já superada, pois há convicção da sua necessidade e clareza do seu poder transformador; desde que considerando, antes de qualquer coisa, a diversidade, a complexidade,

e o respeito à identidade de cada instituição. Historicamente, se discute avaliação institucional nas universidades brasileiras, especialmente nas públicas, desde os anos 80, quando aumentaram as restrições orçamentárias e ocorreu a explosão de matrículas no ensino superior.

Para atender às necessidades dos setores econômico e social, o ensino superior expandiu-se, devido às exigências e às demandas das classes sociais, que buscavam níveis de escolarização mais elevados, com vistas à promoção e prestígio social. Essa expansão se deu pelo grande crescimento do setor privado, e não do setor público, como era o anseio da população, justificado pela escassez de recursos destinados pelo Governo Federal à educação superior.

Tentando enfrentar essa questão, a Associação Nacional dos Docentes (ANDES) apresentou ao MEC, em 1982, uma proposta diferenciada de Avaliação Institucional. Para atender a essa proposta, o MEC instituiu, em 1983, o Programa de Avaliação da Reforma Universitária (PARU), que abordava dois temas: a gestão das IES e o processo de produção e a disseminação do conhecimento, vigorando até 1986.

Nesse mesmo ano, o MEC criou o Grupo Executivo para a Reformulação do Ensino Superior (GERES), representado de forma heterogênea, propondo um sistema de avaliação que estabelecia um *ranking* entre as universidades, e “a comunidade acadêmica... em posição nitidamente reativa” elaborou outras propostas de avaliação ao MEC” (ANDES e CRUB) “e desencadeou um amplo debate nacional sobre a avaliação e o Projeto GERES”. (LEITE, 1997)

A partir desse processo de discussão, várias instituições, começaram a desenvolver iniciativas próprias de avaliação institucional (UNB, UNICAMP, UFRJ, USP, UFPR, entre outras), passo decisivo para a consolidação da ideia de avaliação nas IES.

Numa atitude “antecipativa” ao Estado, o Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB), em 1992, retomou as discussões sobre o tema com o objetivo de promover através do documento intitulado “O Papel do CRUB na Avaliação Institucional”, a autoavaliação das universidades, complementada por avaliação externa, por meio de processo voluntário. (CRUB, 2000:4)



Em julho do mesmo ano, o MEC instituiu a Comissão Nacional de Avaliação (CNA) incumbida de propor o Sistema Brasileiro de Avaliação. A proposta elaborada por uma comissão da ANDIFES em outubro de 1993, foi integralmente adotada pela CNA, pela SESu e pelo Comitê Assessor, ouvidas as Universidades, e passou a constituir o Documento Básico do Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras.

Em 1994, surge, então, o Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras (PAIUB), elaborado pela Comissão Nacional de Avaliação, instituída pelo MEC e representada por Reitores das Universidades Federais (ANDIFES), Associações das Universidades Públicas Estaduais e Municipais (ABRUEM), Particulares (ANUP) e Confessionais (ABESC), Fórum de Pró-Reitores de Graduação, Fórum de Pesquisa e Pós-Graduação, Fórum de Extensão e de Planejamento e Administração, e por um Comitê Assessor, com representantes indicados por diversas instituições, “estabelecendo as bases de um processo construtivo de avaliação”. (LEITE, 1997: 9-11)

### **1.3 MODELOS DE AVALIAÇÃO IMPLANTADOS NO BRASIL A PARTIR DA DÉCADA DE NOVENTA**

#### **Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras - PAIUB**

O Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras – PAIUB, consistiu em uma opção sistemática e coletiva de compreensão global de uma instituição e a atribuição de juízos de valor sobre o conjunto de suas atividades, estruturas, fins e relações, com o propósito de melhorar a instituição, tendo em conta suas características de identidade e sua missão.

Segundo Dias Sobrinho (2002a), procurava ser um amplo processo avaliativo e, por conseguinte, interpretativo, analítico e educativo, isto é, transformador. “Trata-se, portanto, de atentar para os processos e contexto, não somente para os produtos, de compreender as relações e não apenas aspectos fragmentados e desarticulados de uma visão de conjunto”. (DIAS

SOBRINHO, 2002a, p. 70). Tinha como horizonte heurístico a globalidade, a visão integrada. Utilizava metodologias qualitativas ao lado de quantitativas. Era uma construção coletiva, participativa e negociada, motivada sempre por uma ética social e uma intencionalidade vigorosamente educativa.

De acordo com a Comissão Nacional de Avaliação (1993), que instituiu o PAIUB, a avaliação de desempenho das universidades seria uma forma de rever e aperfeiçoar o projeto acadêmico e sociopolítico da instituição, promovendo a permanente melhoria da qualidade e pertinência das atividades desenvolvidas. A utilização eficiente, ética e relevante dos recursos humanos e materiais da universidade, traduzida em compromissos científicos e sociais, seria capaz de assegurar a qualidade e a importância dos seus produtos e sua legitimação junto à sociedade.

Como objetivos específicos o programa previa: a) Impulsionar um processo criativo de autocrítica da instituição, como evidência da vontade política de autoavaliar-se para garantir a qualidade da ação universitária, para prestar contas à sociedade da consonância dessa ação com as demandas científicas e sociais da atualidade; b) Conhecer, numa atitude diagnóstica, como se realizam e se inter-relacionam na Universidade as tarefas acadêmicas em suas dimensões de ensino, pesquisa, extensão e administração; c) (Re) estabelecer compromissos com a sociedade, explicitando as diretrizes de um projeto pedagógico e os fundamentos de um programa sistemático e participativo de avaliação, que permita o constante reordenamento, consolidação e/ou reformulação das ações da Universidade, mediante diferentes formas de divulgação dos resultados da avaliação e das ações dela decorrentes; d) Repensar objetivos, modos de atuação e resultados na perspectiva de uma Universidade mais consentânea com o momento histórico em que se insere, capaz de responder às modificações estruturais da sociedade brasileira; e e) Estudar, propor e implementar mudanças das atividades de ensino, pesquisa e extensão e da gestão, contribuindo para a formulação de projetos pedagógicos e institucionais socialmente legitimados e relevantes.

Para atingir esses objetivos, as instituições deveriam se pautar nos seguintes princípios: adesão voluntária, legitimidade, identidade, comparabilidade, não punição e não premiação, globalidade e continuidade.

O Programa possuía dotação financeira própria e as universidades, por livre adesão, se candidatavam aos editais propostos pelo MEC.

Os projetos, com duração média de dois anos, deveriam prever três fases: a) Avaliação Interna ou Autoavaliação realizada pela comunidade universitária; b) Avaliação Externa realizada por especialistas das áreas de conhecimento e/ou representantes da sociedade; e c) Reavaliação com o objetivo de reunir e discutir os resultados das fases anteriores, estabelecendo ações para a melhoria da qualidade dos cursos e o aperfeiçoamento de seu projeto pedagógico.

De acordo com seus proponentes, a avaliação realizada com a implantação do PAIUB nas Instituições de Ensino Superior, significaria acompanhar metodicamente as ações a fim de verificar se as funções e prioridades determinadas coletivamente estavam sendo realizadas e atendidas; e, seria institucional à medida que, tanto de um modo geral quanto específico, procurava levar em consideração, na universidade, os diversos aspectos indissociáveis das suas múltiplas atividades-fim e das atividades meio, necessárias à sua realização. Considerava cada uma das dimensões – ensino, produção acadêmica, extensão e gestão – em suas interações, interfaces e interdisciplinaridades; e, em consequência, buscava proceder a uma análise simultânea do conjunto de dimensões relevantes ou hierarquizava cronologicamente o tratamento de cada uma delas, a partir de prioridades definidas no âmbito das instituições e dos recursos disponíveis (COMISSÃO NACIONAL DE AVALIAÇÃO, 1993).

Autores eram unânimes na defesa do PAIUB como modelo para avaliação das IES:

Para Santos Filho (1999), o ponto principal era a garantia da autonomia das universidades:

*(...) O modelo de avaliação institucional adotado ficou em grande medida sob a liderança das próprias universidades, recompondo-se o equilíbrio de poder entre estas e o governo. As universidades passaram então a aderir com mais segurança à política de avaliação institucional do governo, uma vez que viam no modelo adotado mais uma expressão das propostas*

*das bases universitárias do que dos gabinetes da burocracia ministerial.*  
(SANTOS FILHO, 1999:16)

Dias Sobrinho (2002), o considerava do ponto de vista ético e político,

*(...) Um modelo profundamente identificado com os princípios e valores da educação entendida como bem social e público, e por isso põe em foco o projeto educativo de cada instituição... se preocupa valorativamente com a compreensão e a construção dos sentidos. (DIAS SOBRINHO, 2002:71)*

Belloni (2003) destaca como acertos do PAIUB:

*(...) A estratégia da formulação da proposta com participação das IES, a construção coletiva e no decorrer do processo, a previsão da não utilização dos resultados a curto prazo; a definição dos objetivos, a melhoria do sistema e não rankings ou punição, a não vinculação a funções de controle e acreditação de instituições e do sistema, a proposição dos princípios metodológicos básicos, a combinação de auto-avaliação e avaliação externa, de análises quantitativas e qualitativas e por fim a definição de uma estrutura metodológica comum a todas as IES, com flexibilidade para os ajustes e inovações próprias a cada uma delas. (BELLONI, 2003:10)*

Entretanto, ainda na opinião de Belloni (2003), o maior erro em relação ao Programa foi a entrega do processo à então Secretaria de Educação Superior - SESu/MEC e deste erro básico decorrem os outros que o enfraqueceram, como a falta de acompanhamento sistemático, a ausência de formação de competências para a sua implementação, o escasso comprometimento das reitorias; entre outros, pensamento este compartilhado por dirigentes universitários. O fato é que desde a publicação do primeiro Edital do MEC em 1993, até 1996, quando da implementação do Exame Nacional de Cursos - ENC pelo Governo Federal, as instituições de ensino superior, em sua maioria, estavam empenhadas em construir um processo de avaliação autônomo e responsável, caracterizado especialmente pelo compromisso institucional.

Organizando-se para estabelecer bases de dados institucionais, abordando as diferentes dimensões da universidade; e ainda sem respostas definidas aos inúmeros levantamentos realizados pelas comissões de avaliação, as universidades viram-se obrigadas a submeter-se aos novos mecanismos externos de avaliação, que vieram a ser incorporados ao Sistema Nacional, antes mesmo de ter sido consolidado internamente o processo que vinha sendo desenvolvido.

### **Exame Nacional de Cursos – ENC**

O Exame Nacional de Cursos - ENC, conhecido como “Provão”, pela lei 9.131/95<sup>1</sup>, constituiu-se em uma prova aplicada aos formandos dos cursos de graduação e tinha por finalidade, a curto prazo, verificar a qualidade do desempenho dos alunos e, conseqüentemente, dos cursos e das universidades. Sua implementação se deu em 1996, inicialmente para os cursos de Administração, Direito, Engenharia Civil, com previsão de ser estendido gradativamente a todos os cursos de graduação. Para cada curso que seria avaliado, eram constituídas em nível ministerial, comissões que definiam diretrizes, conteúdos e habilidades, necessários para orientar a elaboração das provas que eram aplicadas aos graduandos. (BRASIL, 1999)

A partir dos resultados do desempenho dos alunos era feito o enquadramento dos cursos em categorias que iam de A (12% superiores), B (18% seguintes), C (40% médios), D (18% seguintes) e E (os últimos 12%).

Pressionado pelas críticas ao ENC como mecanismo limitado para a avaliação de cursos e da instituição, em outubro de 1996, o governo federal baixou o Decreto n° 2.026/96<sup>2</sup> que estabelecia procedimentos para a avaliação dos cursos e instituições de ensino superior, com a intenção de

---

1. Lei 9.131 de 24 de novembro de 1995 que institui o Exame Nacional de Cursos – ENC.

2. Decreto 2.026 de 10 de outubro de 1996, que estabelece procedimentos para o processo de avaliação dos cursos e instituições de ensino superior.

reorganizar o sistema de avaliação do ensino superior. O Decreto reuniu os procedimentos de avaliação da pós-graduação “*stricto sensu*” (CAPES), o Exame Nacional de Cursos, a autoavaliação das IES e a análise das condições de oferta dos cursos de graduação, conduzida por comissões de especialistas, como recurso complementar aos resultados do “Provão”.

Para Dias Sobrinho (1998a), havia uma diversidade de procedimentos avaliativos fazendo uso de técnicas variadas, fundamentando-se em concepções distintas e objetivando cumprir papéis diferenciados:

*(...) O Decreto 2.026 reconhecendo essa pluralidade, estabelece procedimentos que pretendem conferir ao processo um certo sentido de integração. Difícil? Difícilimo pois em muitos pontos fundamentais são gritantemente distintas as concepções de avaliação (de universidade, de sociedade...) que cada qual carrega. (DIAS SOBRINHO, 1998a:07)*

Desde sua implantação, o “Provão” vinha recebendo diversas críticas, principalmente por estabelecer padrões de referência que não contemplavam realidades regionais e porque considerava partes isoladas de uma instituição, que não retratavam seu desempenho global. (PERIM e ZANETTI, 2001)

Apenas em abril de 1998, o “processo” da avaliação das instituições de ensino superior, previsto no Decreto, foi regulamentado. A Portaria nº 302/98<sup>3</sup> de 1998, previa que a avaliação seria realizada pela Secretaria de Educação Superior - SESU, no âmbito do PAIUB. Ainda assim, o que se viu foi uma total desaceleração do PAIUB em contraponto a uma enorme valorização do Exame Nacional de Cursos. Embora mantido por força de lei, o PAIUB não mais recebeu aporte financeiro.

Aos poucos o Exame Nacional dos Cursos foi se transformando para a sociedade na “avaliação” das universidades e conquistou um espaço

---

3. Portaria nº 302 de 07 de abril de 1998 que normatiza os procedimentos de avaliação do desempenho individual das instituições de ensino superior, revogada pela Portaria nº 3.819/2005.

privilegiado na mídia. Desde os primeiros exames divulgados em 1997, foi estabelecido um “ranking” de cursos e universidades que passou a ser referência de “Qualidade” para o ensino superior, ainda que seus resultados pudessem ser questionados em função de boicotes promovidos pelos estudantes ou por subterfúgios utilizados pelas instituições na preparação dos formandos para a realização das provas, ou até mesmo na definição da inscrição dos que fariam as provas.

*(...) Quando os indicadores de avaliadores selecionados, especialmente no Provão, podem induzir a uma virada de 180° na forma de priorizar/trabalhar os conteúdos – preço a pagar para não prejudicar a nota institucional -, como fica o respeito ao projeto pedagógico em relação ao seu entorno – os problemas, as necessidades da comunidade local/regional, que obviamente contribuem para que se crie um contexto de relevância par os saberes/conhecimentos tratados nos espaços educativos intencionalmente ampliados? (SORDI, 2002: 65-6)*

Um outro problema na exploração dos resultados dizia respeito ao enquadramento dos cursos nos conceitos de acordo com os percentuais estabelecidos, e a desconsideração das diferentes realidades das áreas avaliadas. Isso fazia com que se atribuisse um mesmo conceito para cursos com notas bastante diferentes e conceitos distintos para cursos com notas bastante próximas. Por exemplo, em determinada área eram considerados “A” cursos que de acordo com os critérios de outra área, seriam “E”.

Além disso, passou a ser valorizada a avaliação de “produto” em contraponto ao processo que vinha sendo desenvolvido pelas IES no âmbito do PAIUB, que abrangia as varias dimensões da universidade.

Para Dias Sobrinho (2003b:79), “o Exame Nacional não estava propriamente a serviço dos educadores, dos docentes e pesquisadores da universidade, nem das aprendizagens dos estudantes e de sua formação. Servia basicamente às políticas governamentais”, fornecendo um mapeamento geral e momentâneo para o mercado. Entretanto, inúmeras eram as dúvidas quanto à sua fidedignidade e a validade de seus resultados. A

questão principal era sobre a incapacidade do exame dar conta do fenômeno complexo da formação, ainda mais quando feito em um único evento.

Sobre essas e outras questões, a comunidade acadêmica se manifestou e mesmo os que defendiam os méritos do Exame (alcance nacional, comparabilidade, indução ao investimento em capacitação docente, infraestrutura e acervo bibliográfico) também ressaltavam seus limites em compreender a complexidade da educação superior e em apreender o que de fato significava um curso de qualidade, não possibilitando identificar o quanto e o quê efetivamente a instituição agregava à formação do estudante, considerando que media apenas um momento pontual de sua trajetória.

O ENC foi aplicado durante 8 (oito) anos (1996-2003), atingindo 26 áreas de conhecimentos das 52 oferecidas na época pelas IES brasileiras. Embora não tenha envolvido todas as áreas, permitiu a constituição de uma série histórica do desempenho e do perfil dos estudantes do ensino superior.

### **Novos rumos para a avaliação da Educação Superior**

Desde a reforma universitária de 1968, a legislação para o ensino superior pautou-se em um modelo que prevê a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Entretanto, devido à grande expansão e proliferação de estabelecimentos de ensino superior, poucas foram as instituições que conseguiram instituir a pesquisa e institucionalizar a produção científica, assim como, desenvolver programas extensionistas voltados à transformação da sociedade.

Vários pesquisadores do sistema de ensino superior reconheceram a necessidade da heterogeneidade no que se refere à diferenciação institucional, regional e de vocação. Já para a área que avaliava a qualidade das IES, a ideia parecia seguir tendência contrária: a legislação e o MEC, como órgão regulamentador e fiscalizador adotavam um modelo que reforçava as semelhanças formais, principalmente no que se referia ao seu resultado, objetivando assim uma lógica para a eliminação de falhas no desempenho institucional e proporcionando uma competitividade entre as IES.



Especialistas nacionais da área de avaliação se manifestavam reiteradamente sobre as relações de tensão que envolviam o “estado avaliador” e as instituições de ensino superior; e as consequências devastadoras que isso trouxe para a Educação Brasileira. Mudanças se faziam necessárias, mas só fariam sentido se fossem construídas coletivamente, como explicitou Dias Sobrinho (2002b):

*(...) Se os sujeitos da educação não se sentem responsáveis pelas ideias e pelas ações educativas, as transformações terão um sentido meramente burocrático, de regulação, e de curto alcance. Não serão significativas, pois não farão parte do universo de sentidos que constroem as personalidades, ou seja, essencialmente o que forma indivíduos autônomos e produz a cidadania crítica e participativa, constituindo a um só tempo a base e o centro da sociedade humana. (DIAS SOBRINHO, 2002b: 68)*

Com o início de um novo governo (2003-2006), a comunidade universitária se organizou para discutir e propor transformações no campo da avaliação:

A Universidade Federal do Paraná realizou em março de 2003, em Curitiba – PR, a 3ª etapa do Seminário Internacional de Avaliação Institucional na Educação Superior, em parceria com a Pontifícia Universidade Católica (PUCPR), com o CIVITAS – Instituto Internacional de Estudos Avançados em Ciência, Técnica e Cultura e a RAIES – Rede de Avaliação das Instituições de Educação Superior. De forma cooperativa, plural, dinâmica e participativa, discutiu-se o papel da Avaliação Institucional na construção de caminhos alternativos para a transformação da Educação Superior, tornando evidente o seu compromisso contemporâneo com um projeto de desenvolvimento acadêmico sustentado por princípios como a democracia, a autonomia, a pertinência e a responsabilidade social. A ideia central era construir uma rede de Cooperação Interuniversitária que pudesse contribuir para a formulação de Políticas Públicas na área do Ensino Superior latino-americano e mais especificamente, subsidiar o novo governo brasileiro no que diz respeito à avaliação do Ensino Superior. Durante o evento foi elaborado um documento encaminhado à Secretaria de Educação Superior

– SESu, como proposta de avaliação para as Universidades Brasileiras, tendo como princípios: a globalidade; a participação de todos os envolvidos; continuidade; adesão voluntária; legitimidade política e técnica; respeito à identidade de cada instituição e a articulação com as demandas do mundo, da vida e do trabalho.

A Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, por sua vez, realizou ainda em março de 2003, o Terceiro Seminário de Avaliação Educacional, reunindo pesquisadores e especialistas do campo da avaliação, além de representantes dos órgãos governamentais responsáveis pela avaliação no Brasil. A partir das discussões, elaborou-se um documento contendo recomendações dirigidas ao INEP, à SESu e à CAPES, envolvendo questões como: a construção de uma política de avaliação para os três níveis de educação, calcada em princípios distintos dos adotados até aquele momento; introdução de modificações na gestão do processo de avaliação/mensuração; seleção para o acesso ao Ensino Superior; programas de educação continuada; integração dos esforços no desenvolvimento de instrumentos de mensuração e verificação da situação da educação no país; reconhecimento do papel da universidade em relação à discussão da avaliação da educação em todos os seus níveis.

Em abril de 2003, o INEP realizou em Brasília o Seminário “Avaliar Para Quê? Avaliando as Políticas de Avaliação Educacional” como uma primeira iniciativa de interlocução com a sociedade, reunindo lideranças acadêmicas e políticas para discutir a avaliação. Todo esse movimento encontrava sustentação no Plano Nacional de Educação<sup>4</sup>, aprovado em 2001 e que estabelecia entre as metas para a Educação Superior “institucionalizar um amplo e diversificado sistema de avaliação interna e externa que englobe os setores público e privado e promova a melhoria da qualidade do ensino, da pesquisa, da extensão e da gestão acadêmica”.

A partir da mobilização da comunidade acadêmica, que buscava uma avaliação comprometida com a transformação da Educação Superior, em

---

4. Lei 10.112 de 09 de janeiro de 2001, publicada no D.O.U. em 10 de janeiro de 2001, que aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências.

uma perspectiva formativa e emancipatória, foi criada a Comissão Especial de Avaliação (CEA), tendo como presidente o Prof. José Dias Sobrinho, reconhecido pela comunidade universitária como um dos líderes do movimento de defesa da avaliação como um processo de responsabilização social, concebido a partir do modelo de educação que se pretende construir, e não como mero mecanismo de controle.

Em suas próprias palavras, residia a esperança de novos rumos para a Avaliação da Educação Superior no Brasil:

*(...) Nos últimos oito anos, a avaliação exerceu papel central nas reformas da educação superior no Brasil. [...] O governo brasileiro adotou vários procedimentos estanques de avaliação. O sistema e os subsistemas educativos foram recortados por avaliações fragmentadas que atendem a objetivos específicos, mas são incapazes de fornecer uma visão de globalidade. [...] Que a avaliação seja verdadeiramente educativa, isto é, assuma neste governo que se inicia, função principalmente de formação, não de regulação! (DIAS SOBRINHO, 2003c:7-9)*

Em agosto de 2003, a comissão instituída pelo Ministério da Educação entregou ao então Ministro Cristovam Buarque, o documento intitulado SINAES - Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior, elaborado a partir de um amplo processo de interlocução com a sociedade.

Na opinião do seu presidente, em entrevista à imprensa de Londrina-PR, em outubro de 2003, “é mais do que a aplicação de uma nova metodologia de avaliação – é uma transformação profunda no conceito de ensino superior, uma ‘mudança filosófica’ que deixa para trás a ideia de que as Instituições de Ensino Superior (IES) são meros instrumentos de formação profissional quando, na realidade, seu objetivo é o de proporcionar uma formação integral que insira os alunos tanto no mercado de trabalho como em seu meio social e, ao mesmo tempo, faça da sociedade um parceiro imprescindível desse processo.” (DIAS SOBRINHO, 2003d)

De acordo com a proposta (Comissão Especial de Avaliação, 2003), o SINAES teria como enfoque central a Instituição, integrando todos os

instrumentos de avaliação da educação superior, a saber:

- Autoavaliação Institucional (feita por professores, alunos e demais profissionais da instituição, a partir de um roteiro mínimo preestabelecido. Deveria ser realizada de forma permanente como etapa preparatória para a avaliação externa);
- Avaliação Institucional Externa (realizada por uma comissão de avaliadores com competência técnica em avaliação. Tinha por objetivo avaliar a instituição e verificar “in loco”, a cada 3 anos, a realização da autoavaliação);
- Avaliação das Condições de Ensino (aplicada aos cursos em que for necessária a verificação “in loco”. Também subsidiaria os processos de reconhecimento de cursos novos a cada 3 anos);
- PAIDEIA (do grego - formação do homem). Processo de Avaliação Integrada do Desenvolvimento Educacional e da Inovação da Área (subsidiaria a autoavaliação e a avaliação externa. Prova que seria aplicada por amostragem aos alunos no meio e no final do curso, distribuídos em 4 grandes áreas: Ciências Humanas, Exatas, Tecnológicas e Biológicas e da Saúde).

Além disso, o SINAES utilizaria, entre outros, os seguintes instrumentos de informação:

- Censo da Educação Superior;
- Cadastro das Instituições e Cursos;
- Sistemas de registro da CAPES e da Secretaria da Educação Média e Tecnológica/ MEC;
- Plano de Desenvolvimento Institucional;
- Projeto Político-Pedagógico dos Cursos.

Nessa proposta, a gestão do Sistema Integrado de Avaliação ficaria sob a responsabilidade de uma Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES), criada pelo Ministério da Educação, constituída de 12 integrantes de reconhecimento nacional como especialistas na área de avaliação ou de gestão da educação superior.

Para Dias Sobrinho (2003d), estes instrumentos permitiriam às instituições eventuais correções de rota sob a supervisão de uma comissão nacional, envolvendo todos os atores e abrangendo os diversos aspectos da educação superior, avaliando as instituições de uma forma muito mais ampla e consistente.

Durante os meses de setembro, outubro e novembro de 2003, a proposta entregue pela Comissão foi discutida no meio acadêmico e científico com ampla repercussão na mídia. Considerando que a nova proposta extinguiria o Exame Nacional de Cursos, o “Provão”, muitas foram as manifestações contrárias, não só por parte de lideranças políticas ligadas ao governo anterior, mas também de estudantes, pesquisadores da área e inclusive de instituições de ensino superior, principalmente as privadas.

As críticas, em sua maioria, desprovidas de fundamentos, se colocavam na defesa do Exame Nacional de Cursos, se esquecendo de que era apenas um instrumento que avaliava o desempenho cognitivo do aluno, como se esse resultado dessa conta da diversidade da Educação Superior.

Após as discussões e passados três meses da apresentação do documento, apesar da defesa pública do então Secretário de Ensino Superior, Carlos Roberto Antunes, que teve um papel importante em sua tramitação, o projeto encaminhado à casa civil pelo então Ministro da Educação para posterior discussão no Congresso Nacional, reformulava o sistema vigente de avaliação, mas não continha a riqueza da proposta do SINAES.

O novo Sistema (Sistema Nacional de Avaliação e Progresso do Ensino Superior - SINAPES)<sup>5</sup> se apoiaria em 4 pilares: a) O processo de ensino (a partir da informação do corpo docente); b) O processo de aprendizagem (avaliada por um exame nacional no início e no final do curso); c) A capacidade institucional (informações sobre o conjunto da instituição); e d) A responsabilidade do curso com a sociedade em geral (desenvolvimento social da Instituição a partir de indicadores)

---

5. SINAPES - Medida Provisória nº 147, de 15 dezembro de 2003 que instituiu o Sistema Nacional de Avaliação e Progresso do Ensino Superior.

Esses quatro indicadores combinados comporiam o Índice de Desenvolvimento do Ensino Superior – IDES (BRASIL, 2003a), acompanhados de um protocolo de compromissos a ser cumprido pela direção do curso e da instituição, visando à superação de falhas, insuficiências e dificuldades identificadas. Ressalta-se, que como descrito no documento, a instituição que quisesse poderia optar por ter seu índice calculado apenas pelo desempenho dos alunos, tal como era feito com o Exame Nacional de Cursos.

Com base no IDES, o MEC continuaria classificando os cursos com o objetivo de responder às necessidades da sociedade e do próprio governo. A classificação teria por base três conceitos: bem avaliados, intermediários e não satisfatórios. Haveria ainda uma classificação por região, considerando localização, número de habitantes, tempo desde a fundação até o credenciamento, entre outros indicadores. Essas mudanças, introduzidas pelo Ministro Cristovam Buarque, e que descaracterizaram a proposta inicial, se deram em função de críticas feitas pela imprensa de forma contundente ao que chamavam de “Ameça ao Provão”.

O trabalho da Comissão Especial de Avaliação (CEA) foi acusado de acabar com o único sistema de avaliação que informava a sociedade sobre a qualidade dos cursos, ignorando-se que durante sete anos a população recebeu informações equivocadas sobre os mesmos. De acordo com essa interpretação, a proposta da comissão acabava com a possibilidade de comparação de diferentes escolas que ofereciam o mesmo curso, reduzindo consideravelmente a concorrência e ainda impedindo que os “alunos de menor renda” utilizassem a principal ferramenta de julgamento das escolas, particularmente as privadas, onde conseguiam acesso. (BERTOLIN, 2004)

Felizmente, durante a tramitação da medida provisória, a proposta recuperou elementos importantes do texto original, e embora não contemplasse totalmente o trabalho da comissão (CEA), integrava os instrumentos propostos em um sistema que buscava articular regulação e avaliação educativa, o que foi considerado um grande avanço para a avaliação da educação superior brasileira.

## Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - SINAES

Após as discussões e as alterações que o projeto inicial sofreu durante a tramitação no Congresso Nacional, em 14 de abril de 2004, foi instituído o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES, através da Lei 10.861<sup>6</sup>. Em 05 de julho de 2004, o então Ministro da Educação, Tarso Genro, regulamentou o SINAES pela Portaria MEC nº 2051<sup>7</sup>.

De acordo com a portaria, o SINAES tem por objetivos: a melhoria da qualidade da educação superior, a orientação da expansão da sua oferta, o aumento permanente da sua eficácia institucional e efetividade acadêmica e social, e especialmente a promoção do aprofundamento dos compromissos e responsabilidades sociais das instituições de educação superior, por meio da valorização de sua missão pública, da promoção dos valores democráticos, do respeito à diferença e à diversidade, da afirmação da autonomia e da identidade institucional.

Formado por três componentes principais, sendo a avaliação das instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes, o SINAES deverá assegurar:

1. a avaliação institucional, interna e externa, contemplando a análise global e integrada das dimensões, estruturas, relações, compromisso social, atividades, finalidades e responsabilidades sociais das instituições de educação superior e seus cursos;
2. o caráter público de todos os procedimentos, dados e resultados dos processos avaliativos;
3. o respeito à identidade e à diversidade de instituições e de cursos;
4. a participação do corpo discente, docente e técnico-administrativo

---

6. Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004. DOU nº72, 15/04/2004, seção 1, p. 3-4. Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES – e dá outras providências.

7. Portaria nº 2.051, de 9 de julho de 2004 que regulamenta os procedimentos de avaliação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), instituído na Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004.

das instituições de educação superior, e da sociedade civil, por meio de suas representações.

Para a avaliação das instituições e dos cursos, a Lei manteve a proposta original. A avaliação das instituições de educação superior que tem por objetivo identificar seu perfil e o significado de sua atuação por meio das atividades de ensino, pesquisa e extensão, deveria ser realizada no ambiente interno por comissão própria de avaliação da instituição – CPA e no âmbito externo por comissão indicada pelo MEC/INEP por meio de visita *in loco*.

Deve considerar as diferentes dimensões institucionais, a saber:

- I. a missão e o plano de desenvolvimento institucional;
- II. a política para o ensino, a pesquisa, a pós-graduação, a extensão e as respectivas formas de operacionalização, incluídos os procedimentos para estímulo à produção acadêmica, as bolsas de pesquisa, de monitoria e demais modalidades;
- III. a responsabilidade social da instituição, considerada especialmente no que se refere à sua *contribuição* em relação à inclusão social, ao desenvolvimento econômico e social, à defesa do meio ambiente, da memória cultural, da produção artística e do patrimônio cultural;
- IV. a comunicação com a sociedade;
- V. as políticas de pessoal, as carreiras do corpo docente e do corpo técnico-administrativo, seu aperfeiçoamento, desenvolvimento profissional e suas condições de trabalho;
- VI. organização e gestão da instituição, especialmente o funcionamento e representatividade dos colegiados, sua independência e autonomia na relação com a mantenedora, e a participação dos segmentos da comunidade universitária nos processos decisórios;
- VII. infraestrutura física, especialmente a do ensino e de pesquisa, biblioteca, recursos de informações e comunicações;
- VIII. planejamento e avaliação, especialmente processos, resultados e eficácia da autoavaliação institucional;



- IX. políticas de atendimento aos estudantes;
- X. sustentabilidade financeira, tendo em vista o significado social da continuidade dos compromissos na oferta da educação superior.

A avaliação dos cursos de graduação, que tinha por objetivo identificar as condições de ensino oferecidas aos estudantes, deveria utilizar procedimentos e instrumentos diversificados e obrigatoriamente receber visita de especialistas das respectivas áreas do conhecimento. Já a avaliação da formação dos estudantes sofreu uma mudança de concepção. Passou de Avaliação Integrada do Desenvolvimento Educacional e da Inovação da Área (PAIDEIA), para Avaliação de Desempenho dos Estudantes.

Embora o próprio nome indicasse a redução da abrangência da avaliação, o exame proposto – Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) – conservou muitas características da proposta inicial: grupos amostrais de estudantes, aplicação em diferentes momentos do percurso dos estudantes, envolveria aspectos de formação geral e conteúdos específicos de cada curso em particular, e incorporava questões relacionadas ao domínio de aprendizagens e habilidades dos estudantes.

O ENADE, de acordo com o artigo 1º da Lei 10.801/04,

*(...) aferirá o desempenho dos estudantes em relação aos conteúdos programáticos previstos nas diretrizes curriculares dos cursos de graduação, suas habilidades para o ajustamento às exigências decorrentes da evolução do conhecimento e suas competências para compreender temas exteriores ao âmbito específico de sua profissão, ligados à realidade brasileira e mundial e a outras áreas do conhecimento.*

Como o ENADE é um dos componentes da avaliação do curso, conforme prevê a legislação, esperava-se que nenhuma decisão regulatória seria tomada pelo MEC em função do resultado único do desempenho dos estudantes, nem tampouco seria utilizada para classificação das instituições.

*(...) A nota do curso no ENADE será somada à nota do curso obtida durante a avaliação in loco, a ser feita periodicamente por comissões*

*de especialistas nas diversas áreas do conhecimento. Como a nota no ENADE não será considerada igual à qualidade do curso, ela não será, por consequência, usada para fazer ranqueamentos”. (PACHECO e RISTOFF; 2005: 49)*

Em que pese o previsto na legislação e os esforços dos dirigentes do INEP nesse sentido, os primeiros resultados do ENADE divulgados em 2005 foram objeto de divulgação na mídia em forma de “*ranking*”. Os conceitos atribuídos favoreceram a classificação dos cursos e o fato do ENADE ser um dos componentes de avaliação previsto no SINAES foi totalmente desconsiderado pela imprensa.

Apesar disso, não se pode negar o avanço em relação ao ENC, o “Provão”. A realização a cada 3 anos, com aplicação concomitante aos ingressantes e concluintes dos cursos de graduação e, sempre que possível, por amostragem, permitiria a projeção de um panorama bem mais completo e menos oneroso do que o projetado pelo exame anterior.

De acordo com as previsões do INEP à época (PACHECO e RISTOFF, 2005: 49), “em 3 anos o ENADE atingiria 52 áreas do conhecimento sendo que o ‘Provão’ em oito anos de existência atingiu apenas 26 áreas”. Além disso, a realização em dois momentos distintos na trajetória dos estudantes revelava o caráter formativo do exame e possibilitaria às instituições acompanhar a evolução dos mesmos durante o período de sua formação e, ainda, a promoção de ajustes curriculares no decorrer do curso.

O SINAES previa a coordenação e supervisão do processo por uma Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior, a CONAES, que tem entre suas atribuições as seguintes funções:

- I. propor e avaliar as dinâmicas, procedimentos e mecanismos da avaliação institucional, de cursos e de desempenho dos estudantes;
- II. estabelecer diretrizes para organização e designação de comissões de avaliação, analisar relatórios, elaborar pareceres e encaminhar recomendações às instâncias competentes;
- III. formular propostas para o desenvolvimento das instituições de educação superior, com base nas análises e recomendações produzidas nos processos de avaliação;

- IV. articular-se com os sistemas estaduais de ensino, visando a estabelecer ações e critérios comuns de avaliação e supervisão da educação superior; e
- V. submeter anualmente à aprovação do Ministro de Estado da Educação a relação dos cursos a cujos estudantes será aplicado o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes - ENADE.

Enfim, o Sistema propôs uma avaliação institucional integrada, utilizando-se de múltiplos instrumentos de avaliação. Com isso, permitiria às instituições eventuais correções de rota sob a supervisão de uma comissão nacional, envolvendo todos os atores e abrangendo os diversos aspectos da educação superior, avaliando as instituições de uma forma muito mais ampla e consistente.

Nessa nova perspectiva a avaliação da educação superior evidenciava uma mudança de paradigma que, para Dias Sobrinho, se mostrava com mais clareza nos seguintes aspectos:

- a. O foco central da avaliação passa a ser a avaliação institucional, tomadas por objeto todas as dimensões de uma instituição e combinando-se processos de autoavaliação e avaliação externa. Não mais se trata de operar instrumentos isolados centrados basicamente no estudante e no curso, sem remissão à instituição, à missão institucional, à área e ao Sistema de Educação Superior;
- b. O SINAES é concebido de modo a promover a interatuação e a mútua alimentação da avaliação e da regulação. Com caráter vinculativo, a avaliação subsidia os processos regulatórios e destes se serve para as novas dinâmicas avaliativas na perspectiva do permanente aperfeiçoamento das funções institucionais. Até agora, a avaliação esteve subsumida pela regulação, a ponto de a função principal ser a de controle, acomodação às normas burocrático-legais e comparações para acirrar a competição entre as IES;
- c. Uma concepção global fundamentada e confere coesão aos distintos instrumentos articulados. Isso se distingue da opção de

pôr em prática diferentes instrumentos isolados para efeito de maior controle sobre as partes;

- d. O SINAES amplia concepções e práticas anteriores. Amplia e articula os âmbitos, atores, objetos, procedimentos e instrumentos de avaliação. (DIAS SOBRINHO, 2004: 121-22)

Contudo desde a aprovação da Lei 10.861, de 14 de abril de 2004, e sua regulamentação pelas Portarias de nº 2051 de 09 de Julho e nº 107 de 22 de julho de 2004, até 2007, a mudança efetivamente implantada dizia respeito à extinção do ENC e à aplicação do ENADE inicialmente aos cursos da área da saúde e ciências agrárias no ano de 2004, para os cursos das áreas de ciências humanas e exatas em 2005, e no ano de 2006 para as demais áreas.

Em novembro de 2006 o ENADE completou o primeiro ciclo de avaliação de todas as áreas de conhecimento. Desde a sua criação em 2004, foram avaliados todos os 20 mil cursos de ciências da saúde, agrárias, sociais, jurídicas, engenharias e licenciaturas.

Em 2005, além das notas nas provas (formação geral e conteúdo específico), passaram a ser divulgados, para cada um dos cursos de graduação, o conceito médio dos estudantes e o Indicador de Diferença entre o Desempenho Observado e o Esperado (IDD). A intenção do INEP com a criação do índice era tornar possível avaliar a qualidade de um curso com base na diferença do desempenho esperado e do observado, obtido por ingressantes e concluintes. O IDD é um indicativo do efeito dos cursos no nível de conhecimento dos estudantes e indica a diferença entre o desempenho médio observado dos concluintes e o estimado para eles, caso os alunos que ingressaram nesse curso tivessem frequentado um curso de qualidade média da mesma área.

Em relação à avaliação das instituições, conforme previsto na Lei, ainda não se conheciam resultados concretos de sua efetivação. Às instituições de ensino superior foi dado um prazo para constituir suas comissões próprias de avaliação - CPAs e iniciar o processo de avaliação interna, entregando ao final, os relatórios de autoavaliação.

Dando prosseguimento ao SINAES, em 2006, o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) em parceria com a CONAES realizou seminários reunindo dirigentes das Instituições de Ensino Superior por regiões, para discutir o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior com o objetivo de orientar e esclarecer a respeito das avaliações das Instituições de Educação Superior e dos cursos de graduação. Além de apresentar as diretrizes e os princípios do SINAES, os seminários propunham uma reflexão sobre a nova sistemática de avaliação, apresentando os instrumentos externos (ENADE, Avaliação Institucional e Avaliação dos Cursos) e internos (Autoavaliação).

Ainda em 2006, a CONAES e o INEP deram prosseguimento à normatização das ações desenvolvidas no âmbito do SINAES com a publicação do Edital de credenciamento de docentes para compor as comissões de Avaliação Externa de Instituições de Educação Superior e dos Cursos de Graduação da Educação Superior; do Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação; do Instrumento de Avaliação Externa de Instituições de Educação Superior, e criando o banco de avaliadores do SINAES, e a Comissão Técnica de Acompanhamento da Avaliação – CTAA.

Um passo importante na consolidação do SINAES foi a constituição do Banco de Avaliadores do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - BASIS em maio de 2006, sob a responsabilidade da Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação, e que permitiu a participação da comunidade acadêmica e da sociedade civil na composição das comissões de avaliação.

O BASIS é o cadastro nacional de avaliadores, regido pelos princípios do SINAES e foi concebido para operar de forma totalmente informatizada desde a inscrição dos avaliadores, até a designação das comissões. Está integrado a outras bases de dados do INEP e à Plataforma Lattes (CNPq), buscando facilitar a comparação e a otimização dos procedimentos de coleta e registro de informações. (RISTOFF et al, 2006)

Para participar das comissões, os avaliadores, além de cumprir os critérios de seleção, passavam por um processo de capacitação. Iniciado no final de 2006, e com previsão de vencer a primeira etapa até o primeiro

semestre de 2007, o programa de capacitação foi organizado de forma a atender à demanda naquele momento de 4.495 avaliadores institucionais e 8.992 avaliadores de curso, por meio da formação de multiplicadores que capacitam diretamente os avaliadores em sessões presenciais e por atividades orientadas a distância.

A grande contribuição do BASis à avaliação da educação superior está no processo de formação das comissões de avaliadores, principalmente em função da capacitação que prevê a compreensão do sistema de educação superior brasileiro, do SINAES, e da legislação pertinente à avaliação institucional e aos cursos de graduação.

A composição das comissões, considerando seu perfil e sua adequação à realidade a ser avaliada, é requisito fundamental para garantir a isenção necessária ao processo avaliativo. A capacitação, se bem desenvolvida, poderia favorecer o atendimento às diretrizes e princípios estabelecidos pelo SINAES, que somada à escolha adequada dos avaliadores, poderia qualificar a avaliação.

Em 10 de janeiro de 2007, foi publicada a Portaria Normativa nº 1 do Ministério da Educação, que estabeleceu o primeiro calendário de avaliações do Ciclo Avaliativo do SINAES para o triênio 2007/2009, incluindo entre outras ações, o cronograma do ENADE até 2009 e da avaliação externa das instituições.

Dali em diante o processo de avaliação seguiu seu curso. A Lei nº 10.861/2004 que instituiu o SINAES, mantém-se vigente e com poucas alterações, mesmo com tantas mudanças de governo, se consolidando como uma das mais importantes políticas da educação superior no país.

Passado pouco mais de uma década, em dezembro de 2017 foi publicado o Decreto nº 9.235, de 15 de dezembro de 2017, que trouxe algumas inovações sobre o exercício das funções de regulação e supervisão dos cursos superiores de graduação e de pós-graduação, nas modalidades presencial e a distância no sistema federal de ensino, mas que referendou a lógica da avaliação das instituições de educação superior que estava em curso.

De acordo com o art. Art. 79 do novo Decreto (nº 9.235/2017), a avaliação das instituições de educação superior e dos cursos superiores de graduação e pós-graduação se dá no âmbito do SINAES e nos termos da Lei nº 10.861, de 2004, e da legislação específica. Ou seja, nos mesmos moldes que vinha sendo desenvolvida, sob coordenação da CONAES, e executada pelo INEP, integrando os mesmos processos de avaliação: I - avaliação interna das IES; II - avaliação externa *in loco* das IES; III - avaliação dos cursos de graduação; e IV - avaliação do desempenho acadêmico dos estudantes de cursos de graduação por meio do ENADE.

Em agosto do ano seguinte o MEC regulamentou o Decreto 9.235/2017 com a edição da Portaria nº 840, de 24 de agosto de 2018, republicada em 31/08/2018, que dispõe sobre os procedimentos de competência do INEP para realizar a avaliação de instituições de educação superior, de cursos de graduação e de desempenho acadêmico de estudantes. A Portaria também estabeleceu as competências da Diretoria de Avaliação da Educação Superior, do INEP: conceber, planejar, coordenar, operacionalizar e avaliar as ações voltadas à avaliação da educação superior, nas modalidades presencial e a distância, no âmbito do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - SINAES e à avaliação das escolas de governo - EGov.

Cabe registrar que desde 2011, para exercer suas competências, o INEP atua em parceria com a Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior do Ministério da Educação - SERES, criada 17/4/2011 pelo Decreto nº 7.480/2011, absorvendo competências que até então eram da SESu, da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica - SETEC e da extinta SEED/MEC.

Além da criação do BASis, cuja constituição e manutenção competem ao INEP, e também foi modificado pelo Decreto nº 9.235/2017, e regulamentado pela Portaria Normativa nº 19, de 13 de dezembro de 2017, um outro avanço importante nesse período foi trazido pela Portaria nº 40/2017 que instituiu o e-MEC, sistema eletrônico de fluxo de trabalho e gerenciamento de informações relativas aos processos de regulação da educação superior no sistema federal de educação. O objetivo era simplificar, racionalizar e abreviar o trâmite dos processos, objeto do Decreto nº 5.840/2006, utilizando ao máximo as possibilidades oferecidas pela tecnologia da informação. Desde

então, a cada ano o Edital do ENADE vem sendo publicado, estabelecendo as regras específicas de sua realização (data, local, inscrições, obrigações das IES e dos estudantes, entre outras) e a relação de cursos a serem avaliados.

Nesse período (2007-2017), mesmo com altos e baixos, a CONAES, juntamente com o INEP, e com os professores que compõem o banco de avaliadores, foram capazes de dar continuidade ao trabalho, garantindo a evolução histórica dos resultados de cada instituição, compostos pela autoavaliação, avaliação externa, Enade, Avaliação dos cursos de graduação e instrumentos de informação, como o censo e o cadastro. De acordo com a normativa vigente, os resultados, materializados nos conceitos das avaliações, subsidiam os atos de regulação, que compreendem Atos Autorizativos e Atos Regulatórios. Os Atos Autorizativos são responsáveis pelo credenciamento das IES, autorização e reconhecimento de cursos, enquanto os Atos Regulatórios são voltados para o recredenciamento de IES e renovação de reconhecimento de cursos (parte do ciclo trienal do SINAES, com base nos cursos contemplados no Enade a cada ano).

Como se verifica, a concepção do SINAES conferiu um outro patamar para a Avaliação da Educação Superior brasileira. No que diz respeito aos processos de autoavaliação, o PAIUB já previa diretrizes e princípios semelhantes. No entanto, acreditava-se que com o processo de avaliação externa, o SINAES poderia avançar ainda mais, garantindo o atendimento aos princípios estabelecidos na avaliação de cursos.

Na época deste estudo, as instituições responderam de forma muito positiva, e enviaram seus projetos à CONAES, que trabalhou na regulamentação dos processos e na orientação às IES desde sua constituição. O desafio que se desenhava era saber como se desenvolveriam as avaliações e como seus resultados seriam utilizados pelas próprias instituições e pelo governo. Sua manutenção e fortalecimento, indica que, para além de ser uma política de governo, está se tornando efetivamente uma política de estado.





## CAPÍTULO II

# A Educação Médica no Brasil

### 2.1 MUDANÇA DE PARADIGMA NA EDUCAÇÃO MÉDICA

A Educação Médica ainda tem como um de seus grandes desafios, a superação da cisão entre formação e trabalho médico. A formação médica não está restrita ao âmbito da escola médica e aos seus projetos pedagógicos, pois como registrou Lampert (2002), está diretamente ligada à complexidade dos processos sociais, dos processos de trabalho, das relações de produção dos serviços e do papel que as instituições exercem em relação à sociedade, das condições do mercado de trabalho e das políticas de saúde representadas pela intervenção do Estado.

As políticas de formação de recursos humanos podem estar relacionadas às políticas de saúde, mas também estão integradas às políticas de educação,

emprego e salário, que extrapolam e muito a governabilidade do setor saúde. Uma profissão pressupõe um corpo de conhecimentos, mas também uma orientação para um ideal de serviços. (PAIM e TEIXEIRA, 2002)

Na Educação Médica, é reconhecida a grande influência que a estrutura social e, particularmente a organização social dos serviços, exerce sobre a formação dos profissionais, o que implica a necessidade de mudanças no sistema de saúde e na própria sociedade para reorientar a formação de recursos humanos em saúde. Apesar da Educação Médica estar subordinada a regras do campo da educação, é o setor saúde que define seus rumos e sua conexão com a sociedade, particularmente por meio da prática médica: Para Feuerwerker (2002) as escolas e os currículos médicos são componentes desses processos mais gerais, confirmando a íntima relação entre educação médica, prática médica e estrutura social.

Ao mesmo tempo, as instituições de ensino exercem grande influência na organização dos serviços de saúde, à medida que interferem na constituição dos sujeitos que atuarão no sistema de saúde. De acordo com Almeida (1999: 07), “uma vez que o modo de formar médicos determina a ordem institucional, é esperado que mudanças no primeiro levem a transformações substanciais na forma de organização da educação médica”.

Também para Lampert (2002), as reformas do setor saúde estão intrinsecamente ligadas à formação de recursos humanos para a saúde, em especial da categoria médica que mantém a hegemonia ideológica da prática profissional própria do setor. Nessa lógica, os serviços de saúde organizam-se para dar respostas aos problemas de saúde e sofrimento da população e as escolas existem para preparar profissionais, que, atuando nestes serviços, dêem respostas aos problemas e às necessidades de saúde.

Em meados dos anos 2002, a Educação Médica brasileira vinha passando por grandes mudanças, acompanhando a evolução da educação médica mundial, que desde a década de 60 iniciou um processo de mudança paradigmática. Naquele momento, o desafio que se colocava para a formação profissional em saúde, além de atender às questões educacionais, era prioritariamente, responder aos problemas e às necessidades de saúde da população.

Esse processo longo, conflituoso, e muito rico, é descrito com profundidade por Almeida (1999), que apresenta a influência da dimensão internacional nas mudanças educacionais na área da saúde na América Latina, e desta, nas políticas para a formação de recursos humanos no Brasil, sempre contextualizadas em cada momento histórico, considerando as tendências econômicas e a organização política e social.

Feuerwerker (2002) analisou temas centrais relacionados à lógica da organização do setor saúde, ao trabalho médico, ao saber médico e à escola médica, buscando identificar sua repercussão no processo de produção de médicos, de forma a contribuir com a compreensão da construção de mudanças nas escolas médicas. Já Lampert (2002), avaliou as mudanças na educação médica nas décadas anteriores, na perspectiva da construção do novo modelo, em busca da superação do modelo *flexneriano*, que desde a metade do século XX, serviu de referência para a formação do médico no Brasil.

Esse estudo não teve a pretensão de resgatar o processo da evolução da educação médica brasileira, entretanto necessitava da compreensão sobre a mudança de paradigma que estava em curso na formação médica, passando do modelo *flexneriano* para o modelo da integralidade, de forma a contextualizar a reorientação da formação profissional em saúde. Para tanto, considerou, segundo Lampert (2002), as características básicas de cada um deles:

*Paradigma flexneriano: O chamado paradigma flexneriano serve de referência ao modelo dominante, totalmente hospitalocêntrico, que se baseia na forma tradicional de ensinar medicina e que se caracteriza: (a) pela predominância de aulas teóricas, enfocando a doença e o conhecimento fragmentado de disciplina; (b) pelo ensino centrado no professor e em aulas expositivas; (c) pela prática predominante no hospital; (d) pela capacitação docente voltada unicamente para a competência técnica-científica, (e) pelo mercado de trabalho referido pelo consultório tradicional; e (f) pela ênfase na especialização precoce, dificultando a formação geral dos médicos.*

*Paradigma da integralidade: O novo modelo, denominado de paradigma da integralidade aponta para: (a) ênfase na saúde e não na doença (a promoção, a preservação e a recuperação da saúde); (b) processo de ensino-aprendizagem centrado no aluno que deve ter um papel ativo na própria formação; (c) ensino da prática no sistema de saúde em graus crescentes de complexidade e voltado para as necessidades básicas de saúde; (d) capacitação docente que considera além da competência técnica-científica, a competência didático-pedagógica e a participação e o comprometimento no sistema público de saúde; (e) mercado de trabalho orientado para a reflexão e discussão crítica dos aspectos econômicos e humanísticos da prestação de serviços de saúde e de suas implicações éticas; e (f) ênfase na formação contextualizada, levando em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população.*

De acordo com Feuerwerker (2002), o modelo tradicional forma profissionais que dominam diversos tipos de tecnologia, mas cada vez mais incapazes de lidar com a subjetividade das pessoas e com questões complexas como a educação em saúde, o autocuidado, o enfrentamento da dor, da perda, da morte, o direito das pessoas à saúde ou a necessidade de ampliar a autonomia do paciente, entre outras. Essa formação tradicional conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde, levando à formação de especialistas que não conseguem lidar com a totalidade ou com o complexo, já que é baseado na organização disciplinar e nas especialidades.

O médico formado por esse sistema já não atendia mais às necessidades dos serviços de saúde que passou a exigir um profissional de saúde que considere as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, que respeite os princípios do SUS, que enfrente os problemas do processo saúde-doença de forma contextualizada, e atue de forma interdisciplinar e multiprofissional. O paradigma da integralidade pressupõe a construção de um novo modelo pedagógico, visando o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social, que somente se concretiza a partir da integração das ações das universidades, dos serviços de saúde e da comunidade.

A concepção pedagógica que sustenta o paradigma da integralidade está fundamentada na aprendizagem significativa que requer a articulação

dos papéis da academia e dos serviços de saúde, sugerindo cooperação na seleção dos conteúdos, na produção do conhecimento e no desenvolvimento da competência profissional. Para que a aprendizagem seja significativa, há que se trabalhar com uma pedagogia diferenciada – que considere cada sujeito com seus potenciais e dificuldades, que esteja voltada para a construção de significados, abrindo assim, caminhos para a transformação e não para a reprodução acrítica da realidade social. (FEUERWERKER e LIMA, 2002)

Segundo Ferreira (1994) apud LAMPERT (2002: 72), a mudança de paradigma deve incluir: (a) a redefinição dos conceitos de saúde e doença em um âmbito transdisciplinar e de articulação do conhecimento biológico e social; (b) o redirecionamento do avanço tecnológico em função da necessidade política de se ajustar aos problemas nacionais, a partir de um esforço investigativo centrado na realidade; (c) o redirecionamento dos espaços da prática tomando em conta seus níveis de complexidade e o próprio desenvolvimento de uma nova prática; e (d) o reconhecimento dessa prática e sua integração aos avanços da cidadania e dos processos de participação da sociedade civil dentro do novo contexto de democracia que vive a América Latina.

Para ele, o novo paradigma carece de uma abordagem epistemológica que favoreça sua compreensão e respalde sua aplicação na realidade. Será preciso que a escola médica não fique à margem do processo de transição, e que lute para assumir a liderança da transformação que se faz urgente, a partir de um processo participativo que leve em conta a análise prospectiva desse entorno no redimensionamento da missão de formar médicos. (FERREIRA, 1994 apud LAMPERT, 2002)

Como se pode perceber, a mudança do paradigma *flexneriano* para o paradigma da integralidade foi uma mudança radical. Para superar o modelo biomédico e hospitalocêntrico, centrado na doença e na assistência médica curativa é preciso muito mais do que mudanças curriculares. É preciso uma transformação profunda na prática e na formação profissional; e na organização e no financiamento dos sistemas e dos serviços de saúde.

## 2.2 A NECESSIDADE DA MUDANÇA NO PROCESSO DE FORMAÇÃO

A Constituição Federal de 1988, influenciada pelo movimento da Reforma Sanitária e pela VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Com a estruturação do Sistema Único de Saúde - SUS, e a necessidade de reorientar os serviços e o atendimento à população, criou-se um cenário favorável para a reorientação da formação profissional que, considerando seu alto custo para o estado e sua fragmentação com perda de qualidade, não mais podia estar direcionada exclusivamente à utilização intensiva de tecnologia, à superespecialização generalizada e ao hospital.

Somado a isso, o movimento internacional, especialmente na América Latina, impulsionava as reformas à medida que cada vez mais buscava a interação entre academia e serviços e a formação de profissionais preparados para enfrentar os problemas relacionados às necessidades sociais da população, exigindo mais do que capacidade técnico-científica.

Segundo Almeida (1999), alguns acontecimentos da década de 90 exerceram forte influência na Educação Médica Latino-americana nesse período: (a) em 1991, o convite feito às escolas que possuíam cursos de graduação na área de saúde e, em especial medicina e enfermagem, pela coordenação do Programa para a América Latina e o Caribe da Fundação Kellogg, para participar de “Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a comunidade”, mais conhecida pela sigla UNI; (b) em 1992, a divulgação pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) por meio das Associações Nacionais de Educação Médica do documento intitulado “As mudanças na Profissão Médica e sua Influência sobre a Educação Médica”, especialmente elaborado para as discussões preparatórias da 2ª Conferência Mundial de Educação Médica; (c) em 1993, a realização da 2ª Conferência Mundial de Educação Médica em Edimburgo, a 8ª Reunião Bianual da *Network of Community-oriented Educational Institutions for Health Sciences*, em Sherbrook (Canadá) e a Conferência Andina sobre Educação Médica realizada em Cartagena (Colômbia); e (d) em 1996, a criação do *Steering Committe on Medical Education in the Americas Region*, por

ocasião da interrupção da publicação da revista *Educación Médica y Salud* (1966-1996).

A América Latina teve uma grande participação na 2ª Conferência Mundial de Educação Médica, estimulada pela OPS, que por sua vez teve grande influência na própria Conferência, já que seu tema central “A mudança na profissão médica: implicações para a Educação Médica”, foi sugerido pela OPS. Essa sugestão foi resultado do movimento interno originado pela encomenda da OPS a educadores médicos, cientistas sociais e economistas, de textos que pudessem subsidiar a discussão e que resultaram na produção de um documento intitulado “As transformações da profissão médica e sua influência sobre a Educação Médica”. (ALMEIDA, 1999)

Esse documento abordava as questões centrais da Conferência, tais como a crise econômica; o desenvolvimento tecnológico; e a necessidade da equidade; e reforçava a influência das estruturas sociais na prática profissional e desta na formação médica. Após a contribuição de escolas e associações nacionais, que foram consolidadas pela FEPAFEM e pela OPS, o documento apontou alguns caminhos para a Educação Médica:

- (a) há necessidade de gerar um novo modelo científico, biomédico e social, que projete e fundamente um novo paradigma educativo, em função do indivíduo e da sociedade;
- (b) há necessidade de um novo sistema de valores que transcenda a influência da mudança da prática, reconstrua a ética do exercício profissional e garanta a função social do atendimento às necessidades de saúde da população;
- (c) há vantagens no desenvolvimento de trabalho interdisciplinar e de metodologias problematizadoras;
- (d) é fundamental que o desenvolvimento da integração docência-assistência-pesquisa torne a estratégia *Atenção Primária em Saúde* como objeto de pesquisa e aprendizagem e verifique o compromisso da universidade com a sociedade, afastando-se da utilização dos espaços comunitários como campos de prática unicamente; e



(e) a superação da contradição entre a formação de especialistas e médicos gerais exige que a educação médica enfrente criticamente a determinação tecnológica do critério médico de qualidade, que envolve tanto a ética profissional como a equidade. É nesse sentido que se dão as possibilidades de resolver este velho dilema da educação médica. É necessário começar a formar melhores especialistas, e ao mesmo tempo é necessário resgatar e fortalecer a formação geral na graduação, colocando-os adequadamente nas equipes de saúde, promovendo igualmente suas funções e reconhecimento sociais.

Essas questões, que indicavam as oportunidades para a construção das propostas de mudanças para a Educação Médica na América Latina, vinham ao encontro das necessidades de adequação da formação médica no Brasil, acompanhando a estruturação do Sistema Único de Saúde.

Era preciso, portanto, formar médicos com perfil totalmente diferenciado do profissional formado até então pelo modelo hegemônico, era preciso formar médicos generalistas que compreendessem as necessidades de saúde da população, e considerassem a sua realidade para apresentar soluções, ou seja, médicos preparados para atuar no Sistema Único de Saúde.

Para isso, seria necessário enfrentar problemas tais como a fragmentação do ato médico, a perda de qualidade da relação médico-paciente, a exclusão de boa parte da população do acesso aos serviços em função da elevação assustadora dos custos, e a introdução precoce da especialização levando à fragmentação de conteúdos e à perda da terminalidade da formação médica. (FEUERWERKER, 2002)

Esse movimento acompanhava as discussões que ocorriam na área da educação, na defesa de uma proposta pedagógica interativa, que desenvolvesse a capacidade de aprender a aprender, que preparasse os estudantes para lidar com as novas tecnologias da informação, os tornasse capaz de trabalhar em equipe e de exercer liderança, enfim, que formasse profissionais capazes de lidar com a evolução do conhecimento, e mais do que isso, com competências e habilidades para tomar decisões e

enfrentar os problemas do seu tempo. No contexto da globalização, onde as transformações econômicas, políticas, sociais e culturais transformam o mundo do trabalho, o conhecimento da época e as práticas hegemônicas já não eram capazes de responder às novas demandas.

Segundo Feuerwerker e Lima (2002), na educação, a crise paradigmática se revelava na contraposição hegemônica tradicional e a concepção crítica reflexiva. A primeira utiliza a pedagogia da transmissão, a prática pedagógica centrada no professor e a aquisição de conhecimentos de maneira desvinculada da realidade. A segunda se fundamenta na construção do conhecimento a partir da problematização da realidade, na articulação teoria e prática e na participação ativa do estudante no processo de ensino-aprendizagem. Na saúde, o primeiro vê a saúde do ponto de vista biologicista, centrado na doença, na hegemonia médica, na atenção individual e na utilização intensiva da tecnologia. O segundo baseia-se na construção social da saúde, apoiada no fortalecimento do cuidado e da promoção à saúde, na ação intersetorial e na crescente autonomia das pessoas e populações em relação à saúde.

Foi tentando superar os modelos hegemônicos, tanto na saúde quanto na educação, que a Educação Médica começou a construir sua mudança.

*(...) As escolas médicas são instituições complexas, que articulam uma multiplicidade de sujeitos, de identidades e de interesses. Transformar o processo de formação implica mudanças na concepção de saúde, na construção do saber, nas práticas clínicas, na relação entre médicos e população, entre médicos e demais profissionais de saúde, na concepção de educação e de produção do conhecimento, nas práticas docentes, nas relações entre professores e estudantes, nas relações de poder entre os departamentos e disciplinas. São, portanto, mudanças profundas, que implicam a transformação não somente de concepções e práticas, mas também de relação de poder dentro das universidades, dos serviços de saúde, do território local, e também no espaço social, no campo das políticas. (FEUERWERKER, 2002: 288)*

### 2.3 NOVAS DIRETRIZES CURRICULARES PARA OS CURSOS DE MEDICINA

Segundo STELLA (2007), a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação, na área da saúde, tem sua origem nos questionamentos sobre o ensino superior, iniciados na década de 1960, entre os quais se destacava o seu isolamento do mundo do trabalho, formando profissionais com perfil não adequado às necessidades sociais.

Embora tenha havido algumas tentativas de superação daquele modelo, durante todo o período da ditadura militar (1964-1984), as ideias de renovação foram reprimidas. As reformas na Educação se limitaram aos aspectos organizacionais, os currículos continuaram a ser rigidamente definidos pelo extinto Conselho Federal de Educação, e cada vez mais se acentuou a segmentação entre formação básica e profissionalizante. (STELLA, 2007)

Na área da saúde, durante esse período, configurou-se um significativo movimento social pela reforma sanitária, que possibilitou a conquista paulatina do direito universal à saúde, e que pautou o setor de educação para a necessidade de construir projetos pedagógicos voltados à formação de profissionais capazes de atuar com qualidade e resolutividade no Sistema Único de Saúde.

Contribuiu muito para isso a tendência de reorganização das práticas, nas áreas pública e privada, buscando a diminuição de custos fosse para garantir a atenção universal, fosse para aumentar a lucratividade. Essa reorientação das modalidades de atenção fez surgir em várias partes do mundo, demandas e pressões para reorientar a formação de profissionais, exigindo perfil e capacidades distintas das produzidas pelo modelo hegemônico de formação. (FEUERWERER, 2002)

Com a retomada da democracia, a discussão sobre a adequação do sistema de educação é reaberta, e com a promulgação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB em 1996, é dada às universidades a autonomia didático-científica, assegurando-lhes entre outras atribuições, a de fixar os currículos de seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes. (STELLA, 2007)

O processo de construção das Diretrizes Curriculares Nacionais, teve início formalmente com a publicação do Edital 4/97 da SESu em 10/12/97. Este processo, apesar das dificuldades enfrentadas, foi muito rico e envolveu vários atores da educação e da sociedade em geral nas discussões das diretrizes para as várias áreas do conhecimento.

Na Educação Médica, a discussão se pautou na necessidade de introdução do novo paradigma, embasada principalmente pela Conferência Mundial de Educação Médica realizada em Edimburgo, em 1988, que discutiu os resultados dos questionamentos apresentados às cinco federações que compõem a World Federation of Medical Education (WFME) sobre as necessidades de mudanças na educação superior e as demandas da área da saúde, e gerou uma proposta de reorientação do modelo de formação médica, que ficou conhecida com “Declaração de Edimburgo”. (STELLA, 2007).

A histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 e o próprio movimento da reforma sanitária que resultou na criação do SUS, associada a outros estudos e documentos, como os produzidos pela Organização Pan-Americana de Saúde e os resultantes da 2ª Conferência Mundial de Educação Médica (Edimburgo, 1993) e de outras Conferências na América Latina; os resultados dos Projetos UNI; as iniciativas da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação da Educação Médica – CINAEM; e a ação efetiva de entidades nacionais ligadas à Educação Médica e à Formação de Recursos Humanos em Saúde, como a Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM, e a Rede UNIDA; tiveram grande importância no processo de discussão das diretrizes curriculares dos cursos da área da saúde.

Também foi importante a compreensão do documento produzido pela Conferência Mundial de Educação Superior realizada pela UNESCO em 1998, que propunha uma formação responsável, cidadã e ética, a capacitação para a educação permanente e o conhecimento do método científico, com base em novas práticas pedagógicas que facilitem a aquisição de competências, habilidades e capacidade para trabalhar em grupos. (STELLA, 2007)

Nesse contexto, onde os movimentos educacionais internacionais e os movimentos de reorientação da formação profissional em saúde caminhavam para a busca da adequação da educação superior às demandas da sociedade atendendo às necessidades sociais, o Edital nº 04/97 da SESu/MEC, convidando as universidades, cursos, sociedades científicas, ordens e conselhos profissionais para oferecerem contribuições para a elaboração das diretrizes nacionais dos cursos de graduação, veio em um momento mais do que propício para avançar na proposição de mudanças.

Segundo Stella (2007), o edital era democrático e inovador e permitia a flexibilização dos currículos plenos servindo de referência para os programas de formação. Privilegiava a indicação de áreas do conhecimento (e não de disciplinas com cargas horárias definidas, rompendo com a fragmentação dos conteúdos e a especialização precoce) e perfis orientados pelas demandas da sociedade, mais adequados, portanto, às necessidades da população.

De acordo com a proposta, as diretrizes deveriam conter: perfil desejado para o formando; competências e habilidades correspondentes; conteúdos curriculares básicos e profissionais, essenciais ao desenvolvimento das mesmas competências e habilidades; estruturação modular dos currículos e adoção de metodologias de ensino e de avaliação abrangentes.

A partir desse momento, a atuação da Rede UNIDA foi fundamental para garantir a participação da comunidade acadêmica e da sociedade, estimulando seus associados a debaterem a questão e apresentando as respectivas contribuições. A Rede assumiu o protagonismo do debate e sistematizou as contribuições de todas as áreas, produzindo o documento “Contribuições para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área da saúde”, encaminhado à SESu/MEC e apresentado ao Conselho Nacional de Educação.

Para a Rede UNIDA, o ensino da prática médica tinha como base o processo saúde-doença e as necessidades individuais e coletivas referidas pelo usuário e aquelas identificadas pelos profissionais de saúde. Foi a partir desse entendimento que a proposta apresentada incluiu as competências profissionais desejadas e apontou os caminhos que a escola deveria trilhar no processo de formação dos futuros médicos, sustentado por um novo perfil docente e um moderno sistema de gestão de cursos e avaliação. (STELLA, 2007)

Ainda segundo Stella (2007), a aprovação final das diretrizes em 2001, se deu por meio da compatibilização dos conteúdos propostos pelas entidades e pelo MEC, em uma Oficina que reuniu a ABEM, a CINAEM, a Rede UNIDA, e representantes da Comissão de Especialistas do MEC, cuja realização foi articulada com o apoio da Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde, interessada na formação de Recursos Humanos para o SUS, e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). O texto acordado com as entidades, resultou no texto final, que com pequenas alterações deu origem ao Parecer nº 1.131/01 da Câmara de Ensino Superior, aprovado pelo CNE e publicado no Diário Oficial da União em 03 de outubro de 2001.

Para Almeida (2005), a Rede cumpriu um papel importante de mobilização durante o processo de construção das diretrizes (estimulando o debate e apresentando contribuições) e de facilitar o acesso a professores, estudantes, lideranças comunitárias, profissionais e entidades da área (ao publicar o conjunto de diretrizes da área da saúde – 1ª edição em 2003 e 2ª edição em 2005). Entretanto apesar da Rede de ter se destacado nesse primeiro momento, considerava-se inegável a participação das comissões de especialistas do MEC, de dirigentes do Ministério da Saúde, do Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades, dos Conselhos Profissionais, das Associações de Ensino, e de outras entidades da sociedade, além do próprio CNE que, entre outras coisas, se empenhou na agilização da aprovação. (ALMEIDA, 2005)

Para ele, o avanço foi significativo, embora não houvesse consenso entre lideranças da área quanto à superação das amarras dos currículos mínimos ou quanto à garantia de que as orientações emanadas fossem de fato indutores de mudanças. Alguns autores, como Lampert (2002), vislumbravam um cenário bastante otimista:

*(...) Em relação às novas diretrizes curriculares, agora vigentes, pode-se dizer que trazem claramente um avanço de abrangência política e social no contexto das necessidades de saúde da população brasileira, e exigem que as escolas médicas tenham maturidade institucional para implementá-las. Conferindo flexibilidade, o conjunto das diretrizes respeita a singularidade de cada escola médica, que ganha com isso legitimidade e espaço para*

*executar as reformas que se fazem necessárias no âmbito da sua realidade.*  
(LAMPERT, 2002: 97)

Ainda que não fosse unanimidade, o fato é que o cenário era bastante favorável, e considerando que as mudanças para que fossem efetivas, deviam ser institucionalizadas, a exigência de que os cursos de graduação atendessem às diretrizes veio reforçar os movimentos internos, fortalecendo as tendências de mudança e apontando um novo caminho para o curso médico, que previu entre outras questões: a) a integração de conteúdos e o desenvolvimento de competências e habilidades; b) a utilização de metodologias ativas de ensino, para levar o estudante a aprender a aprender e a compreender a necessidade da educação permanente; c) a integração do ensino, serviços de saúde e comunidade, aproximando o futuro médico da realidade social; d) a articulação entre ensino, pesquisa, extensão e assistência; e e) a formação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e a humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

Formar profissionais com perfil adequado às necessidades sociais em qualquer área implica em desenvolver capacidades relacionadas a aprender a aprender, a trabalhar em equipe, a comunicar-se, a ter agilidade diante de situações-problema, a ter capacidade propositiva. Essas características não combinam com a formação tradicional e com a mera transmissão do conhecimento. Por isso a grande pressão para a superação do modelo, e para a adoção de metodologias que favorecessem o desenvolvimento do espírito crítico, da capacidade de reflexão, e a participação ativa dos estudantes na construção do conhecimento. (FEUERWERER, 2002)

Muitas escolas haviam iniciado seus processos de mudança, entretanto até aquele momento, a maioria deles voltado para reformulações curriculares pontuais, a introdução de metodologias ativas de ensino em uma ou outra disciplina, e mudanças tímidas de cenários, impactando de forma muito limitada na formação do médico. Poucas eram as iniciativas que davam conta da mudança de paradigma, rompendo efetivamente com o modelo hegemônico.

O perfil proposto para o profissional formado, nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina/2001<sup>8</sup>, assumiu definitivamente o desafio de consolidar a inter-relação da área de formação de recursos humanos em saúde com os serviços de assistência à saúde:

*(...) o médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença, em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (ALMEIDA, 2005: 46)*

Uma outra questão importante no processo de formação, valorizada pelas diretrizes curriculares da área à época, foi a abordagem em relação à avaliação, seja em relação à avaliação do processo de ensino-aprendizagem, que passou a levar em conta competências e habilidades além do conteúdo desenvolvido e deverá adequar-se ao novo modelo, centrado no aluno e não mais no professor; seja em relação à avaliação do curso como um todo, considerando que conforme o Art. 13 (*caput*), a implantação das diretrizes deveriam ser “acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes necessários ao seu aperfeiçoamento.”

A aprovação das diretrizes em 2001 foi um passo muito importante na construção da mudança paradigmática da Educação Médica. Segundo Stella (2007), esta somente se daria quando superada a fase de inovação em que se encontravam muitas escolas médicas, introduzindo isoladamente alguns dos componentes do conjunto proposto pelas Diretrizes, tais como a prática extramuros, as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a interdisciplinaridade e a produção de conhecimentos articulada com os serviços.

---

8. Resolução CNE/CES nº 4, de 07 de novembro de 2001 que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.



Vale destacar que este estudo tomou por base as Diretrizes Curriculares vigentes em 2004. No entanto, em 2014, o CNE aprovou a Resolução nº 03, de 20 de junho de 2014, instituindo as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Na avaliação de especialistas, o documento fortalece a mudança de paradigma da Educação Médica, à medida que se propõe a formar médicos melhor preparados para atuar no SUS, mas perdeu muito no processo de envolvimento da comunidade acadêmica e das instituições da área da saúde, não havendo resultados quanto à sua efetiva implementação, conforme abordado no prefácio, de autoria do Professor Marcio Almeida.

Ele mesmo já apontava em 1999 que para superar esse desafio e alcançar um patamar mais consistente de mudança, a Educação Médica tinha um longo caminho a percorrer, onde:

*(...) têm lugar as mudanças que buscam introduzir uma nova ordem no processo de produção de médicos e nas suas relações com a estrutura socioeconômica. Ou seja, engloba todo o contexto e a própria sociedade. Envolve a essência do próprio processo de produção do conhecimento, a construção de novos paradigmas e os determinantes histórico-sociais.*  
(ALMEIDA, 1999: 11)

A avaliação, se entendida como parte do processo de mudança, pode iluminar esse caminho, contribuindo para uma verdadeira transformação na Educação Médica.

## CAPÍTULO III

# A Avaliação da Educação Médica no Brasil

### 3.1 INICIATIVAS NACIONAIS PARA OS CURSOS DE MEDICINA

Acompanhando a evolução da Educação Médica no Brasil e conhecendo o processo de implementação das Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Medicina, percebe-se o quanto os atores sociais da área da saúde são protagonistas dessa história. E, diferentemente de outras áreas, não são apenas os acadêmicos que se envolvem, mas todos aqueles que de alguma forma participam do processo de formação dos recursos humanos na área da saúde, dos professores e estudantes, às lideranças comunitárias, passando pelos profissionais de saúde, pelas entidades nacionais, conselhos e demais representações, enfim, por todos os segmentos da sociedade que atuam ou recebem os benefícios dos serviços de saúde.

Essa participação ativa e mobilizadora, se faz presente em todas as lutas da área da saúde e não poderia ser diferente nos processos de avaliação conduzidos por esses protagonistas. Apesar de participar dos processos gerais de avaliação da Educação Superior, a Educação Médica não se limitou a estes e desempenhou um papel importante na construção desses processos, ora por entender que poderia contribuir com seu aprimoramento ora por acreditar que nem sempre estes davam conta das peculiaridades da área da saúde, particularmente da área médica.

Pela vasta experiência na administração dos serviços de saúde, a área médica incorporou muito dos processos de gestão no gerenciamento dos cursos de graduação e nestes, a avaliação sempre teve uma posição estratégica. Foi com essa visão que a Educação Médica construiu seus processos de avaliação, tornando-os momentos de participação efetiva dos atores sociais no processo de formação e de reorientação da formação profissional.

### **Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico - CINAEM**

As mudanças institucionais introduzidas no Sistema de Saúde e na formação dos trabalhadores para o setor pela constituição de 1988, colocaram a temática “Formação Médica” no centro das atividades ligadas ao ensino e à prática médica naquele período.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) partindo das formulações do Movimento de Reforma Sanitária brasileira indicou um novo caminho a ser seguido, voltado à responsabilização estatal para com o atendimento integral à saúde. Somadas a este novo contexto e às discussões da “questão saúde”, vinham as discussões sobre educação superior e os projetos de avaliação que eram gestados no Ministério da Educação.

Entendendo a importância de uma iniciativa que partisse das instituições ligadas à categoria médica e em resposta à proposta de se instituir um “exame de ordem” para avaliar os médicos recém-formados, em 1991, a Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM e o Conselho

Federal de Medicina – CFM, mais nove instituições ligadas ao ensino da prática médica criaram a Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico. (CINAEM, 1997)

Surgiu então o Projeto “Avaliação do Ensino Médico no Brasil”, coordenado pela CINAEM, composta de onze entidades médicas de representação nacional e dos estados com maior número de escolas médicas no ano de 1990. Essas instituições passaram a reunir-se com frequência para discutir a formação médica. Os estudantes de medicina tiveram um papel importante nesse processo, que ganhou força como o movimento contrário à instauração do “exame de ordem”. (FERLA, 1998)

Isso acontecia antes mesmo do Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras – o PAIUB, ser proposto pela comunidade acadêmica, demonstrando o pioneirismo da área médica no Brasil em relação à valorização da avaliação no processo de formação na Educação Superior.

A proposta apresentava indicadores quantitativos e qualitativos para estudar o ensino médico, abrangendo desde o currículo até a gestão das escolas médicas, passando por suas relações com a comunidade e o SUS e ou serviços de saúde, e pelo desempenho docente e discente. O objetivo da CINAEM era compor um diagnóstico da situação das escolas médicas e para isso utilizou um questionário elaborado pela Organização Panamericana de Saúde – OPAS, e adaptado pela comissão para levantar o perfil das escolas médicas, o que foi denominado “Protocolo de Avaliação das Escolas Médicas”.

Havia muitas divergências na comissão em relação às estratégias de enfrentamento dos problemas reconhecidos pelas entidades e segundo Santos (1997) apud Ferla (1998), a representação estudantil foi fundamental na superação dos impasses que resultou na proposição de um estudo acadêmico, visando constituir um movimento de envergadura nacional, capaz de discutir democraticamente o ensino e a profissão médica com representantes de docentes e discentes das escolas médicas, bem como da sociedade civil de todas as regiões do país. (CINAEM, 1997)

Nessa primeira fase, participaram setenta e seis das oitenta escolas existentes à época, representando 95% do total, o que demonstrou a

capacidade de mobilização das entidades que coordenaram o processo e ao mesmo tempo o interesse das escolas em participar de uma proposta de avaliação, conhecendo melhor a realidade da área.

A análise dos dados coletados a partir do questionário demonstrou um desempenho sofrível e muito similar entre as escolas, o que despertou o interesse dos pesquisadores por algumas variáveis, que se mostraram significativas para explicar os resultados. Paralelo ao desenvolvimento desses estudos, coordenados por uma equipe técnica, deu-se a construção da identidade da CINAEM e de suas relações com as escolas médicas. Com o apoio das próprias escolas, foi possível realizar oficinas para discussão e socialização dos instrumentos, envolvendo docentes e discentes que procuraram estabelecer acordos para construir uma proposta de mudança das escolas médicas, abordando questões tais como o processo de formação, a docência médica, a gestão da escola médica e a avaliação. (FEUERWERKER, 2002)

A partir desse primeiro diagnóstico do conjunto das escolas e do perfil dos docentes e dos formandos, foram definidas três variáveis para serem estudadas nas etapas seguintes: Recursos Humanos, Modelo Pedagógico e Médico formado. Para cada um desses estudos foram utilizadas propostas metodológicas diferenciadas: (a) Recursos humanos, um estudo transversal; (b) Médico formado, um estudo longitudinal envolvendo dois testes cognitivos (antes e depois do internato) e avaliações periódicas de conhecimentos aplicados, habilidades e atitudes; e (c) Modelo pedagógico, um estudo com base no enfoque estratégico que pretendia captar e articular suas múltiplas interpretações e determinações.

Durante o desenvolvimento dos estudos, mais especificamente na Avaliação do Modelo Pedagógico das Escolas Médicas, foi utilizada a metodologia do Planejamento Estratégico. Segundo os pesquisadores, essa opção fundamentou-se pela necessidade de desencadear um processo que não se limitasse à constatação dos problemas, mas que fosse também um estímulo à sua superação, indicando as distintas possibilidades de resolução, propostas pelos participantes. (FERLA, 1998)

Para a operacionalização dessa segunda etapa da avaliação foram realizadas Oficinas de Implantação e Oficinas de Acompanhamento, para as quais não se obteve a participação observada no primeiro momento, mas uma participação importante de 50 das 83 escolas existentes à época. Foi um processo interessante que permitiu a identificação dos problemas, das formas de viabilizar as ações necessárias, e a projeção da situação futura, ou seja, do ideal que as escolas gostariam de construir a partir da solução dos problemas. Assim foi desencadeada a fase de gestão estratégica do processo, articulando todas as fases já realizadas, e que previa a incorporação do mesmo no cotidiano das escolas.

Apesar de não ter avançado muito a partir desse momento em função de desentendimentos entre os segmentos que compunham a comissão, o processo iniciado pela CINAEM foi um marco na avaliação da educação superior em função de seu caráter democrático e participativo, que se contrapunha à lógica vertical das avaliações reguladoras:

*(...) Trata-se de uma avaliação processual que objetiva a produção e divulgação de informações indicativas da qualidade do processo da formação médica, consensuada com o conjunto das escolas que espontaneamente participam dela e mantida por um grande conjunto de entidades médicas. (FERLA, 1998: 62-3)*

Uma outra característica importante desse processo foi a ampla participação estudantil e a participação de instâncias sociais, componentes essenciais para a compreensão ampliada da formação médica, no entanto, normalmente excluídos do debate nos momentos de avaliação da educação superior.

Se para a avaliação da Educação Superior os passos dados pela CINAEM foram importantes, para a Educação Médica foram ainda mais, não só em relação à questão da avaliação que permitiu que muitas instituições avançassem em seus processos avaliativos, mas principalmente por ter colocado na pauta das instituições a preocupação com a qualidade da formação do médico. O projeto CINAEM fomentou o desenvolvimento de uma cultura de avaliação nas Escolas Médicas, potencializando a utilização dos resultados para uma ação transformadora.

*(...) A CINAEM foi, ao mesmo tempo, um projeto científico liderado por pesquisadores e consultores conceituados e, principalmente, um movimento social, uma pesquisa-ação. Professores, alunos, pós-graduandos e gestores profissionais procederam à análise dos resultados de cada fase e, no processo de construção coletiva, permutaram conhecimentos, tornando-se agentes de transformação da educação médica. (STELLA, 2007)*

### **Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares no Ensino Médico – PROMED**

Em 2002 o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação e a Organização Panamericana de Saúde, lançou o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares no Ensino Médico – PROMED cuja finalidade era incentivar as Escolas Médicas do País a melhorarem o seu ensino, tornando-o mais adequado às necessidades de saúde da população. O lema do programa era “Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde”.

O momento era considerado oportuno para se propor um sistema de incentivos às instituições acadêmicas que se dispusessem a adequar a formação profissional oferecida às necessidades do SUS. A proposta, em princípio, era dirigida às escolas médicas, por ser nesta categoria profissional que se encontravam os maiores problemas de formação, com uma forte tendência à especialização precoce, gerando um perfil profissional inadequado às perspectivas da atenção básica. A proposta levava em conta as experiências da CINAEM, da avaliação das condições de oferta realizadas pelo INEP/MEC e do Exame Nacional de Cursos (ENC/INEP/MEC), bem como as dificuldades da implantação do Programa de Saúde da Família, configurando-se como uma ação destinada a redirecionar a formação dos profissionais de saúde. (BRASIL, 2002)

O Programa foi instituído a partir da Portaria Interministerial nº 610<sup>9</sup>, com o objetivo de incentivar a promoção de transformação dos processos de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, por meio de inovações curriculares, baseadas nas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina de 2001.

A Portaria estabelecia para o Programa os seguintes propósitos:

I - inovar o processo de formação médica, de modo a propiciar profissionais habilitados para responder às necessidades do sistema de saúde brasileiro;

II - estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas;

III - incorporar, no processo de formação médica, noções integralizadas do processo saúde-doença e da promoção de saúde;

IV - ampliar a duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde;

V - favorecer a adoção de metodologias pedagógicas, centradas nos estudantes, visando prepará-los para a autoeducação continuada.

Estavam habilitados a participar do Programa os Cursos de Medicina legalmente reconhecidos, oferecidos por Instituições de Ensino Superior, credenciadas pelo Ministério da Educação. As Escolas Médicas deveriam encaminhar Projetos de Inovação Curricular e de Práticas de Ensino ao Ministério da Saúde, conforme os termos de referência elaborados pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, conjuntamente com a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação. (BRASIL, 2002)

A convocação tinha por objetivo identificar e analisar propostas de mudanças curriculares em cursos de medicina e proporcionava financiamento,

---

9. Portaria Interministerial nº 610, de 26 de março de 2002. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Brasília, DF.



parcial ou total, de atividades de consultoria, programas intrainstitucionais de capacitação docente e outras ações relativas à implantação de mudanças e inovações curriculares dos cursos de medicina. O PROMED visava apoiar iniciativas destinadas à reorganização curricular em cursos de Medicina, com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina e que adotassem práticas de ensino, de pesquisa e de atenção à saúde, sintonizadas com o paradigma da integralidade.

Enfim, o PROMED pretendia intervir no processo formativo para que os programas de graduação pudessem deslocar o eixo da formação – centrado na assistência individual prestada em unidades hospitalares – para um outro processo em que a formação estivesse sintonizada com o SUS, em especial com a atenção básica, e que levasse em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para enfrentar os problemas do binômio saúde-doença da população na esfera familiar e comunitária e não apenas na instância hospitalar. (BRASIL, 2002)

*(...) A construção de um novo modelo pedagógico deve ter como perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social, configurados como princípios norteadores do movimento de mudança. Tal movimento deve estar sustentado na integração curricular, em modelos pedagógicos mais interativos, na adoção de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno como sujeito da aprendizagem e no professor como facilitador do processo de construção de conhecimento. As novas interações devem estar sustentadas também em relações de parceria entre as universidades, os serviços e grupos comunitários, como forma de garantir o planejamento do processo ensino-aprendizagem, focalizado em problemas sanitários prevalentes. (BRASIL, 2002)*

A perspectiva era de que as mudanças ocorressem paralelamente em eixos distintos, todos voltados para a integralidade, dando respostas às necessidades do SUS na formação de recursos humanos, na produção de conhecimentos e na prestação de serviços. Os Eixos estabelecidos

sinalizavam processos de mudança de acordo com as tendências que caracterizavam a inovação nos processos de educação médica em todo o mundo (BRASIL, 2002):

**Eixo A** – Orientação Teórica (produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS e pós-graduação e educação permanente);

**Eixo B** – Abordagem Pedagógica (mudança pedagógica e integração ciclo básico/ciclo profissional); e

**Eixo C** – Cenário de Práticas (diversificação de cenários do processo de ensino e abertura dos serviços universitários às necessidades do SUS).

De acordo com a proposta, cada um destes eixos era decomposto em dois vetores, e em cada um destes vetores eram descritos em três estágios, que partiam de uma situação mais tradicional ou conservadora no estágio 1 até alcançar, no estágio 3, a situação objetivo desejada, que se aproximava mais do proposto pelas Diretrizes Curriculares.

Embora designado como um Programa de incentivo às mudanças curriculares, o PROMED deu uma grande contribuição ao processo de avaliação das Escolas Médicas, à medida que propunha a avaliação permanente da transformação curricular. A proposta de avaliação conjugava a avaliação interna e a avaliação externa feita por consultores externos, que estabeleciam a situação atual de cada curso como a base para o processo de mudança. A partir do estágio inicial, definia-se a imagem-objetivo a ser alcançada e apresentava-se o projeto com as ações que seriam desenvolvidas com o financiamento do PROMED. Estabelecia-se então um processo de acompanhamento externo, que somado à autoavaliação, permitia o acompanhamento contínuo dos processos de mudança.

Segundo Feuerwerker e Lima (2002), a base das propostas de mudança do PROMED era a democratização, que apenas se construiria por meio da intervenção deliberada de sujeitos, dependendo da correlação de forças, dos poderes instituídos e da capacidade de se construir espaços de poder compartilhado. A mudança institucional deveria começar no próprio processo de construção da proposta de transformação, e dependeria do

envolvimento do maior número de professores e estudantes do maior número possível de áreas e departamentos.

Aproximadamente 50 escolas de todo o país apresentaram suas propostas, seguindo o Termo de Referência do Programa. Foram selecionadas 20 escolas e 19 passaram a receber, a partir de 2003, os recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades (seis parcelas semestrais de R\$ 200 mil).

Essa iniciativa fortaleceu sobremaneira os processos de mudança nas Escolas Médicas que foram contempladas com o financiamento. Muitas delas se tornaram referência para as demais escolas do país na busca do atendimento às Diretrizes Curriculares. Apesar de positivo, esse movimento se deu de forma desorganizada, pois não houve por parte do Ministério da Saúde um acompanhamento efetivo dessas escolas, nem tampouco o interesse em promover a troca de experiências com as demais instituições.

Durante os primeiros dois anos de desenvolvimento dos projetos, poucas foram as oportunidades de interação das escolas envolvidas. Em 2003, em virtude da mudança no Governo Federal, novas políticas entraram na agenda do Ministério da Saúde com maior prioridade, embora os princípios dessas políticas não se conflitassem com os do PROMED. Até 2004 houve uma única sessão conjunta dos coordenadores dos projetos/diretores das escolas com a equipe do Ministério, durante o Congresso Paulista de Educação Médica (Marília, abril/2004), e em 2005, por iniciativa dos diretores e coordenadores das escolas envolvidas, uma reunião no Ministério (Brasília, março/2005), na qual a avaliação dos projetos e do programa foi um dos principais assuntos debatidos.

Em 2005, com a finalidade de construir um referencial de avaliação para as escolas médicas, a Rede UNIDA promoveu uma oficina de avaliação dos Projetos do Programa, procurando fazer com que o PROMED fosse reconhecido como um importante multiplicador de mudanças. A ideia era promover espaços de interação dos projetos, de encaminhamentos e para replicação de experiências positivas.

A Oficina teve por objetivos: promover o intercâmbio dos projetos, principalmente em relação aos processos desenvolvidos; identificar os

principais resultados e promover a sua divulgação; produzir sistematizações dos processos, dos resultados e avaliações com vistas à formação de estratégias de mudança; sintonizar os objetivos iniciais do PROMED com a política dos Ministérios da Saúde e da Educação, em especial com o sistema de avaliação para as escolas médicas. (Rede UNIDA, 2005)

A partir das discussões foram construídos: (a) um Diagnóstico dos processos, resultados e de avaliação do PROMED e (b) uma Agenda Estratégica para a construção do referencial de avaliação das escolas PROMED. A reaproximação das escolas, e a retomada do debate crítico favoreceram o diálogo com o Ministério da Saúde que já vinha discutindo internamente a revisão do Programa.

Em setembro de 2005, o Ministério da Saúde realizou o Seminário de Avaliação do PROMED cujos relatos e discussões foram incorporados na formulação de um novo programa que aproveitou muito da sua concepção, e fortaleceu o foco no Sistema Único de Saúde, ampliando o olhar para a reorientação profissional e incluindo outros cursos da área da saúde.

O PROMED teve uma importante contribuição na reorganização dos projetos pedagógicos das escolas médicas para as demandas dos serviços de saúde, com ênfase na atenção básica e foco na estratégia de saúde da família. Seu grande desafio foi tornar efetiva a articulação entre as escolas (seus docentes, alunos e dirigentes) e os gestores dos serviços (suas redes de unidades em todos os graus de complexidade).

### **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE**

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE, foi lançado em novembro de 2005, com a assinatura da Portaria Interministerial de Cooperação Técnica entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, tendo como objetivo principal qualificar a formação profissional na área de saúde para melhorar a assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a elaboração da proposta foram considerados o Seminário de Avaliação do PROMED, e as sugestões obtidas na Reunião de Trabalho, realizada no Ministério da Saúde, em Brasília, nos dias 29 e 30 de setembro de 2005, com membros da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - SGTES/MS e da Secretaria da Educação Superior - SESu/MEC, e diversas entidades nacionais das áreas de Medicina, Enfermagem e Odontologia.

Embasado na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, nas Diretrizes Curriculares Nacionais e no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES, o PRÓ-SAÚDE considerou ainda a precária disponibilidade de profissionais de saúde com formação generalista, dotados de visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade, preocupação permanente dos gestores do SUS e das instituições de educação superior, materializadas nas dificuldades de incorporar profissionais à Estratégia de Saúde da Família que inclui especificamente os cursos de medicina, enfermagem e odontologia.

Uma das principais metas do PRÓ-SAÚDE foi aproximar a formação profissional e científica das necessidades reais do SUS, sobretudo na atenção básica, que é a porta de entrada do sistema. Nesse caso, os profissionais poderiam melhorar as ações desenvolvidas pelo Programa Saúde da Família (PSF), cuja responsabilidade é resolver adequadamente a maioria de demandas nos serviços de saúde.

*(...) A educação dos profissionais de saúde deve ser entendida como processo permanente, que se inicia durante a graduação e é mantido na vida profissional, mediante o estabelecimento de relações de parceria entre as instituições de educação superior, os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil. (BRASIL, 2005e:19)*

Tendo como objetivo geral incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo de saúde doença, o PRÓ-SAÚDE apresentava como objetivos específicos:

I - reorientar o processo de formação em medicina, enfermagem e odontologia de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS;

II - estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas de medicina, enfermagem e odontologia, visando tanto à melhoria da qualidade e resolubilidade da atenção prestada ao cidadão quanto à integração da rede pública de serviços de saúde à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente;

III - incorporar, no processo de formação da medicina, enfermagem e odontologia a abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção de saúde;

IV - ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde.

Por meio do Edital 01/2005 e da Convocatória Pública da SGTES/MS, foi proposto às Instituições de Ensino Superior um Sistema de Incentivos que permite implementar ações de médio e longo prazos, voltadas à melhoria da formação profissional. O PRÓ-SAÚDE era endereçado a escolas médicas, de enfermagem e odontologia que se disponham a rever seus projetos pedagógicos e processos de forma a adequá-los às necessidades sociais e epidemiológicas da população.

Dos cento e cinquenta e dois cursos de medicina em funcionamento em 2005, trinta e oito foram contemplados com o financiamento do PRÓ-SAÚDE. Para participar do Programa, cada IES apresentou seu projeto contendo uma análise do momento atual, incluindo informações sobre a estrutura curricular e o processo de ensino, a capacidade instalada de recursos humanos e materiais, a participação nos serviços assistenciais e os problemas identificados. Além disso, a IES deveria definir a imagem-objetivo a ser alcançada pelo curso e a partir dela propor e orçar as operações que seriam desenvolvidas, completando assim o projeto de reorientação da formação profissional pretendida.

A factibilidade da proposta; o grau de envolvimento dos docentes e dos serviços na construção da proposta; o comprometimento dos gestores

dos serviços; o grau de institucionalização do projeto, tanto na universidade quanto no âmbito do serviço público; a articulação interprogramática com outras profissões da saúde; e a apresentação de propostas criativas de transformação do processo educacional foram alguns dos critérios utilizados na seleção dos projetos.

A proposta, necessariamente formulada em conjunto com o serviço público de saúde, deveria ser embasada nos eixos de transformação pelos quais o Programa se estrutura:

**Eixo A:** Orientação Teórica (Determinantes de saúde e doença; Produção de conhecimento segundo as necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS; e Pós-graduação e educação permanente);

**Eixo B:** Cenários de Prática (Integração Docente Assistencial; Diversificação de cenários do processo de ensino; e Articulação dos serviços universitários com o SUS); e

**Eixo C:** Orientação pedagógica (Análise Crítica da Atenção Básica; Integração ciclo básico/ ciclo profissional; e Mudança metodológica).

Assim como no PROMED, os eixos do PRÓ-SAÚDE eram compostos de vetores e cada um deles é representado por três estágios que partem de uma situação mais tradicional ou conservadora do estágio 1, até alcançar no estágio 3, a situação e o objetivo desejados, estabelecendo a tipificação de cada escola dependendo do estágio em que se encontra.

Desde o momento de apresentação do projeto, o PRÓ-SAÚDE pressupunha a necessidade de um processo de autoavaliação e sugerindo que e fosse amplo e participativo, incluindo os serviços e os diversos segmentos que participam da formação profissional. A autoavaliação deveria estar pautada no desenvolvimento dos eixos estabelecidos, e somada à avaliação externa que seria desenvolvida, estabeleceria um acompanhamento contínuo dos processos de mudança por parte dos Ministérios da Saúde e da Educação.

Para coordenar esse acompanhamento a Comissão Executiva do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

instituiu uma Comissão Assessora. Durante o ano de 2006, cada escola contemplada com recursos do Programa receberia uma primeira visita de comissão externa com o objetivo de captar uma visão do curso e da situação do projeto. A partir da visita, cada instituição deveria constituir uma Comissão de Gestão e Acompanhamento Local e elaborar uma proposta de autoavaliação, contendo um conjunto de indicadores pertinentes aos eixos do programa. O processo de acompanhamento de cada projeto teve como ponto de partida a proposta de autoavaliação e as impressões colhidas pelos assessores durante a visita.

Mais do que um Programa de incentivos à reorientação da formação profissional, o PRÓ-SAÚDE valorizava a importância da avaliação na implementação de processos de mudanças. A própria estruturação dos eixos e vetores em níveis que variam de 1 a 3 estabelecendo a tipificação das escolas e a exigência de um diagnóstico inicial construído de modo participativo, favoreceram a cultura de avaliação e estimularam o desenvolvimento de processos avaliativos. Entretanto, apesar de naquele momento estarem vivenciando outros processos de avaliação estabelecidos pelo SINAES, além de terem participado de outros programas de avaliação, as escolas médicas tiveram muita dificuldade em apresentar propostas de avaliação bem fundamentadas e coerentes com os projetos, que eram analisadas pela Comissão Executiva do Programa.

Na perspectiva do PRÓ-SAÚDE os processos de reorientação da formação ocorriam simultaneamente em distintos eixos, em direção à situação desejada, que antevia uma escola integrada ao serviço público de saúde capaz de dar respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, sempre direcionados a construir o fortalecimento do SUS. (BRASIL, 2005e)

*(...) O que se busca é a intervenção no processo formativo para que os programas de graduação possam deslocar o eixo da formação - centrado na assistência individual prestada em unidades especializadas - por um outro processo em que a formação esteja sintonizada com as necessidades sociais, calcada na proposta de hierarquização das ações de saúde, e que*



*leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para a abordagem dos determinantes de ambos os componentes do binômio saúde-doença da população na comunidade e em todos os níveis do sistema. (BRASIL, 2005e:19)*

### **Avaliação das Condições de Ensino dos Cursos de Graduação em Medicina - INEP/MEC**

Em setembro de 2002, o INEP/MEC apresentou a proposta do manual de avaliação das condições de ensino dos cursos de graduação em medicina, que seria aplicado inicialmente nos cursos em processo de reconhecimento. A divulgação do instrumento aconteceu em reuniões com candidatos a avaliadores e não chegou a ser apresentada oficialmente.

Ao tomar conhecimento do instrumento, a área médica se manifestou por meio de um documento produzido a partir da análise efetuada pelos próprios candidatos a avaliadores, pela ABEM e pela Rede UNIDA, que consideraram a proposta um retrocesso inadmissível.<sup>10</sup>

*(...) O desrespeito às deliberações, contribuições e orientações das Diretrizes Curriculares e da Lei de Diretrizes e Bases (que indicam o caminho da democratização, da flexibilidade, da integração, da modernização pedagógica e da relevância social para os novos projetos político-pedagógicos das escolas); da Constituição Federal (que define o SUS como ordenador da formação de recursos humanos em saúde no país); das Conferências Nacionais e Internacionais de Educação Médica (que indicam a necessidade vital da relevância social e do compromisso dos entes formadores com a prestação de serviços de qualidade); do PROMED*

---

10. Análise crítica da Rede UNIDA & ABEM sobre a proposta do INEP para avaliação das condições de ensino dos cursos de medicina. Cadernos da Rede UNIDA – Série Documentos Técnicos. v. 1 – n.º 1 – fev/2003.

*(Programa de Incentivos à Mudança Curricular nos Cursos de Medicina, do qual o MEC é signatário, juntamente com o Ministério da Saúde), é um dos maiores indicativos da tecnicidade apolítica e a histórica da proposta apresentada. (REDE UNIDA, 2003: 03)*

Naqueles anos, a ABEM, a CINAEM e a Rede UNIDA, vinham trabalhando e mobilizando a área da saúde para a construção de um projeto de escola médica com relevância social, comprometida com a construção do SUS e com a saúde da população, entendendo a avaliação como ferramenta estratégica para a conquista da responsabilização social. O próprio movimento da CINAEM, pioneiro na realização da avaliação participativa, com caráter formativo, indo além da função de regulação, foi um marco na avaliação da educação superior. As discussões nos Congressos da ABEM e da Rede UNIDA colocaram a avaliação na ordem do dia nos processos de mudança implementados pelas escolas. As Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001, também com grande participação dessas entidades, redimensionaram o papel da avaliação no processo de ensino-aprendizagem, e mais do que isso, passaram a exigir que os cursos estabelecessem processos amplos e participativos de avaliação de modo a acompanhar a sua implementação.

Mesmo com um esforço concentrado por parte dessas entidades, apoiadas pelas políticas do Ministério da Saúde, e com mobilização bastante ativa para levar as escolas a implementar as mudanças necessárias, a maioria das escolas ainda se organizava ensino centrado no hospital; nos procedimentos técnicos; na transmissão vertical do conhecimento; e na especialização precoce; reforçando o modelo médico hegemônico.

Muitas eram as conquistas da medicina do ponto de vista do compromisso social, da democratização das estruturas, do acesso ampliado às ações e aos serviços de caráter não hospitalar. Entretanto, ainda distante de garantir a oferta de atenção integral à população, sendo um dos principais problemas, a inadequação do modelo de formação de profissionais que atendam às demandas do SUS. (BRASIL, 2003b)

Considerando o cenário, e considerando que todo esse movimento foi construído com a participação efetiva das instâncias de governo,

principalmente na aprovação das diretrizes de 2001, ficou difícil entender a proposição desarticulada e inadequada do instrumento de avaliação.

Para essas entidades e para a Educação Médica em geral, a sinergia entre o movimento indutor das mudanças e o processo avaliativo proposto pelo INEP/MEC seria fundamental para contribuir com a efetivação dos avanços, já que esta seria a primeira avaliação das escolas médicas após a aprovação das diretrizes. Entretanto a proposição de um instrumento baseado em currículos tradicionais frustrou a expectativa da área, que assim se manifestou:

*(...) A proposta tem uma orientação eficientista uma vez que focaliza a comprovação da existência (presença) de vários indicadores sem articulá-los à concepção do curso e por conseguinte à tradução operacional desta concepção à luz das diretrizes nacionais, passando a inferir que a existência garante a utilização de forma qualificada. O projeto é extremamente reducionista em sua abordagem, pois tem uma concepção de currículo conteudista e disciplinar, desconsiderando atores, cenários e contexto; reduz os espaços de prática profissional à infra-estrutura, as instalações ao espaço material e trabalha com uma visão dissociativa do trabalho da universidade, que separa e desarticula a pesquisa, o ensino e a extensão; não permite avaliar processos (em toda sua riqueza reveladora), pois está concentrado em resultados. (REDE UNIDA, 2003: 04)*

Naquele momento (outubro de 2002), as entidades apresentaram publicamente a rejeição à proposta, recomendaram aos avaliadores que não aceitassem trabalhar na avaliação das escolas médicas com base naquela proposta, e levaram o debate a todas as escolas visando contribuir para a construção de uma alternativa legítima.

A partir desse movimento, reabriu-se a discussão com a SESu e CNE, que solicitaram ao INEP a revisão do instrumento. Na sequência o INEP divulgou uma nova versão que levava em conta algumas das observações contidas no documento produzido em conjunto pelas entidades, mas que na opinião destas não era adequada a uma proposta de avaliação que deveria

servir como indutora de mudanças nas escolas, não contemplando, portanto, as expectativas da área. (REDE UNIDA, 2003)

Em novembro de 2002, as entidades apresentaram um novo documento intitulado “Novas Considerações sobre a proposta de Avaliação das Condições de Ensino dos Cursos de Medicina”, criticando novamente a proposta, e dessa vez apontando analiticamente as fragilidades do instrumento e reafirmando os princípios e conceitos que, no seu entendimento, deveriam embasar uma proposta de avaliação coerente com as Diretrizes Curriculares da Medicina (2001) e com o movimento de mudança iniciado nas escolas médicas:

*(...) Segundo a compreensão do movimento de mudanças da educação médica, a avaliação tem também um valor estruturante em relação às escolas. Ou seja, do mesmo modo que os aspectos do desempenho dos alunos que as escolas escolhem avaliar refletem claramente as competências, valores e conhecimentos deles requeridos, os aspectos que se destacam na avaliação das escolas cumprem o mesmo papel. Portanto, a avaliação das condições de ensino das escolas médicas deve ser coerente com as diretrizes curriculares e com as orientações do Sistema Único de Saúde. Mais ainda, a avaliação deve ser um instrumento para o avanço das escolas em relação aos objetivos propostos pelas diretrizes curriculares. (REDE UNIDA, 2003: 02)*

Pautadas pelo impasse gerado entre as instâncias do governo e a academia, a ABEM e a Rede UNIDA se comprometeram a iniciar uma ampla discussão sobre a avaliação dos Cursos Médicos, envolvendo as escolas, os professores e os estudantes, tomando o currículo como um processo e procurando analisar as relações de coerência e contradição entre suas dimensões, e destas com os princípios das diretrizes curriculares e do SUS.

A Rede UNIDA realizou oficinas com o tema em seus Congressos, sendo uma específica para os Projetos PROMED visando sintonizar a avaliação das escolas médicas com as propostas do governo; e a ABEM, por sua vez, fortaleceu o Fórum de Avaliação da Educação Médica ampliando

seu espaço nos Congressos Brasileiros de Educação Médica e valorizando a avaliação como indutora de mudanças:

*(...) O desafio atual é nos organizarmos para garantir que as diretrizes sejam implementadas, e que o Ministério da Educação incorpore suas premissas nos mecanismos oficiais de avaliação. Muitas iniciativas inovadoras vêm sendo implementadas pelas escolas médicas brasileiras, e a ABEM convida a todas a engajarem-se num debate amplo sobre avaliação que mais uma vez demonstre a capacidade auto-crítica das lideranças da educação médica, que inclui docentes, gestores e alunos. (ABEM, 2004: 01)*

A ABEM com essa iniciativa assumia a liderança no processo de discussão da avaliação da Educação Médica e nas palavras da Diretoria à época, expressava seu compromisso:

*(...) nossa tarefa no Fórum e nos momentos subseqüentes é complexa e instigante, e avança para um patamar de constituição, no médio prazo, de grupos de estudiosos da avaliação nas escolas, formulando processos formativos e democráticos que envolvam gestores, docentes, alunos, parceiros dos serviços de saúde e organizações sociais, bem como os usuários. (AGUIAR, 2004: 04)*

Em relação às ações do governo, a partir de 2003, com a discussão ampliada do modelo vigente de avaliação no processo de construção do SINAES, a discussão dos instrumentos de avaliação das condições de oferta dos cursos de graduação ficou em segundo plano na programação das atividades do INEP e com o avanço na implementação do SINAES, passou a ser discutida em um outro contexto, integrando o processo de avaliação institucional da Educação Superior.

Em outubro de 2003, a ABEM realizou uma oficina para promover a discussão sobre a proposta do SINAES, com a participação do MEC e do MS. Ao final da discussão, definiu-se por alguns posicionamentos, entre estes, que as escolas médicas e entidades representativas concordavam com

a permanente avaliação da educação médica no país, todavia entendiam que os métodos e instrumentos da época não contemplavam seus interesses e não atingiam os seus objetivos; que o documento do SINAES representava um avanço, embora necessitasse de aprofundamento sob vários aspectos, tais como valorizar mais a participação dos diversos segmentos da sociedade ressaltando os órgãos representativos diretamente envolvidos na formação médica: escolas médicas (dirigentes, professores e alunos), gestores do serviço e usuários; e que essa participação fosse garantida também na execução, na elaboração de métodos, nos instrumentos e no acompanhamento do processo de avaliação. (ABEM, 2003)

A posição da ABEM também sugeria uma articulação entre as avaliações da Graduação e da Pós-graduação (*Stricto e Lato Sensu*) e as ações dos serviços, enfocando as principais necessidades de saúde da Sociedade; a garantia de que o processo fosse formativo, ou seja, que os problemas detectados servissem de referencial para as correções necessárias; que a avaliação não servisse de ranqueamento ou comparabilidade entre as instituições e que o Exame Nacional de Cursos – ENC, não fosse mais aplicado pela sua inadequação como instrumento de avaliação; e por fim, que o SINAES se constituísse numa política de Estado não havendo solução de continuidade em função de conjunturas. (ABEM, 2003)

Durante a regulamentação do SINAES, algumas iniciativas de avaliação das escolas médicas foram utilizadas pelo INEP. A experiência com o Teste de Progresso que algumas escolas realizavam há alguns anos para acompanhar a evolução do conhecimento cognitivo dos estudantes ao longo do curso, com uma prova única para todas as séries, serviu de modelo para as discussões iniciais do Exame Nacional de Desempenho do Estudante, o ENADE, que veio a substituir o ENC.

Em 2005, atendendo aos prazos estabelecidos pelo INEP para finalizar o “Caderno de Avaliação das Condições de Ensino (ACE) das escolas da área de saúde”, que orientaria os especialistas designados pelo MEC por ocasião das visitas de avaliação *in loco* (um dos componentes do SINAES), a ABEM realizou duas Oficinas de Trabalho para tentar ampliar o debate, envolvendo docentes e discentes das escolas médicas, onde discutiu, sistematizou, encaminhou às regionais, rediscutiu, e aprovou as propostas a serem enviadas ao INEP. Ressalte-se que dado o pouco tempo para as discussões

e a impossibilidade de mexer na estrutura do documento, as sugestões enviadas limitaram-se a discutir as dimensões, variáveis e indicadores do instrumento. (ABEM, 2005)

Em abril de 2006, o INEP/MEC apresentou uma nova versão do instrumento que orientava a Avaliação dos Cursos de Graduação, elaborado em conjunto pela Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior - CONAES e pela Diretoria de Estatística e Avaliação da Educação Superior - DEAES/INEP. Tratava-se de um único instrumento para todas as áreas de graduação. Na opinião da ABEM, mais uma vez não contemplava as especificidades da área da saúde, nem priorizava a implantação das diretrizes curriculares.

O instrumento elaborado pela comunidade acadêmica da medicina, que resultou na proposta encaminhada pela comissão de especialistas para o INEP ficou diluído dada a inespecificidade do documento aprovado. O documento foi discutido pela diretoria da ABEM e em reunião do Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS) em julho de 2006. A partir daí foi criado um grupo de trabalho do FNEPAS, com representante da ABEM, para propor encaminhamento do debate junto às associações de ensino da saúde e demais interessados (ABEM, 2006)

Em setembro de 2006, a ABEM ampliou a discussão no XLIV Congresso Brasileiro de Educação Médica, realizado em Gramado, no qual foi proposto o encaminhamento ao MEC de um manifesto, apresentando a posição das Escolas Médicas, o que foi aprovado pelo Conselho Deliberativo da ABEM:

*(...) Apresentamos publicamente nossa rejeição a esse instrumento de avaliação de cursos e pretendemos levá-la ao conhecimento de todas as escolas e de todos os atores envolvidos no processo de formação dos médicos e dos profissionais de saúde. Propomos que, em conformidade com o princípio democrático utilizado pela SESU e pelo Conselho Nacional de Educação na construção das Diretrizes Curriculares, a aplicação desse instrumento seja suspensa e que se abra imediatamente um processo de debate para a construção de outro, digno da avaliação das condições de ensino das escolas médicas; processo este de que seremos ativos participantes. (ABEM, 2006: 01)*

Nos momentos seguintes, a área médica continuou participando das oficinas e dos debates promovidos pelo INEP para discutir a avaliação, mantendo a firme posição de que não poderia haver um único instrumento para avaliar os cursos de graduação de todas as áreas, e que estes deveriam considerar as diretrizes curriculares e valorizar o processo de construção e de implementação dos projetos pedagógicos. Ainda sem obter êxito junto ao INEP, que continuou insistindo na adoção de um instrumento padrão, paralelamente, cada vez mais a ABEM aprofundou as discussões sobre a necessidade de construir um modelo de avaliação condizente com o processo de mudanças em curso nas escolas médicas, incluindo-a em suas prioridades nas gestões das diretorias subsequentes.

Foi com base no acúmulo a respeito do tema que a ABEM incluiu entre os projetos propostos para o biênio 2006-2008, o “Projeto de Avaliação das Tendências de Mudanças no Curso de Graduação das Escolas Médicas Brasileiras” e constituiu a “Comissão de Avaliação das Escolas Médicas” – CAEM/ABEM para coordenar o processo em âmbito nacional, acreditando na capacidade da avaliação de ser um instrumento indutor de mudanças e essencial para o acompanhamento responsável da implementação das Diretrizes Curriculares, com vistas ao aprimoramento da formação profissional em saúde, de acordo com a política de saúde, como defende o Ministério da Saúde:

*(...) O movimento de mudanças da educação dos profissionais de saúde, as Diretrizes Curriculares Nacionais, e os princípios do SUS colocam como perspectiva a existência de instituições formadoras com relevância social; o que quer dizer escolas capazes de formar profissionais de qualidade, sintonizados com as necessidades de saúde, capazes de produzir conhecimento relevante para a realidade de saúde em suas diferentes áreas, ativas participantes do processo de educação permanente dos profissionais de saúde e prestadoras de serviços relevantes e de boa qualidade. Necessariamente, portanto, a essência de uma estratégia de avaliação das condições de ensino na área da saúde deve estar permeada por esses princípios e conceitos. (BRASIL, 2003b: 05)*



### 3.2 NOVOS RUMOS PARA A AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO MÉDICA

Em virtude de sua participação ativa na discussão e na construção do processo de avaliação da Educação Médica brasileira, e entendendo a necessidade de se estabelecer um processo de avaliação que pudesse fortalecer o movimento de mudança das escolas médicas, a ABEM tomou a iniciativa de desenvolver um projeto com vistas a valorizar a importância da avaliação na implementação das mudanças e a impulsionar o processo avaliativo nessas instituições.

Acompanhando o movimento de mudanças nas escolas e tendo consciência das dificuldades das mesmas em implementar as novas diretrizes curriculares, a ABEM sentiu a necessidade de ampliar o apoio que tem dado às escolas e definiu que um dos caminhos poderia ser a avaliação.

Diferentemente das instituições que participavam do PROMED ou do PRÓ-SAÚDE, a maioria das escolas médicas não tinha nenhum apoio ou incentivo para conduzir o processo de mudança, necessário para acompanhar a evolução da educação médica, na perspectiva da formação profissional voltada para a melhoria da qualidade da assistência prestada à saúde da população brasileira.

Para a ABEM, um processo de avaliação formativo e participativo, a exemplo do que foi realizado pela CINAEM, poderia impulsionar o processo de mudanças a partir do estabelecimento de um diagnóstico inicial do momento em que se encontravam as escolas e da definição do ideal que se pretendia construir, possibilitando o acompanhamento permanente de sua evolução.

#### **A proposta da Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM**

Para desenvolver essa proposta, a ABEM contou com o trabalho desenvolvido por Lampert em sua tese de doutorado (ENSP/Fiocruz, 2002), que avaliou as tendências de mudanças na formação médica no Brasil, analisando doze escolas médicas. Para realizar o estudo, Lampert

desenvolveu um instrumento que permitia acompanhar o movimento de mudança das escolas ao se deslocarem de um modelo tradicional para um modelo de integração no contexto dos serviços e das necessidades básicas de saúde da população.

A partir do trabalho de Lampert (2002), foram definidos os princípios do projeto de avaliação da ABEM para as escolas médicas, e no início de 2006, com a aprovação do projeto pela Diretoria, a professora Jadete Lampert foi nomeada coordenadora do projeto e iniciou o trabalho com um grupo de professores que vinham desenvolvendo estudos em avaliação da educação médica e em avaliação institucional, e com a participação dos estudantes, representados pela DENEM, constituindo assim a Comissão de Avaliação das Escolas Médicas – CAEM/ABEM.

Em março de 2006 a CAEM elaborou o “Projeto de Avaliação das Tendências de Mudanças no Curso de Graduação das Escolas Médicas Brasileiras”<sup>11</sup>, que tinha por objetivos promover e acompanhar as mudanças nas escolas médicas para atender às Diretrizes Curriculares com perspectivas à consolidação do SUS; e incentivar e apoiar a construção do processo de avaliação (autoavaliação, avaliação externa, meta-avaliação) em cada escola médica no atendimento dos princípios do SINAES.

O projeto considerou para sua elaboração, o acúmulo da experiência da saúde na avaliação e nos projetos de apoio à mudança, como o projeto CINAEM e os programas PROMED e o PRÓ-SAÚDE, e as experiências da educação superior com a avaliação institucional, como o PAIUB e o SINAES, mas sua estruturação se deu a partir do estudo de Lampert, adotando os Eixos Conceituais de relevância para abalzar tendências, propostos pela autora:

---

11. Projeto de Avaliação das Tendências de Mudanças no Curso de Graduação das Escolas Médicas Brasileiras – Comissão de Avaliação das Escolas Médicas da Associação Brasileira de Educação Médica – CAEM/ABEM – 2006 – <http://www.abem-educmed.org.br/>

*(...) A proposta de avaliação de tendências de mudanças das escolas médicas, visando a formação do médico no curso de graduação, e ao atendimento das necessidades de saúde (NS) é abalizada na percepção dos atores sociais da escola médica e médicos recém-formados por ela, a partir da seleção de cinco eixos conceituais de relevância nesta construção. Trata-se da percepção que têm esses atores envolvidos no processo de formação a respeito de como está sendo implementado o programa curricular da graduação, diante das necessidades de saúde e de uma farta documentação de recomendações de fóruns nacionais e internacionais de educação médica (in Lampert, 2002, cap.2 e 3) que possibilitaram a construção do instrumento aqui proposto, já utilizado por Lampert em trabalho de tese de doutorado (ENSP/Fiocruz, 2002) com algumas modificações. (CAEM/ABEM, 2006:01)*

Os Eixos definidos abordavam as dimensões que integram um curso de graduação na perspectiva da Educação Médica transformadora, sendo: I) mundo do trabalho; II) projeto pedagógico; III) abordagem pedagógica; IV) cenários da prática; e V) desenvolvimento docente. No instrumento de avaliação, adaptado de Lampert (2002), cada eixo se dividia em vetores que traduziam a sua concepção, especificando aspectos relevantes dentro de cada um deles. Cada vetor era apresentado em três níveis que caracterizavam o estágio em que a escola se encontrava: alternativa 1 - situação tradicional do modelo flexneriano; alternativa 2 - situação de inovação, intermediária; e alternativa 3 - situação avançada para as transformações, visando o modelo da integralidade. (CAEM/ABEM, 2006)

A proposta propunha a realização da autoavaliação pelos atores que participavam do processo de formação nas escolas médicas, utilizando o instrumento adaptado de Lampert (2002), que permitia identificar o estágio em que as escolas se encontravam no processo de transformação desejado, indo do paradigma flexneriano ao paradigma da integralidade, e a partir daí, definir a sua tipificação. Quanto mais próximo do estágio 3, mais próximo estaria o curso do que se considera ideal na formação profissional na área médica, atendendo às diretrizes curriculares de 2001. Dependendo de onde

a escola se situasse, seria classificada de acordo com as seguintes categorias: (a) Tradicional; (b) Inovadora com tendência tradicional; (c) Inovadora com tendência avançada; e (d) Avançada para as transformações. (CAEM/ABEM, 2006)

O instrumento previa, além da classificação do curso nos estágios de cada vetor e no conjunto dos Eixos, a identificação das evidências que comprovavam essa classificação, com exemplos de ações predominantes, condizentes com a alternativa escolhida. Como o processo de desenvolvimento do curso e sua relação com os serviços são dinâmicos, esse exercício favorecia a compreensão do momento do curso, possibilitando inclusive a revisão dos vetores, tornando-os mais adequados à realidade do curso.

O resultado era representado por uma figura<sup>12</sup> que demonstrava o estágio em que se encontrava o Curso. A figura possibilitava a comparação visual dos diferentes momentos do curso, favorecendo a percepção das mudanças. O diagnóstico preliminar era essencial para o processo de avaliação. A realização periódica, semestral ou anual do levantamento e análise de dados, permitiria à comunidade interna acompanhar seu processo de mudanças, reajustando suas estratégias e metas em cada ocasião. Assim como, manter documentado a evolução construtiva do processo avaliativo institucional. (CAEM/ABEM, 2006)

Mais importante do que os resultados, era o processo de aplicação do instrumento. A troca de impressões dos diferentes segmentos envolvidos no curso, favorecida pela busca de consenso, se mostrou muito rica e possibilitava uma revisão permanente das ações em curso, em busca do ideal estabelecido. A aplicação do instrumento em reuniões de avaliação permitiu ainda a constante responsabilização dos atores quanto às

---

12. A Figura, adaptada de Lampert. 2002, apresenta modelo radiado, contendo três círculos, representando os níveis 1, 2 e 3, referentes aos estágios de cada vetor que compõem os cinco eixos que integram o curso de graduação, representando a percepção dos atores, captada na aplicação do instrumento de coleta.

atividades em andamento, discutindo os limites e as dificuldades, o grau de governabilidade em relação aos processos e os passos possíveis para avançar em busca do almejado.

Inicialmente o projeto previa três momentos para sua execução. O primeiro, dividido em três etapas, sendo: (a) capacitação de equipes, em oficinas regionais da ABEM, composta de atores sociais de cada escola participante (no mínimo um docente e um discente) para a aplicação do instrumento proposto; (b) aplicação do instrumento em cada escola, com monitoração a distância da Comissão de Avaliação, pelos atores capacitados nas oficinas com encaminhamento dos resultados à CAEM/ABEM; e (c) análise e retorno às escolas dos seus resultados por parte da CAEM/ABEM; o segundo, a partir da discussão dos resultados do primeiro momento, a construção coletiva de indicadores qualitativos, quantitativos ou quali-quantitativos, que permitam o acompanhamento da evolução das mudanças identificadas; e o terceiro momento, a sistematização, organização e análise dos dados para reflexão crítica dos atores envolvidos, formulando as recomendações para as escolas. (CAEM/ABEM, 2006)

Para participar, cada escola deveria aderir ao Projeto, por meio da assinatura do termo de adesão disponível no Portal da ABEM e em seguida participar das Oficinas de Capacitação realizadas nas regionais da ABEM e nos Congressos da área em 2006. Na sequência deveria aplicar o instrumento de avaliação para estabelecer o diagnóstico inicial da escola que permitiria o acompanhamento das mudanças.

Naquele primeiro momento, o projeto contou com a participação voluntária de 33 escolas médicas. Estas receberam da CAEM, no mês de março de 2007, a análise dos resultados da aplicação autoavaliativa do instrumento. As escolas contaram com assessoria a distância da Comissão de Avaliação da ABEM na construção do seu processo avaliativo.

Em 2007, a CAEM iniciou o segundo momento do Projeto promovendo uma reflexão a respeito das evidências de mudanças identificadas pelas escolas para subsidiar a construção de indicadores, que se daria pela realização de oficinas com representantes das escolas participantes. Com o acompanhamento das evidências de mudanças, levantadas no primeiro

momento, a escola poderia identificar seus atores e ações, e de forma participativa eleger e construir indicadores adequados à comprovação e acompanhamento das mudanças identificadas.

A construção coletiva de indicadores quali-quantitativos se mostrava muito importante para estabelecer parâmetros que dessem consistência aos resultados e para que as escolas tivessem mais clareza de quais caminhos seguir para avançar em busca das transformações. A proposta permitia que fossem respeitadas as diferentes realidades: para as escolas que ainda estavam iniciando as mudanças, os indicadores seriam fundamentais para definir suas ações; para as que estavam em um estágio mais avançado, poderiam auxiliar na correção de rumos e na consolidação das mudanças.

Esse processo, além de permitir um diagnóstico nacional das tendências de mudanças nos cursos de graduação, e de favorecer o estabelecimento de uma cultura de avaliação nas escolas médicas, foi potencialmente um importante indutor de mudanças, à medida que socializou os conceitos e apontou caminhos para a superação do modelo hegemônico, fortalecendo a discussão nacional sobre a formação médica desejada para atender às necessidades de saúde da população.

*Este estudo permite abalizar a tendência das escolas ao se deslocar de um modelo tradicional, com movimentos de reforma curricular que avança desde inovações incipientes para movimentos de mudanças e transformações efetivas no modelo flexneriano, na linha das recomendações dos fóruns de educação médica e das políticas de saúde e educação (Diretrizes Curriculares, ME, 2001, Sinaes, ME, 2004) para um modelo de integração no contexto dos serviços e das NS da comunidade. (CAEM/ABEM, 2006:14)*

Todo esse processo teve como apoio o Fórum de Avaliação das Escolas Médicas que integra o Congresso Brasileiro de Educação Médica – COBEM, que ocorre anualmente, onde participam quase a totalidade das escolas médicas do país. Naquela época, isso permitiu a discussão permanente e a construção coletiva do processo de avaliação, entendendo os atores como

sujeitos ativos, que participavam de forma comprometida em todos os momentos da avaliação, favorecendo inclusive a meta-avaliação da proposta.

Ainda em 2007, a ABEM pretendia expandir o movimento iniciado com o projeto ampliando o número de escolas participantes, e conseguindo financiamento para que pudesse viabilizar as ações já previstas e realizar visitas às escolas, de forma a acompanhar e apoiar de forma mais efetiva o processo avaliativo, complementando-o com a avaliação externa.

Em uma primeira avaliação da própria Comissão, foi reconhecida a necessidade de reforçar o embasamento e a socialização dos novos conceitos que as mudanças exigiam e que dariam suporte às escolas médicas na implementação das mudanças visando atender às Diretrizes Curriculares de 2001. Além disso, era necessário ampliar os horizontes do projeto, não só aumentando o número de escolas, mas ampliando a participação dos diversos segmentos em cada escola de modo a fortalecer o processo envolvendo mais instituições e mais pessoas comprometidas com a avaliação:

*(...) outras necessidades, igualmente identificadas, neste movimento, foi o de: propiciar que outras escolas façam adesão ao Projeto, enviaar esforços para tornar este processo mais participativo e representativo dentro de cada escola, construir o consenso em torno de avaliação como processo, manter a qualidade do trabalho e identificar pessoas e instituições que possam somar com apoios e contribuições neste processo construtivo.*  
(ABEM, 2007)

Para a ABEM, a avaliação desenvolvida nessa perspectiva poderia contribuir substancialmente para a qualificação da Educação Médica brasileira, pois permitiria que a escola se conhecesse melhor, identificasse suas fragilidades e potenciais, e construísse caminhos para a superação, tendo como parâmetro o ideal de uma escola que atenda de forma plena às diretrizes curriculares e acompanhe as mudanças da Educação Médica no contexto mundial.

Um primeiro passo para uma avaliação condizente com o movimento de mudança dos cursos de graduação em medicina foi dado naquela oportunidade. O desafio permaneceu na manutenção e na consolidação da proposta, o que poderia ser facilitado se os Ministérios da Saúde e da Educação tornarem-se parceiros nesse projeto, entendendo que o mesmo pode vir a complementar o processo da avaliação dos cursos de graduação da área da saúde, cujas especificidades integram a realidade da Educação Superior.





## CAPÍTULO IV

# Uma experiência de mudança na Educação Médica

*Deve-se considerar que os limites e as possibilidades das propostas de mudança não são estáticos, definitivos. São situações que estão em permanente evolução, na dependência das condições externas e das dinâmicas dos processos internos. (ALMEIDA, 1999: 173)*

No contexto da Educação Superior, a Educação Médica tem sido protagonista de muitas iniciativas inovadoras que caminham para uma verdadeira transformação na formação profissional e no modo de pensar a universidade. Particularmente, o Curso de Medicina da UEL tem participado ativamente de todos esses movimentos nacionais e internacionais, liderando alguns deles e sendo pioneiro na implementação de outros no Brasil. Conhecer um pouco dessa história favorece a compreensão da complexidade de um processo de mudança.

#### 4.1 O CURSO DE MEDICINA DA UEL

O Curso de Medicina iniciou suas atividades no dia 15 de fevereiro de 1967, como Faculdade de Medicina do Norte do Paraná (Lei Estadual nº 5216). Em 1970, por ocasião da criação da Universidade Estadual de Londrina, esta e outras faculdades preexistentes foram extintas e na nova estrutura universitária, os cursos de Medicina e de Odontologia passaram a integrar o recém-criado Centro de Ciências da Saúde - CCS. (LIMA, 1996)

Em 2007, ano que o estudo foi concluído, o curso completava 40 anos de existência, e dez anos de implantação do currículo integrado, com uma história que se confunde com a história da Universidade e da cidade de Londrina. Muitas são as contribuições do Curso para o desenvolvimento da região, e para a projeção de Londrina no cenário nacional, especialmente na área da saúde. E também muitas foram as lideranças locais que se engajaram na luta pela universidade e pelo Curso, para imprimir qualidade na formação de médicos para a sociedade e na conquista de um Sistema Municipal de Saúde eficaz.

O Curso de Medicina de Londrina, representado por seus professores, estudantes e dirigentes, participou ativamente dos movimentos nacionais de mudança na educação médica liderando muitas dessas lutas, inclusive o processo de elaboração das diretrizes curriculares da medicina, aprovadas em 2001 pelo Conselho Nacional de Educação - CNE.<sup>13</sup> Com isso conquistou o respeito da comunidade local e de acadêmicos e profissionais de saúde no país e no exterior.

Considerando que os resultados da avaliação do Curso utilizados pelo estudo são relativos ao período entre 2000 e 2004, faz-se necessário apresentar a estrutura disponível à época.

O Curso já apresentava uma infraestrutura respeitável, com uma área física de aproximadamente 10.000 m<sup>2</sup> construída no Centro de Ciências da Saúde, incluindo salas de aula, salas tutoriais, laboratórios de habilidades,

---

13. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001

laboratórios de apoio, laboratório de informática, espaços administrativos (secretarias, sala de professores, sala de reuniões, coordenação, salas das comissões de apoio, centro acadêmico, salas de apoio, etc.), anfiteatro e espaços de lazer. Contava ainda com a infraestrutura do Hospital Universitário e do Hemocentro situados no próprio CCS, com o Ambulatório do Hospital de Clínicas – AHC, e com a estrutura dos demais Centros de Estudos que participam do Curso, o Centro de Ciências Biológicas - CCB, o Centro de Ciências Exatas - CCE, e o Centro de Letras e Ciências Humanas - CLCH, todos situados no Campus Universitário, a 9 km do CCS.

Para o desenvolvimento das atividades didáticas, o Curso utilizava ainda a infraestrutura dos Serviços Municipais de Saúde em uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, favorecendo a interação Ensino, Serviços e Comunidade. Esses cenários sempre foram essenciais para a formação dos estudantes, à medida que o Hospital Universitário e o Ambulatório do Hospital de Clínicas/UEL se transformaram em unidades de alta complexidade. (COLEGIADO, 2005a)

Em relação ao acervo bibliográfico, o Curso contava com a Biblioteca Central situada no Campus Universitário, e com a Biblioteca Setorial do CCS (BS/HU) localizada junto ao Hospital Universitário que atende aos alunos, docentes, funcionários e comunidade externa das áreas de Medicina, Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia. Por ocasião da implantação do currículo integrado houve todo um investimento para a ampliação do espaço e do acervo, da Biblioteca Setorial, além da aquisição de Sistemas de Informação interligados em rede nacional e internacional para favorecer a pesquisa, ferramenta indispensável para as metodologias de ensino adotadas.

O corpo docente era composto de 254 (duzentos e cinquenta e quatro) professores, sendo 89 doutores, 94 mestres, 45 especialistas e 25 graduados. Destes, 22% em Regime de Tempo Integral e Dedicção Exclusiva, 27% em 40 horas, 2% em 34 horas, 11% em 24 horas e 39% em 20 horas. Nos cinco anos anteriores, havia ocorrido uma diminuição do número de docentes em tempo integral e em regime de quarenta horas, causado inclusive pelo grande número de aposentadorias, o que fazia com que o curso contasse com muitos professores temporários em regime de 20 horas.

O Currículo integrado passou a exigir uma dedicação maior do docente em termos de carga horária e uma preparação pedagógica específica. Nos anos que antecederam a mudança foram realizados diversos cursos de capacitação docente em metodologias de ensino-aprendizagem ativas e centradas no estudante, treinamento de tutores, avaliação do desempenho do estudante, entre outros, para atender às novas demandas.

O Curso contava ainda com o trabalho de 102 pessoas, entre técnico-administrativos e profissionais de nível superior dos diversos setores da UEL/HU que atuavam no curso, tais como: Colegiado do Curso; Departamentos do CCS; Facilidades Acadêmicas do Ambulatório do Hospital das Clínicas; Laboratórios de Práticas do CCB e CCE, Laboratórios de Ciências-Cirúrgicas do CCS, Audiovisual do CCS, Biblioteca Central e Setorial e Hospital Universitário (comissão de controle de infecção hospitalar, patologia clínica e serviço de arquivo médico e de estatística).

Na época eram oferecidas 80 vagas ao ano em turno integral e regime seriado, tendo 501 alunos distribuídos entre a 1ª e a 6ª séries. Até aquele momento, o curso havia formado 54 turmas, totalizando 2.624 médicos. Destas, quatro turmas haviam sido formadas pelo novo Currículo, o que representava 320 médicos com o novo perfil. Hoje já são mais de 5.000 médicos formados pela UEL, mais da metade pelo currículo integrado. No último vestibular (2020) o curso teve 7.530 candidatos inscritos, se mantendo como um dos mais concorridos do país – 170,5 candidatos para cada uma das 44 vagas.

O Curso era e ainda é administrado por uma estrutura Colegiada, da qual fazem parte representantes de todas as disciplinas que fornecem docentes para as atividades acadêmicas, bem como representantes dos estudantes. Esse Colegiado é coordenado por uma Comissão Executiva composta de representantes de todas as disciplinas que fornecem docentes para as atividades acadêmicas, e representantes dos estudantes.

A escolha do coordenador e vice-coordenador sempre foi um processo democrático, sendo feita pelos membros do colegiado. Desta forma, não existe um perfil estabelecido para o coordenador, entretanto se buscava eleger professores com conhecimento do contexto nacional e internacional

da educação médica e compromisso com o curso. Os coordenadores eleitos entre 1997 e 2007 eram particularmente engajados no movimento da Educação Médica Brasileira.

As principais linhas de trabalho das ações extensionistas relacionadas diretamente ao Curso já tinham como objetivo promover um programa de atenção à saúde da população, na área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde – UBS, e de acordo com as estratégias do Programa de Saúde da Família - PSF/MS. Tais ações, numa proposta interdisciplinar, propiciavam aos alunos e docentes do curso, juntamente com os demais profissionais da área da saúde, uma maior interação e integração ensino/serviço/comunidade.

Desde aquele momento, a tendência do curso já não era mais atuar no sentido estrito da extensão, mas sim em atividades de ensino-pesquisa-extensão integradas. Isso favorecia a convivência entre os estudantes dos diversos cursos da área da saúde e também com diferentes profissionais, em diferentes níveis, desenvolvendo habilidades e competências para um trabalho multiprofissional, necessárias para o cotidiano de atenção ao paciente.

Na pós-graduação *Stricto sensu*, a área da saúde desenvolvia dois Programas: Medicina e Ciências da Saúde (Mestrado e Doutorado), e Saúde Coletiva (Mestrado). Na Pós-graduação *Lato sensu* eram onze Cursos de Especialização e 33 Residências Médicas.

Os projetos de pesquisa desenvolvidos tinham relevância para o meio social, e existiam projetos de natureza epidemiológica e de natureza intervencionista. A criação da linha de pesquisa da educação dos profissionais de saúde (educação médica, educação na área de saúde e desenvolvimento de recursos humanos em saúde) nos dois programas de pós-graduação *Stricto sensu* já demonstrava o interesse e o grau de envolvimento com a graduação. A integração efetiva entre a graduação e pós-graduação, se dava também pela participação dos mestrandos nas atividades de graduação (módulos de interação ensino-serviço-comunidade).

Várias atividades eram desenvolvidas decorrentes dos convênios celebrados pelo Curso naqueles anos, sempre participante ativo dos

movimentos nacionais tais como: Reforma Curricular dos Cursos de Medicina e Enfermagem – fase II/Fundação Kellogg; Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina - PROMED/MEC/MS; Modernização do Complexo HU/CCS/Governo do Paraná; Curso de Especialização em Saúde da Família/MS; Profissionalização de Trabalhadores da Área de Enfermagem - PROFAE/MS; Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE/MEC/MS; entre outros.

A participação do Curso de Medicina em todos esses programas e projetos locais, nacionais e internacionais foi fundamental para a captação de recursos externos essenciais para apoiar as mudanças introduzidas. Foi por meio desses projetos que a gestão do curso conseguiu autonomia financeira em relação à administração do CCS e da própria universidade, permitindo a oxigenação dos processos internos que necessitavam de investimentos permanentes para se manterem e se aprimorarem, fosse em relação à melhoria da infraestrutura e do acervo, fosse em relação à capacitação dos docentes e a participação de docentes e discentes nas discussões nacionais e internacionais da área. Mesmo os projetos que não destinavam recursos, como o caso do Projeto de Avaliação das Tendências de Mudanças dos Cursos de Graduação das Escolas Médicas coordenado pela ABEM, eram valorizados pela gestão do Curso, porque permitiam a troca de experiências e valorizavam os processos internos, dando visibilidade ao trabalho desenvolvido pelo Curso, pioneiro na implementação de mudanças voltadas ao paradigma da integralidade.

As atividades desenvolvidas a partir dos projetos de fomento iam desde os cursos de educação continuada/permanente, para os docentes e discentes do curso, e para os profissionais de saúde da região e macrorregião Norte do Paraná, até os de intervenção na comunidade como o caso da biblioteca virtual. Vários estudantes da graduação e pós-graduação atuavam nesses projetos com impacto e relevância para o cenário da saúde de Londrina e região. Existia um vínculo estabelecido entre o Curso e os serviços de saúde do município.

Em relação à retenção dos estudantes no Curso, pode se afirmar que o índice sempre foi muito baixo, e no caso da evasão, aproximava-se de zero. Entre os Cursos de Graduação da Universidade, normalmente os índices da medicina são os mais baixos.

Naquele período o Centro Acadêmico de medicina era bastante atuante em diversos aspectos. Os seus representantes participavam das instâncias da gestão acadêmico-administrativa do Curso (desde a implantação do currículo integrado em 1998) até a organização de eventos científicos. Além disso, existiam as ligas acadêmicas coordenadas e operacionalizadas pelos estudantes com a supervisão de docentes. Em geral, os estudantes participavam ativamente nas atividades do Curso. Todas as séries tinham um percentual alto de participação em atividades extracurriculares tais como projetos de ensino, pesquisa, extensão e monitoria. O currículo integrado favorecia essa participação, pois desde os primeiros anos os estudantes eram motivados à busca ativa do conhecimento e ao desenvolvimento de habilidades.

#### 4.2 A MUDANÇA CURRICULAR<sup>14</sup>

Até 1997, ou seja, nos primeiros trinta anos de existência do Curso, verificou-se em média uma mudança curricular a cada seis anos. Este fato deu ao Curso um perfil diferenciado, não encontrado em muitas escolas que sofrem de enrijecimento curricular. O Curso de medicina da UEL tradicionalmente procurou estar em permanente desenvolvimento, respondendo aos avanços do conhecimento científico-tecnológico da área médica e do conhecimento científico-educacional. É importante registrar que essas mudanças ocorreram sempre com a participação de professores e alunos, especialmente a partir de 1977, com a realização dos Fóruns de Debates do Curso Médico da UEL (1º em 1977; 2º em 1980; 3º em 1981; 4º em 1992 e 5º em 2003, o último antes da realização do estudo).

Conforme o histórico apresentado, a partir de 1991, no contexto do Projeto CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação

---

14. Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina da UEL - PPPMed. Colegiado do Curso de Medicina - Centro de Ciências da Saúde – UEL. Londrina, 2004.



do Ensino Médico, desencadeou-se um intenso processo de avaliação do curso médico. (CINAEM, 1997) O Curso da UEL foi pioneiro, tendo sido o primeiro a responder ao questionário inicial e passou a ser reconhecido nacionalmente como um dos mais comprometidos com o processo de mudança da educação médica.

Além disso, as novas linhas de trabalho desenvolvidas por várias disciplinas dos ciclos básico e clínico, os projetos especiais de ensino, as novas articulações entre atividade de ensino, serviços e comunidade, as visitas e estágios feitos por professores e estudantes em escolas e centros de educação médica no exterior, e a visita de consultores nacionais e estrangeiros, com conferências e assessorias, desencadearam um rico processo de reflexão e capacitação docente sobre os modelos pedagógicos e as metodologias de ensino-aprendizagem mais modernas e recomendadas para a educação médica naquele final de século.

Em 1992, o XXX Congresso Brasileiro de Educação Médica, o II Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico e o I Seminário Internacional dos Projetos UNI foram realizados em Londrina. Desde o início dos anos 70 o Curso é um dos membros institucionais da Associação Brasileira de Educação Médica. Da mesma forma, muitos de seus professores são sócios individuais históricos dessa entidade. Desde 1992 o Centro de Ciências da Saúde - CCS esteve associado à *Network of Community-Oriented Education Institutions for Health Sciences*, e desde 1993 participou de eventos internacionais de discussão e análise da educação médica, tendo sido credenciado, em 1994, como Centro Colaborador em Educação e Prática Médica pela Organização Mundial da Saúde. (ALMEIDA, 1999)

Esta inserção do Curso de medicina no movimento nacional e internacional de mudanças da educação médica foi resultado do projeto de apoio à implantação de novos modelos acadêmicos nos cinco cursos de graduação do CCS. Os princípios centrais desses modelos acadêmicos são: articulação academia-serviços-comunidade; interdisciplinaridade; ação multiprofissional; ensino e pesquisa orientados pelos problemas prioritários de saúde da população; formação orientada para a integralidade da atenção à saúde; articulação ensino-pesquisa-assistência; integração das disciplinas

básicas e clínicas; inserção precoce do aluno em ações comunitárias e nos serviços de saúde; metodologias ativas de ensino-aprendizagem; ensino centrado no estudante e baseado em problemas como uma das metodologias inovadoras de aprendizagem; prática tutorial na relação professor-aluno predominando em relação às aulas expositivas; educação permanente como compromisso institucional e ecologia humana (integração biopsicossocial). (WALTON, 1994; BOGADO ET AL, 1999) Com base nesses princípios, buscando conquistar cada vez mais excelência técnica e relevância social no processo de formação, entendeu-se que isso só poderia ser alcançado por meio de um consistente processo de avaliação.

O processo de avaliação implantado começou pela análise do Curso em 1991, por meio da Fase I do Projeto CINAEM. Naquela oportunidade foram avaliados os seguintes componentes: vínculo jurídico, data de criação da escola, estrutura econômico-administrativa, estrutura político-administrativa, infraestrutura material, recursos humanos, modelo pedagógico e papel da escola na assistência e na pesquisa. O médico formando foi considerado a “variável dependente” do estudo. (CINAEM, 1997)

A análise feita pela CINAEM e pelo colegiado do Curso identificou fragilidades no modelo pedagógico adotado pelo currículo vigente à época, além de outras insuficiências como, por exemplo, a deficiente capacitação pedagógica de muitos professores. Em 1992 e 1993, com assessoria externa, foi desenvolvido um intenso processo de avaliação e de gestão da qualidade do Curso que resultou na apresentação da experiência e diagnóstico durante o Encontro Continental de Educação Médica, realizado em Punta Del Este, Uruguai, em 1994. (CAMPOS, ET AL, 1994)

Em 1995 e 1996 foram desenvolvidos os estudos de Coorte e Transversal, bem como a avaliação estratégica do curso e do currículo, no contexto da Fase II do Projeto CINAEM. Acumulou-se, nesse processo, dados e informações além de ter havido maior conscientização acerca da realidade do curso/currículo.

Diante da situação diagnosticada, considerou-se que estava seriamente prejudicada a apropriação sistemática dos conhecimentos e a aquisição das habilidades e atitudes que deviam possibilitar ao estudante e futuro médico uma ação mais lúcida sobre a realidade, assim como uma capacidade de interpretação mais rigorosa dos fenômenos sociais e médico-científicos.

A superação das fragilidades diagnosticadas no Curso dependia, fundamentalmente, de: uma ação efetiva dos professores voltada para a formação do espírito crítico dos estudantes, base para a formação da cidadania; da convivência participativa de estudantes com estudantes, de professores com estudantes e de professores com professores; do desenvolvimento da competência técnica e do compromisso do professor com as tarefas do cotidiano; do fortalecimento do núcleo escola-comunidade; da análise do cotidiano escolar, tendo em vista o aperfeiçoamento da compreensão do que ocorre na sala de aula, considerando a interação professor-aluno e as estratégias adotadas para facilitar a aprendizagem e suas repercussões sociais.

A partir das 1ª e 2ª Conferências Mundiais de Educação Médica, realizadas em Edimburgo (Escócia), em 1988 e em 1993, os educadores da área médica começaram a estabelecer os parâmetros que iriam balizar as reformas curriculares e a adequação da formação do médico às novas demandas sociais. (WALTON, 1994) O Relatório Geral dos resultados da AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO NO BRASIL (1991-1997), da CINAEM, apontou a necessidade de reformulação do Modelo Pedagógico, compreendida em seu sentido amplo, abarcando a totalidade do processo de formação médica. (CINAEM, 1997)

As dificuldades na implementação das mudanças refletiam os problemas já apontados na análise da situação do ensino médico. Havia consenso mundial de que alguns fatores determinantes deviam ser norteadores das transformações. Dentre eles foram destacados:

1. As rápidas transformações sociais nos países em desenvolvimento, com as mudanças nos perfis epidemiológicos e demográficos, que conferem a esses países semelhanças aos países desenvolvidos;
2. A convicção de que o ensino compartimentalizado em disciplinas tende a formar médicos preparados para tratar doenças de forma

segmentada e não capacitados para atuar como promotores da saúde integral do ser humano;

3. A necessidade de adequação da formação profissional do médico para o modelo de saúde vigente no país. Neste, há a busca da integralidade e da equidade, num sistema hierarquizado e englobando a atenção multiprofissional;
4. A necessidade de capacitar o médico para a prática da educação permanente, com ênfase nas técnicas de autoaprendizagem, necessárias para enfrentar o rápido desenvolvimento científico e utilizar adequadamente as novas tecnologias em saúde;
5. A necessidade de o currículo reforçar o caráter de terminalidade da graduação, voltada à formação geral do médico;
6. A necessidade do exercício da medicina ser realizado sob bases científicas, baseado em evidências válidas;
7. O desenvolvimento então recente de novas áreas do conhecimento, como a bioética, promotora do desenvolvimento holístico dos profissionais de saúde;
8. A expectativa de todo médico atender às necessidades tanto dos pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social e promovendo estilos de vida saudáveis, conciliando as exigências individuais e coletivas de saúde;
9. A capacidade de todo médico avaliar e melhorar a qualidade do seu atendimento, desenvolvendo habilidades de comunicação;
10. A exigência de trabalhar eficientemente em equipes multiprofissionais.

Estas foram, em essência, as justificativas do projeto pedagógico do novo currículo integrado do Curso, implantado em 1998. Sua análise e aprovação pelo colegiado do Curso e pelas instâncias superiores da UEL, permitiram a inserção definitiva do Curso no cenário nacional e internacional das escolas médicas portadoras de uma nova e moderna visão de futuro.

### 4.3 O CURRÍCULO INTEGRADO DO CURSO DE MEDICINA DA UEL<sup>15</sup>

O Currículo Integrado do Curso de Medicina da UEL sofreu nos últimos anos algumas adequações, motivadas por questões internas e também pela atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais da área em 2014. Mas mantém sua essência, construída a muitas mãos naquele período (1991-2005), totalmente alinhada com o paradigma da integralidade, acompanhando as tendências de mudança da Educação Médica, materializada no projeto pedagógico de sua criação, apresentado a seguir.

#### **O Modelo Pedagógico<sup>16</sup>**

O projeto pedagógico do Curso parte da compreensão de que o estudante de hoje deve ser preparado para ser o profissional e o cidadão que participará dos processos de construção do conhecimento. As atividades docente-assistenciais são centradas no estudante, visto como sujeito da aprendizagem e no professor como facilitador do processo de ensino-aprendizagem, enfocando o aprendizado baseado em problemas e orientado para a comunidade.

O modelo pedagógico do Curso está fundamentado nos princípios da proposta pedagógica interativa, de natureza democrática e pluralista, com um eixo metodológico que confere destaque à Aprendizagem Baseada em Problemas. O projeto pedagógico visa à formação de um profissional competente para o atendimento das necessidades de saúde da população em geral, no que diz respeito à promoção e prevenção de doenças, diagnóstico e eficácia de suas ações terapêuticas e reabilitadoras.

Tendo como base as competências, habilidades e conteúdos desenvolvidos a partir das diretrizes curriculares dos cursos de medicina,

---

15. Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina da UEL - PPPMed. Colegiado do Curso de Medicina - Centro de Ciências da Saúde – UEL. Londrina, 2004.

16. Manual Geral do Estudante. Colegiado do Curso de Medicina - Centro de Ciências da Saúde – UEL. Londrina, 2005.

a proposta pedagógica apresentada tem a avaliação como uma questão central, que está a serviço da aprendizagem, e a interdisciplinaridade como fundamento essencial. Desde o início do curso, o novo currículo valoriza de modo significativo a necessidade da prática integradora, realizada nos mais variados espaços de ensino-aprendizagem favorecendo a integração com os serviços de saúde e a comunidade. Propicia também a vivência multiprofissional com ações integradoras envolvendo as outras carreiras da área da saúde.

O Curso de Medicina da UEL tem como objetivo central promover a formação geral do médico como profissional competente nas suas atribuições técnico-científicas e como cidadão consciente das suas responsabilidades sociais, e para tanto se propõe a:

- Formar um profissional apto a resolver a grande maioria dos principais problemas de saúde encontrados na população;
- Aprimorar a relação médico-paciente, aumentando a responsabilidade acadêmica e o compromisso social;
- Integrar o ciclo básico com o clínico e a teoria com a prática;
- Melhorar os sistemas de avaliação do processo de ensino-aprendizagem e do próprio curso;
- Valorizar a visão bioética e humanista da medicina;
- Estimular a compreensão do paciente como ser biopsicossocial;
- Contribuir para o desenvolvimento de práticas multiprofissionais de ensino, pesquisa e assistência, atuando articuladamente com os demais cursos de graduação do CCS e com os serviços de saúde;
- Participar das iniciativas desenvolvidas no campo da educação médica, em âmbito nacional e internacional;
- Capacitar o estudante para a produção do conhecimento e para a educação permanente em saúde, de forma crítica, contínua e reflexiva.

Muitas são as formas de ensinar na história humana. Mais recentemente, entretanto, tem crescido o consenso de que é mais importante estimular

o estudante a aprender por si próprio, fornecendo-lhe meios e ambientes facilitadores, do que ensinar da maneira tradicional, transmitindo conhecimentos. A transferência do centro das ações de aprendizagem para o estudante é um marco da pedagogia atual e um dos pressupostos da metodologia PBL (sigla de *Problem Based Learning*, que significa Aprendizagem Baseada em Problemas). O Curso de Medicina da UEL adota a ABP (ou PBL) como principal método de ensino-aprendizagem. No método da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) trabalha-se com o objetivo de resolver um problema e, nesse sentido, é um processo muito parecido com a metodologia de pesquisa científica. O método guarda a mesma lógica: a partir de um problema, busca-se compreendê-lo, fundamentá-lo e analisá-lo. São elaboradas hipóteses de solução, que devem ser comprovadas e validadas, estimulando o raciocínio, as habilidades intelectuais e a aquisição de conhecimentos. Este modelo pedagógico vinha sendo desenvolvido fora do país há mais de 40 anos, primeiro pelas Universidades de MacMaster (Canadá) e de Maastricht (Holanda) e depois por um número muito grande de escolas médicas e outras escolas profissionais ao redor do mundo.

A aprendizagem baseada em problemas tem sido considerada como um método adequado ao aprendizado de adultos e é recomendado pela Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM), pela Associação Européia de Escolas Médicas (AMEE) e em encontros internacionais de ensino médico. A adoção do método pela Universidade de Harvard (The New Pathway) na década de 90, possibilitou ao mesmo uma projeção importante nos círculos pedagógicos ligados à Medicina.

*(...) O método da aprendizagem baseada em problemas tem como ponto de partida um problema bem formulado e pretende chegar a um resultado. Nesse percurso o aluno pesquisa, discute com seus colegas, com seu professor/tutor e outros profissionais, participa de palestras, de conferências, de aulas práticas, formula suas hipóteses diagnósticas e de solução. O método da aprendizagem baseada em problemas estimula o raciocínio, as habilidades intelectuais e a aquisição de conhecimentos. (COLEGIADO, 2004:11)*

O Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina, ao optar por este modelo pedagógico, em 1998, deu um passo importante em direção à formação geral do médico, preparado para atuar no Sistema Único de Saúde - SUS e capaz de utilizar seus conhecimentos e buscar outros para compreender as necessidades de saúde da população.

Apresenta-se as principais características da ABP:

1. O estudante é responsável por seu aprendizado, o que inclui a organização de seu tempo e a busca de oportunidades para aprender;
2. O currículo é integrado e integrador, com uma linha condutora geral, no intuito de facilitar e estimular o aprendizado. Esta linha se traduz nos módulos temáticos do currículo e nos problemas, que deverão ser discutidos e resolvidos nos grupos tutoriais;
3. A escola oferece uma grande variedade de oportunidades de aprendizado através de laboratórios, ambulatórios, experiências e estágios hospitalares e comunitários, bibliotecas tradicionais e acesso a meios eletrônicos (internet);
4. O estudante é precocemente inserido em atividades de saúde, fundamental para sua vida profissional;
5. O conteúdo curricular contempla os problemas mais frequentes e relevantes a serem enfrentados na vida profissional de um médico com formação geral;
6. O estudante é constantemente avaliado em relação ao seu conhecimento cognitivo e ao desenvolvimento de habilidades e atividades necessárias à profissão;
7. O currículo é flexível e pode ser modificado;
8. O trabalho em grupo e a cooperação interdisciplinar e multiprofissional são estimulados;
9. A assistência ao estudante é individualizada, de modo a possibilitar que ele discuta suas dificuldades com profissionais envolvidos com o gerenciamento do currículo e outros, quando necessário.

A abordagem da aprendizagem baseada em problemas origina-se de vários princípios de aprendizagem que foram articulados durante as últimas



décadas do século passado (por exemplo, Bransford e cols. 1999). O PBL pode ser considerado um exemplo de ambiente de ensino que incentiva a aprendizagem ativa, construtiva, contextual, cooperativa e direcionada a objetivos. Os princípios de aprendizagem tais como a necessidade de ativação do conhecimento prévio, a importância da elaboração cognitiva, aprendizagem em contexto apropriado, propriedades de itens de aprendizagem, estruturação e reestruturação de informações, promoção da motivação intrínseca e estimulação da aprendizagem colaborativa, têm um lugar de destaque na ABP. (MOUST et al, 2005)

As metodologias de ensino-aprendizagem utilizadas no curso estão centradas no estudante, baseadas em pequenos grupos e o professor atuando como facilitador do processo de ensino-aprendizagem. Os módulos temáticos interdisciplinares utilizam a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP ou PBL), como metodologia de ensino-aprendizagem; os módulos de interação ensino-serviço-comunidade (PINs) empregam a problematização; os módulos de habilidades clínicas e atitudes a de treinamento e o internato médico a modalidade da aprendizagem em serviço.

Essas metodologias permitem: a) a aprendizagem colaborativa por meio do trabalho em pequenos grupos; b) a aprendizagem significativa, pois os problemas são baseados na realidade de saúde da população, além de vivenciarem essa realidade; e, c) o contato precoce com a realidade de saúde, desde a primeira série.

Todas as atividades educativas obrigatórias dos módulos são planejadas, baseando-se no currículo nuclear que visa à formação geral do médico. Os temas dos problemas são baseados no perfil demográfico, epidemiológico e social da realidade da população e são trabalhados de forma interdisciplinar e multidisciplinar. As habilidades clínicas e atitudes substituem o ensino tradicional da semiologia, incluindo as habilidades em informática, comunicação e procedimentos laboratoriais, utilizando diversos recursos didático-pedagógicos para alcançar os objetivos propostos. Existe um sistema de monitoramento do curso que analisa se as atividades estão de acordo com o currículo nuclear, desta forma verificando se há coerência entre o que é oferecido no curso com o perfil do profissional a ser graduado. Além disso, existe o desenvolvimento das habilidades para

trabalhar em grupo e em equipe multiprofissional, por meio dos grupos tutoriais (somente com os estudantes de medicina) e nos PINs (estudantes de medicina e enfermagem), atividades estas desenvolvidas em cenários intramuros e extramuros na área urbana, do município de Londrina. (COLEGIADO, 2005b)

### **Organização Curricular e Gestão Acadêmico-Administrativa do Curso**

O currículo integrado do curso tem uma organização acadêmico-administrativa relativamente complexa, se organizando a partir das seguintes diretrizes:

1. Estruturação modular, viabilizando a interdisciplinaridade;
2. Ensino centrado nas necessidades de aprendizagem dos estudantes;
3. Currículo nuclear comum a todos os estudantes e a oportunidade de módulos e práticas eletivas, cuja função é permitir uma certa individualização do currículo;
4. Ensino baseado na pedagogia da interação, com os conteúdos das ciências básicas e clínicas desenvolvidas de forma integrada com os problemas prioritários de saúde da população;
5. Garantia de contato do estudante de medicina com as realidades de saúde e socioeconômicas da comunidade desde o primeiro ano do curso;
6. Adoção da avaliação formativa;
7. Terminalidade do curso em 6 anos.

Os Módulos são unidades de ensino que resultam do cruzamento matricial das áreas de conhecimento existentes nas disciplinas/departamentos e das diretrizes pedagógicas emanadas do colegiado do curso. O Curso é composto de duas fases: o ciclo básico/clínico da primeira à quarta séries e o internato médico nas duas últimas. A integração entre o básico e o clínico é um avanço em relação ao sistema tradicional dos

curso de medicina. Para efetivar essa integração, o Curso é estruturado por módulos temáticos interdisciplinares, módulos de habilidades clínicas e atitudes e módulos de interação ensino-serviço-comunidade nas primeiras quatro séries.

Esta estrutura curricular é flexível e permite introduzir as modificações necessárias para o aprimoramento do Curso. A análise do Curso é feita de forma horizontal, buscando coerência entre os módulos da mesma série e de forma vertical, coerência dos módulos entre as séries, sempre tendo por referencial o perfil do médico a ser graduado e as diretrizes curriculares. As comissões de avaliação e de acompanhamento curricular fazem o monitoramento e acompanhamento do Curso retroalimentando a tomada de decisões.

Cabe ressaltar, que apesar do avanço obtido com o currículo integrado nas primeiras quatro séries do Curso, o internato médico não foi modificado em 1998, e os estágios se mantiveram estruturados por especialidades médicas, tendo como cenário de ensino-aprendizagem, o hospital universitário e a maternidade municipal.

*O novo currículo é essencialmente um currículo integrado. Integrado em termos de aproveitamento de várias técnicas de ensino-aprendizagem, com predominância das metodologias ativas. Integrado em termos de eliminação de barreiras que existiam entre ciclos básico, pré-clínico e clínico. Integrado em termos de eliminação da dicotomia entre teoria e prática. Integrado em termos de superação das distâncias entre o ensino, a pesquisa e a assistência. Integrado em termos de aproximação entre os ambientes e os sujeitos da academia, dos serviços de saúde e da comunidade. Enfim, a imagem-objetivo da proposta é a de um currículo integrado que vem sendo construído no dia-a-dia das atividades do curso desde 1998 e que vai muito além da adoção de uma única metodologia de ensino-aprendizagem. (COLEGIADO, 2004: 3)*

O Curso é ofertado de forma seriada anual e as atividades acadêmicas são distribuídas nas seguintes categorias:

## **1ª a 4ª Séries**

1. Módulos temáticos interdisciplinares, desenvolvidos por meio de atividades pedagógicas: a) Seção tutorial; b) Prática de laboratório e discussão de casos clínicos; c) Palestras ou conferências; d) Estudo orientado; e) Avaliação;
2. Módulos de habilidades clínicas e atitudes;
3. Módulos de interação entre ensino, serviços de saúde e comunidade;
4. Módulos de atualização;

## **5ª e 6ª Séries**

1. Estágios do Internato.

Considerando a complexidade do novo currículo, as tradicionais estruturas gerenciais universitárias não são suficientes. Para uma eficiente gestão de qualidade há a necessidade de comissões de apoio ao colegiado, que realizam tarefas específicas, como nas comissões criadas desde 1999:

1. Comissão de avaliação: é responsável pelo acompanhamento e aprimoramento do sistema de avaliação, compreendendo a avaliação dos processos de ensino-aprendizagem dos estudantes e a avaliação institucional do curso;
2. Comissão de acompanhamento: acompanha a implementação e o desenvolvimento dos conteúdos modulares e dos estágios do internato, revisando anualmente os tópicos, de forma a assegurar que o conteúdo nuclear necessário para a formação geral do médico esteja contemplado;
3. Comissão de educação permanente: tem como função o desenvolvimento das atividades de sensibilização, treinamento e capacitação nas metodologias ativas de aprendizagem utilizadas no curso, em especial a Aprendizagem Baseada em Problemas;
4. Comissão de apoio psicopedagógico discente e docente: tem como função orientar e apoiar os estudantes ao longo do curso

no que diz respeito às suas necessidades acadêmicas e ou emocionais e também assessorar os professores no enfrentamento de dificuldades no trabalho com estudantes com algum tipo de problema.

Com essa estrutura gerencial interna, o curso implantou o novo currículo e acompanhou seu desenvolvimento, e até aquele momento, sempre apoiado em um processo permanente de avaliação e nos processos externos de mudança da educação médica.

Quanto ao desempenho nas avaliações nacionais, o Curso de Graduação em Medicina da UEL participou do Exame Nacional de Cursos (ENC/INEP/MEC), que como já apresentado avaliava produtos e não processos, obtendo os seguintes conceitos: “A”, “B”, “B”, e “B” nos anos de 1999, 2000, 2001 e 2002, respectivamente. No ano de 2003 a avaliação ficou comprometida, atribuindo-se a expressão SC (Sem Conceito), devido à impossibilidade de aplicação de provas pelo INEP.

Em 2000 o Curso recebeu a visita de avaliadores externos para a Avaliação das Condições de Ensino (ACE/INEP/MEC), tendo obtido o seguinte desempenho: condições muito boas para o corpo docente, para a organização didático-pedagógica, e para as instalações. Em 2004, obteve o conceito “5” no Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE/INEP/MEC), como será detalhado na sequência.

Em 2005, juntamente com outras duas escolas médicas do Brasil, foi escolhido para participar do processo de Acreditação de Cursos de Graduação do Mecanismo Experimental de Credenciamento – MEXA – dos Cursos de Medicina, no âmbito do Setor Educacional do Mercosul, coordenado pelo Ministério da Educação, recebendo parecer favorável.

Firmemente comprometidos com essa história, os professores e estudantes do curso de Medicina da UEL vinham criando as condições para o desenvolvimento de uma educação médica de qualidade e com responsabilidade social, sempre subsidiados por um amplo processo de avaliação do curso nos âmbitos interno e externo.

## CAPÍTULO V

# A avaliação do Curso de Medicina da UEL

### 5.1 A CONCEPÇÃO DA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO

Considerando a evolução da Avaliação da Educação Superior e da Educação Médica, desenvolveu-se a proposta de avaliação do Curso de Medicina da UEL, contextualizada no panorama nacional, na realidade regional, na dinâmica institucional da universidade, e do próprio Curso, levando em conta suas peculiaridades e suas inconstâncias, estas geradas pela constância dos processos de mudança, na busca permanente pela superação.

Foi nessa perspectiva que, antes mesmo da criação do SINAES por força de Lei, mas, sobretudo com a preocupação em estabelecer um processo de avaliação mais abrangente e democrático, a Comissão de Avaliação do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina – CAVMED/UEL,

propôs ao Colegiado de Curso a adoção de um novo modelo de avaliação, mais adequado à concepção do Curso, que tem como conceitos-chave a proposta pedagógica interativa e o “aprender fazendo”, e como método de ensino prevalente a aprendizagem baseada em problemas, no qual se considera o estudante como sujeito da aprendizagem e o professor como agente facilitador dos processos de ensino-aprendizagem.

Dias Sobrinho (2002) apresenta algumas questões para se estabelecer um modelo de avaliação coerente com uma concepção de educação, vinculada à concepção de sociedade: “Qual sociedade queremos construir; qual educação ou qual formação é adequada para essa construção social; que tipo de instituição a sociedade pode construir para o seu desenvolvimento?” (DIAS SOBRINHO, 2002:61)

Enquanto não se explicita claramente os fins da avaliação, não se sabe ao certo a qual concepção de Educação ela está servindo. Sendo assim, os levantamentos de dados só farão sentido se estiverem inseridos em uma proposta de avaliação coerente com o modelo de educação que se pretende, e não o inverso, onde os instrumentos e os resultados são utilizados veladamente para estabelecer o modelo “ideal” de educação. E nesse caso, os dados são meramente resultado de aferições ou medições, analisados quantitativamente, o que pode acabar indicando muitos caminhos equivocados.

Segundo Hadj (2001):

*(...) Avaliar não é medir um objeto, nem observar uma situação, nem pronunciar incisivamente julgamento de valor. É pronunciar-se, isto é, tomar partido, sobre a maneira como expectativas são realizadas; [...]*  
*A avaliação é uma operação de leitura orientada da realidade. (HADJ, 2001 apud BELONNI, 2003: 14)*

Entender o currículo como expressão do projeto pedagógico do curso, e o ensino-aprendizagem como um processo de construção do conhecimento, exige da instituição, do professor e do estudante, diferentes capacidades e competências. Neste contexto, a avaliação desempenha um

papel fundamental e deve ser colocada a serviço da qualidade pedagógica do curso de graduação.

A avaliação deve buscar a melhoria das condições de ensino-aprendizagem e ser capaz de identificar as potencialidades e fragilidades do curso. Deve ser um contínuo repensar sobre a formação, estimulando a mudança e a transformação, tendo como referência a excelência técnica e a relevância social do curso, bem como sua capacidade de dar respostas à sociedade.

O Curso de Medicina da UEL tem uma extensa trajetória avaliativa. Desde o início dos anos 90, participou de várias iniciativas de avaliação no contexto nacional. Foi o primeiro curso a aderir à proposta da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM e participou de várias ações avaliativas no contexto do Programa UNI. Com a implantação do currículo integrado, ocorrida em 1998, foram criadas as comissões de apoio ao Colegiado com a preocupação de acompanhar permanentemente seu desenvolvimento. Uma delas foi a comissão de avaliação, responsável pela avaliação do processo de ensino-aprendizagem e também pela avaliação do curso, valorizando a importância da avaliação no processo de formação. (PERIM, et al, 2005)

Durante a implantação do currículo integrado, a Comissão de Avaliação desenvolveu diversos processos avaliativos envolvendo estudantes, docentes e coordenadores de módulos ou séries, utilizando-se de técnicas como a autoavaliação, a avaliação inter-pares, a avaliação pelo tutor, testes de progresso, entre outros. Os instrumentos utilizados integravam a avaliação do processo de ensino-aprendizagem e permitiram, embora de forma assistemática, o acompanhamento do currículo durante a formação da 1ª turma (1998 - 2003).

Em função das dificuldades de organização e sistematização das informações, decorrentes da falta de integração das avaliações realizadas até então, e respaldados pelas diretrizes curriculares nacionais vigentes à época, onde estão previstos o acompanhamento e a avaliação do próprio curso, e não apenas do processo de ensino-aprendizagem, e ainda a formatura da 1ª turma, sentiu-se a necessidade de ampliação do modelo adotado, de forma a compreender a avaliação do curso como um todo.



A partir de 2003, com base na experiência acumulada, implantou-se o Sistema Integrado de Avaliação do Curso de Medicina – SIAMed<sup>17</sup>, cujos princípios encontravam-se em consonância com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior proposto pelo MEC/ INEP (CEA, 2003).

## **5.2 UMA EXPERIÊNCIA LOCAL FRENTE À PROPOSTA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR: SIAMed x SINAES**

Assim como previsto no SINAES, no que diz respeito à Instituição como um todo, no SIAMed encontram-se presentes os mesmos objetivos em relação ao curso de medicina: conhecer suas fortalezas e seus problemas; tratar da adequação do seu trabalho em relação às demandas sociais; e identificar o grau de envolvimento e compromisso de seus professores, estudantes e servidores, sempre tendo como meta o seu aprimoramento.

No SINAES, como citado, prevê-se a avaliação da instituição (autoavaliação e avaliação externa pelas comissões externas de avaliação institucional); a avaliação do curso (autoavaliação e a avaliação externa pelas comissões externas de avaliação de cursos); e a avaliação do desempenho dos estudantes (que será realizada mediante aplicação do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE).

Traçando um paralelo com o SINAES, guardadas as proporções, no SIAMed prevê-se a avaliação da Escola (autoavaliação e avaliação externa); a avaliação do curso (autoavaliação e avaliação externa) e a avaliação do desempenho do estudante (aplicação do Teste de Progresso).

---

17. A Avaliação Institucional no Curso de Medicina da UEL (SIAMed): uma experiência inovadora – Artigo publicado na Revista Brasileira de Educação Médica em 2008 – RBEM, 32 (2): 217-229.

De acordo com as diretrizes estabelecidas pelo INEP para o ENADE<sup>18</sup>, o exame busca aferir o desempenho dos estudantes em relação aos conteúdos programáticos previstos nas diretrizes curriculares do respectivo curso de graduação, suas habilidades para ajustamento às exigências decorrentes da evolução do conhecimento e suas competências para compreender temas exteriores ao âmbito específico de sua profissão ligados à realidade brasileira e mundial e a outras áreas do conhecimento, e será aplicado no início e no final de cada curso.

O Teste de Progresso aplicado no Curso de medicina da UEL – TPMed, desde 1998, tem por objetivos fornecer ao estudante uma avaliação longitudinal do seu progresso individual durante o curso, e verificar a progressão da turma como um todo, ano a ano e comparativamente em relação às demais turmas, e em relação ao desempenho de outras escolas médicas em exames de caráter geral, realizados no país. (COLEGIADO, 2004)

Assim como previsto no SINAES com a aplicação do ENADE, a avaliação do desempenho dos estudantes no SIAMed através do Teste de Progresso, busca identificar o real valor agregado na sua formação, utilizando-se da mesma prova para avaliar distintas séries do curso. No caso do ENADE, ao início e ao final dos Cursos; e no caso do TPMed, ao final de todos os anos, da 1ª à 6ª série do Curso.

No decorrer da implantação do currículo integrado, buscou-se construir um sistema de avaliação capaz de aprofundar os compromissos e responsabilidades sociais do Curso. Trata-se, portanto, de um processo formativo que produz relações sociais de conhecimento, compreensão e julgamento do curso e da instituição, que conforme apresentado, caminhava na direção da proposta do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - SINAES.

---

18. Diretrizes do ENADE de 06 de agosto de 2004 publicadas no D.O.U. de 09 de agosto de 2004.

### 5.3 O MODELO DE AVALIAÇÃO<sup>19</sup>

*A avaliação deve ter uma função muito mais crítica, que meramente de constatação. Deve analisar o realizado, mas para melhor cumprir o que há por realizar (...) Há de tornar manifesta e socialmente mais consistente o projeto educativo de uma instituição. (DIAS SOBRINHO, 2003b: 180-1)*

Todo o processo da avaliação do Curso foi desenvolvido em conjunto com a Comissão de Avaliação do Curso – CAVMed, e recebeu a denominação de Sistema Integrado de Avaliação do Curso de Medicina da UEL – SIAMed.

O modelo proposto, que considerou a experiência do PAIUB e as bases conceituais do SINAES, envolve todos os implicados no processo (estudantes, professores, gestores, técnicos, pesquisadores, instituição e sociedade), tendo como centro o cumprimento da finalidade essencial do curso que é a formação humana, não só no sentido técnico e profissional, mas também social, ético e político. Sendo um processo democrático, exige participação e interação, e é constituído por ações articuladas e complementares, organizadas com intencionalidade essencialmente educativa, portanto, formativo e construtivo. (COLEGIADO, 2003)

O SIAMed engloba o conjunto das dimensões que compõem o curso, e envolve todos os que participam do processo de formação do médico (estudantes, professores, funcionários, dirigentes, técnicos, profissionais de saúde, serviços de saúde, pacientes, comunidade, ex-alunos, e sociedade civil organizada) possibilitando a identificação das suas potencialidades e fragilidades na opinião dos diversos segmentos envolvidos:

- **Dimensão I - Projeto Político-Pedagógico**
- **Dimensão II – Desenvolvimento da Abordagem Pedagógica e Processo de Ensino-aprendizagem**

---

19. SIAMed – Sistema Integrado de Avaliação do Curso de Medicina da UEL, Colegiado do Curso, Centro de Ciências da Saúde – UEL. Londrina, 2003.

- **Dimensão III – Desenvolvimento das Práticas nos Cenários de Ensino-aprendizagem**
  - Módulos Temáticos Interdisciplinares (Módulos em Bloco);
  - Módulos de Interação Ensino, Serviços e Comunidade (Módulos Anuais);
  - Módulos de Atualização;
  - Módulos de Habilidades Clínicas e Atitudes (Módulos Anuais);
  - Internato.
- **Dimensão IV – Desenvolvimento do Corpo Docente**
- **Dimensão V – Desenvolvimento do Corpo Discente**
- **Dimensão VI – Desenvolvimento do Corpo Técnico-administrativo**
- **Dimensão VII - Infraestrutura**
- **Dimensão VIII – Desenvolvimento da Gestão**
- **Dimensão IX – Acompanhamento dos Egressos**

Tem por objetivo avaliar o curso de medicina englobando aspectos pedagógicos, estruturais e administrativos, visando o estabelecimento de um plano de ação para o seu aprimoramento. O referencial para o novo modelo foram as Diretrizes Curriculares aprovadas em 2001 para o curso médico.

O Sistema se baseia em duas matrizes de avaliação, construídas para contemplar todas as dimensões de um curso de graduação em medicina. A primeira – *Matriz de Avaliação I: Modalidades de Coleta e Fontes* - apresenta as inúmeras possibilidades de coleta de dados e as fontes de consulta. Já a segunda – *Matriz de Avaliação II: Indicadores e Descritores* - integra os indicadores e os descritores de cada dimensão, referenciando os 3 (três) níveis de enquadramento em uma escala que mensura o grau das mudanças introduzidas para atender as Diretrizes Curriculares na perspectiva da

integralidade, a partir dos quais, a comunidade interna e externa avalia cada dimensão do curso. (PERIM et al, 2008)

A proposta, elaborada de forma a considerar as especificidades e a complexidade do currículo integrado, é composta de três fases de desenvolvimento: (a) Avaliação Interna, (b) Avaliação Externa e (c) Meta-Avaliação.

### 5.3.1 Avaliação interna

*Essas fases não são necessariamente distintas no tempo. Sendo um processo contínuo, as etapas desenvolvidas devem se unir em um significado global e ainda que lhes seja destinado um período próprio, deve haver uma constante interação e reciprocidade entre as mesmas. A avaliação interna fornece as bases para a avaliação externa, que por sua vez alimenta novos processos internos. (DIAS SOBRINHO, 1998b: 73)*

Consiste no levantamento e organização dos dados quantitativos e qualitativos do Curso, com a participação efetiva das comunidades interna (estudantes, professores e funcionários) e externa local (profissionais da saúde, serviços de saúde, pacientes, lideranças comunitárias, ex-alunos); o que resulta em um conjunto estruturado de informações, possibilitando a construção coletiva de um retrato fiel e atualizado do Curso. Cada uma das dimensões avaliadas é composta por indicadores que, analisados a partir de três estágios possíveis de desenvolvimento (descritores do indicador), bem como à luz dos resultados dos demais instrumentos de avaliação já aplicados, resultam na avaliação interna do Curso.

O processo de avaliação interna, iniciado em 2003, foi coordenado pela Comissão de Avaliação, CAVMed, e envolveu todos os segmentos que atuam no Curso, direta ou indiretamente. O Sistema Integrado de Avaliação (SIAMed), congregou todas as ações avaliativas em andamento, e introduziu novos instrumentos de avaliação, através dos quais tornou-se possível conhecer a opinião de cada segmento sobre o conjunto de dimensões que compõem o curso de Medicina. As etapas da avaliação foram

sendo desenvolvidas de forma integrada utilizando métodos quantitativos e qualitativos.

Para a realização das novas etapas introduzidas na Avaliação Interna, foram utilizados diversos instrumentos, construídos a partir dos indicadores das dimensões que compõem a avaliação do curso. A escolha dos instrumentos se deu em função dos diferentes níveis de envolvimento dos atores no curso.

Durante os anos de 2003 e 2005 foram coletados os dados quantitativos e qualitativos com a participação da comunidade interna e externa local. O quadro a seguir apresenta os segmentos envolvidos e respectivos instrumentos de coleta:

**QUADRO 1** - Instrumentos de Coleta de Dados por Segmento Envolvido - SIAMed

SEGMENTO ENVOLVIDO	INSTRUMENTOS DE COLETA
Professores	Reunião de avaliação e Aplicação de Questionários
Estudantes (1º ao 4º, 5º e 6º anos)	Reunião de avaliação e Aplicação de Questionários
Funcionários (secretários, técnicos de laboratórios, técnico-administrativos, bibliotecários e outros)	Reunião de avaliação e Aplicação de Questionários
Lideranças Institucionais	Aplicação de Questionário
Profissionais de Saúde (UBS), AHC e HU	Reunião de avaliação e aplicação de questionário
Serviços de Saúde (Hospitais e Secretarias Municipais de Saúde de Londrina)	Realização de Entrevistas
Lideranças Comunitárias (Conselhos Locais de Saúde)	Reunião de avaliação
Pacientes	Aplicação de Questionário
Ex-alunos e Residentes	Reunião de avaliação e aplicação de questionário

Com o foco de avaliação ampliado, foram ouvidos diferentes atores, diversificando os instrumentos e metodologias de coleta de dados, de forma a contemplar os diferentes olhares para as dimensões do curso. Os principais instrumentos foram as Reuniões de Avaliação e os Questionários, desenvolvidos especificamente para cada segmento. Também foram utilizadas entrevistas e Reuniões com Serviços de Saúde e a Comunidade. A escolha se deu em função dos diferentes níveis de envolvimento dos atores com o curso.

#### **a) Reuniões de Avaliação Internas**

As reuniões de avaliação foram realizadas utilizando-se o método de construção coletiva de consenso, adotado por RIFKIN (1988), a partir da análise da matriz do curso construída coletivamente, que apresenta três níveis dos descritores de cada um dos indicadores, contemplando todas as dimensões da avaliação interna. Os níveis dos descritores representam o estágio em que se encontra o indicador, sendo que o nível 1 (um) caracteriza um curso mais conservador, voltado para o modelo hospitalocêntrico; o nível 2 (dois) um curso intermediário introduzindo mudanças; e o nível 3 (três) um curso inovador, voltado para o atendimento das diretrizes curriculares da área. A matriz é preenchida em conjunto com base nas impressões de cada um a respeito do curso, e em informações, dados e apreciações já disponíveis. (LAMPERT, 2002)

Durante a discussão o grupo deve classificar cada aspecto entre os níveis 1 a 3, construindo sua opinião sobre o curso. É importante esclarecer que quanto mais próxima do grau 3 estiver a pontuação sobre um determinado aspecto, mais de acordo com as diretrizes curriculares o mesmo se encontra.

Cabe ressaltar que nas reuniões de avaliação o objetivo foi realizar um estudo qualitativo, buscando a representatividade dos segmentos envolvidos (professores, estudantes, funcionários, lideranças institucionais, ex-alunos, e lideranças comunitárias) para a validação dos resultados, ao invés de buscar a participação numérica.

## **b) Questionários de Avaliação do Curso**

Complementando as reuniões, os objetivos da coleta de dados por meio de questionário, foram: ampliar as oportunidades de participação de cada um dos segmentos envolvidos e detalhar/aprofundar os tópicos abordados nas reuniões, e desta forma garantir o retrato mais fidedigno da realidade do curso de medicina.

Os questionários, elaborados especificamente para cada grupo de atores (professores, estudantes, funcionários, residentes e ex-alunos), contêm questões abertas e fechadas, envolvendo as dimensões relativas a cada segmento e utilizam a escala de Likert (de 1 a 5) para as perguntas fechadas, sendo o (1) péssimo ou inadequado e o (5) excelente ou muito adequado. A aplicação dos questionários se deu para o universo de todos os segmentos (professores, estudantes, lideranças institucionais, funcionários e ex-alunos).

## **c) Entrevistas para Avaliação do Curso**

O objetivo da realização de entrevistas foi obter a participação dos Serviços de Saúde no processo de Avaliação do Curso, no caso, entrevistando os dirigentes dos Hospitais Locais - Hospital Evangélico de Londrina, Santa Casa de Londrina, Mater Dei, Hospital Infantil, Hospital Zona Norte e Hospital Zona Sul e Lideranças da Secretaria Municipal de Saúde – Secretário Municipal de Saúde, Departamento de Ações de Saúde, Departamento de Serviços Especiais e Coordenação do Programa de Saúde da Família.

Considerando os cargos que ocupavam, entendeu-se que a entrevista seria a forma mais apropriada para ouvir a opinião dos Serviços de Saúde locais sobre o curso. A entrevista foi semiestruturada e o roteiro incluía questões sobre os aspectos positivos e negativos do curso, a percepção geral dos serviços sobre o curso e as sugestões para o seu aprimoramento.



**d) Reuniões de Avaliação do desenvolvimento das competências voltadas à relação médico/paciente/família/comunidade, na formação/atuação dos estudantes:**

O objetivo das reuniões de avaliação com a comunidade externa local foi obter a percepção dos coordenadores e médicos das Unidades Básicas de Saúde - UBS que atuaram nos Módulos de Interação Ensino, Serviços e Comunidade, sobre o desempenho dos estudantes, enquanto profissionais em formação.

A coleta de dados foi realizada por meio das reuniões de avaliação, buscando o consenso dos participantes a respeito dos aspectos relacionados à atuação na UBS e ao atendimento prestado aos pacientes.

**e) Questionários de Avaliação do desenvolvimento das competências relativas à relação médico/paciente/família comunidade na formação/atuação dos estudantes:**

Para complementar a avaliação do Curso, considerou-se importante conhecer a opinião da comunidade interna e externa local sobre o desempenho dos estudantes enquanto profissionais em formação. A coleta de dados foi realizada por meio de questionários respondidos pelos pacientes atendidos no Ambulatório do Hospital das Clínicas - AHC, profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que atuam no Hospital Universitário - HU e na Maternidade Municipal Lucilla Ballalai - MMLB, e preceptores do internato médico.

Os questionários continham questões relativas ao desempenho dos estudantes nas consultas e no atendimento hospitalar, enquanto integrante de uma equipe multidisciplinar.

### **Tratamento e análise dos dados**

Para o tratamento e análise dos dados qualitativos também foi utilizada a metodologia de Rifkin (1988) a partir de uma matriz de três níveis (objetivos, dimensões e indicadores) que pretendeu analisar o cumprimento dos objetivos do curso, com base nos dados relativos às

dimensões, resultantes da classificação dos indicadores por cada segmento envolvido. De acordo com a metodologia adotada, a partir da coleta, cada grupo tem a sua opinião sobre o curso. Os resultados são representados por gráficos, sendo um gráfico para cada dimensão e um gráfico contendo todas as dimensões, na opinião daquele segmento.

Na sequência, foi feita a sobreposição dos gráficos, permitindo a comparação da opinião de cada grupo, em cada uma das dimensões; ou ainda, no conjunto das dimensões, o que representa a totalidade do curso. Os dados das questões fechadas dos questionários foram tabulados e analisados utilizando-se o programa Epidata. Em um primeiro momento utilizando-se a análise da distribuição das respostas por escore, da escala de Likert, de acordo com cada segmento, verificando-se o padrão de respostas por indicador e segmento. Em um segundo momento para comparar as diversas percepções dos segmentos envolvidos, calculando a média dos escores por questão de cada segmento, e, posteriormente, a análise comparativa entre eles.

A sistematização dos resultados foi realizada por meio dos cruzamentos entre os resultados obtidos, e entre os dados qualitativos e quantitativos, de acordo com os indicadores e com as dimensões de análise.

Observou-se a riqueza dos resultados apresentados por cada um dos métodos utilizados no SIAMed. O cruzamento dos dados coletados nas reuniões de avaliação, e pelos questionários e entrevistas, permitiu um olhar mais abrangente e ao mesmo tempo mais próximo da realidade do curso.

### **5.3.2 Avaliação externa**

Representa um exame de fora para dentro da instituição. É complementar à autoavaliação e deve ser realizada a partir de sua consolidação junto à comunidade interna, ouvindo pares de outras instituições, lideranças, organizações e demais representações da sociedade organizada, sobre o conjunto de informações que representam a totalidade do Curso.

Aqui estão inclusos os demais Mecanismos de Avaliação e/ou controle, propostos pelos Governos Estadual e Federal, bem como de Programas de Fomento:

- Avaliação por pares da comunidade científica, pertencentes a outras Instituições de Ensino Superior de reconhecida capacidade técnica e ampla compreensão da Formação de Recursos Humanos na Área da Saúde;
- Avaliação por representantes da sociedade organizada (Conselhos, Serviços de Saúde, Associações Profissionais, Empregadores e Representantes da Sociedade);
- SINAES: Exame Nacional do Desempenho do Estudante - ENADE e Avaliação dos Cursos de Graduação - ACG;
- PROMED, PROSAÚDE, e outras Propostas de Avaliação do Ministério da Saúde;
- Propostas de Avaliação da Secretaria de Ensino Superior, Ciência e Tecnologia do Estado do Paraná - SETI/PR; e
- Programa de Apoio e Acompanhamento da Fundação Kellogg.

A avaliação externa foi realizada a partir dos resultados da avaliação interna, e de acordo com cada segmento que seria ouvido, definiram-se os instrumentos. Foram utilizados questionários, análise de relatórios e documentos, visitas *in loco*, com acompanhamento de comissão externa e participação em Exame Nacional.

O processo de avaliação externa foi iniciado em 2004 com a participação dos estudantes do curso no ENADE. Participaram 156 estudantes entre ingressantes e concluintes. A avaliação do curso (ACG) prevista no SINAES, até aquele momento não havia sido realizada pelo INEP/MEC, estando previsto apenas para o ano seguinte, conforme previa a Portaria nº 01 do MEC, de 10 de janeiro de 2007, que estabelecia o ciclo avaliativo do SINAES.

Em 2005, foi realizada a avaliação externa por iniciativa do Colegiado do Curso que encaminhou convite às seguintes instituições para comporem a comissão:

- Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM;
- Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior do Paraná – SETI/PR;

- Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina do Ministério da Saúde – PROMED/MS;
- Conselho Regional de Medicina; e
- Conselho Municipal de Saúde.

Apenas a SETI/PR não indicou representante. Os membros da comissão receberam o relatório da Avaliação Interna e demais documentos a respeito do curso, tais como o Projeto Pedagógico, Relatórios das Comissões de Apoio, Relatório do V Fórum do Curso, entre outros. Esse material foi entregue com um mês de antecedência à visita à UEL para conhecimento e análise dos resultados preliminares do processo de avaliação.

Em visita ao Curso de Medicina, em maio de 2005, os membros da Comissão participaram de reuniões com coordenadores e docentes do Curso, com docentes responsáveis pelos estágios do internato, e com estudantes de todos os anos do Curso; assistiram a uma reunião de grupo tutorial, visitaram laboratórios, salas de aula, a biblioteca, o hospital universitário e outras instalações utilizadas pelo Curso.

Com base na análise dos relatórios e nas observações feitas durante a visita, a Comissão Externa emitiu parecer sobre cada uma das dimensões do Curso, tendo como parâmetro uma sólida formação geral do médico, conforme preconizado pelas Diretrizes Curriculares vigentes à época.

### 5.3.3 Resultados

*A avaliação não se esgota em nenhum relatório interno ou externo, nem em um único e isolado olhar. Deve ser dinâmica e prospectiva, contínua e aberta, como a realidade que ela quer compreender e transformar (DIAS SOBRINHO, 1998b: 73).*

O Sistema Integrado de Avaliação do Curso de Medicina – SIAMed, possibilitou a identificação das potencialidades e fragilidades do Curso na visão de todos os segmentos envolvidos na formação do futuro médico, no

período de 2003-2005. Participaram do processo interno 1.115 pessoas entre professores, estudantes, funcionários técnico-administrativos, lideranças institucionais, ex-alunos, lideranças comunitárias, pacientes, profissionais de saúde e serviços de saúde.

Os resultados completos da Avaliação Interna, com as análises por segmento e por instrumento, encontram-se no Relatório da Avaliação Interna<sup>20</sup>, que foi elaborado em conjunto com o Grupo de Trabalho do SIAMed constituído pelo Colegiado do Curso de Medicina da UEL.

A Avaliação Externa foi realizada por membros da academia, de instituições governamentais, de associação nacional ligada à Educação Médica e da sociedade civil organizada. Os resultados completos encontram-se no Relatório da Comissão Externa<sup>21</sup>.

Após três anos de levantamentos, estudos e reflexões, obteve-se um diagnóstico completo do Curso. A percepção dos participantes permitiu uma visão abrangente e aprofundada, considerando os aspectos pedagógicos, estruturais e administrativos do Curso em todas as suas dimensões.

A partir da matriz de avaliação, construída coletivamente, que teve como referência as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2001, e permite uma análise em relação ao que se espera para um curso de medicina de qualidade, os resultados obtidos indicaram que o curso estava no caminho certo, mas também apontaram suas fragilidades.

Quando se pensa no conjunto, o curso foi bem avaliado pela comunidade interna e externa. De um modo geral, todas as dimensões, algumas mais outras menos, tiveram um bom desempenho na opinião das

---

20. Avaliação Interna do Curso de Medicina da UEL, 2003 - 2005. Sistema Integrado de Avaliação do Curso de Medicina da UEL – SIAMed. Colegiado do Curso de Medicina da UEL. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Londrina. 2005

21. Relatório da Avaliação Externa: Parecer da Comissão Externa de Avaliação do Curso de Medicina da Uel. Visita realizada em abril de 2005. Disponível no Colegiado do Curso de Medicina da UEL.

categorias envolvidas. Entretanto, quando são analisados indicadores em especial; atividades em separado; ou questões específicas dentro do processo de ensino-aprendizagem, os resultados são mais críticos e indicaram a necessidade de mudanças.

Em linhas gerais, a partir da avaliação interna, a comissão externa concluiu que o Projeto Pedagógico do Curso era inovador e que estava de acordo com as Diretrizes Curriculares. Havia planejamento do curso, gestão e avaliação continuados. O método adotado nos quatro primeiros anos estimulava o desenvolvimento da autonomia intelectual, o trabalho em equipe, a busca e a visão crítica das informações e o desenvolvimento de habilidades e atitudes. Estava presente uma visão biopsicossocial e uma formação ética e de responsabilidade social. A inserção dos alunos, em vários momentos do curso, na comunidade, foi apontada como um dos aspectos fortes do Curso. A Comissão considerou que o Projeto Político-Pedagógico deveria ser continuado, sendo, é claro, submetido sempre a avaliações para identificação e correção de problemas.

Os resultados referem-se aos dados coletados por meio das reuniões de avaliação, questionários e entrevistas, e do parecer da comissão externa, em uma abordagem quantitativa e qualitativa. Além disso, foram utilizados todos os documentos produzidos pelas comissões de apoio do Colegiado do Curso, preceptoria do internato e estudantes. Estes resultados já vinham subsidiando o trabalho do colegiado e das comissões de apoio do Curso.

#### **5.3.4 Meta-avaliação**

Por definição, a meta-avaliação ocorre após o término da avaliação, e é caracterizada dentro de uma abordagem somativa, ou seja, depois que todo o processo avaliativo já ocorreu. Nesse tipo de abordagem, são considerados os relatórios e também os bancos de dados coletados, a documentação analisada, registros feitos e depoimentos obtidos, enfim, todo o material disponível que retrate a avaliação desenvolvida. (DIAS SOBRINHO, 2003b).

Se caracteriza por ter a avaliação como objeto de interesse, ou seja, nada mais é do que a avaliação do próprio processo avaliativo. Representa a atitude contínua de reflexão sobre o processo avaliativo, que decorre da

necessidade do desenvolvimento constante de procedimentos de análise e crítica, visando aprimorar os mecanismos e os instrumentos utilizados na avaliação. Se faz necessária porque garante a efetividade social da avaliação e possibilita a redefinição de rumos pela gestão.

No SIAMed a meta-avaliação visa a retomada crítica do processo desenvolvido a partir dos resultados das avaliações interna e externa, com vistas às tomadas de decisões, em busca do aperfeiçoamento do Curso, por meio do desenvolvimento das seguintes etapas:

- Discussão dos processos internos e externos no âmbito da comunidade acadêmica;
- Reflexão sobre as potencialidades e as fragilidades do Curso, identificadas a partir dos processos avaliativos;
- Encaminhamento de propostas de mudança, tendo como pano de fundo o passado avaliado e o futuro projetado para o Curso; e
- Reexame das práticas avaliativas e adequação do Sistema de Avaliação.

Os resultados do SIAMed, bem como o acompanhamento sistemático da avaliação do processo de ensino-aprendizagem, foram objetos de discussão nas devidas instâncias acadêmicas e administrativas, com a participação de todos os envolvidos e ainda no Fórum de Avaliação do Curso de Medicina, contando com a participação efetiva de professores, estudantes e gestores. A partir daquele momento, foi possível refletir sobre uma visão de conjunto da evolução do curso e da percepção de todos a respeito dos pontos falhos e dos pontos positivos, permitindo o debate e aperfeiçoamentos constantes.

Os Relatórios da Avaliação do Curso foram encaminhados a todos os Departamentos envolvidos e para o Centro Acadêmico para conhecimento e análise. Foram objeto de discussão nas reuniões da Comissão de Avaliação, e da Comissão Organizadora do V Fórum do Curso, para análise mais detalhada e preparação das propostas de mudança que seriam debatidas no Fórum.

Os resultados do processo de avaliação do curso, realizado durante 2003 e 2005, e as sugestões do V Fórum do Curso, realizado em novembro de 2003, indicaram a necessidade de várias adequações no

projeto pedagógico do curso, indo desde a melhoria da infraestrutura até a reformulação do internato, passando pela necessidade de revisão de conteúdos, de procedimentos e processos. A gestão do Curso estava convencida da necessidade e da oportunidade das mudanças, entendendo que superavam em muito as dificuldades e as eventuais incompreensões decorrentes das transformações. No VI Fórum, realizado em novembro de 2005, a comunidade interna deu mais um passo importante consolidando o processo de mudança e aprovando as propostas que seriam assumidas pelo Colegiado para a necessária correção de rumos.

A proposição do Colegiado naquele momento foi de que algumas mudanças mais pontuais poderiam ser implementadas com as deliberações do Colegiado Pleno em torno do Projeto Pedagógico que se encontrava em vigência. Outras, por exigirem maior aprofundamento de análises e mais tempo de discussão, para permitir a efetiva participação dos professores e estudantes diretamente envolvidos, seriam tratadas nos próximos anos, na perspectiva de revisão e/ou reformulação do currículo integrado. (COLEGIADO, 2005b)

#### **5.4 O IMPACTO DO PROCESSO AVALIATIVO NO CURSO DE MEDICINA DA UEL**

*Existe a urgente necessidade de se identificar estratégias de transição para enfrentar novas demandas que a sociedade vem expressando e que, em síntese, são no sentido de que a universidade combine excelência técnica com relevância social. Afinal, repensar a educação médica implica, na medida em que as mudanças obtidas sejam relevantes, em também repensar a universidade, pois seu imobilismo pode ameaçar a sustentabilidade das próprias conquistas obtidas. (ALMEIDA, 1999: 84).*

Inicialmente, o que se pensou para desenvolver a proposta de avaliação do Curso de medicina da UEL, foi a realização de uma pesquisa participativa, envolvendo de forma representativa todos os atores que participam dessa realidade, visando aprimorá-la.



Essa modalidade de investigação sofre muitas críticas quanto ao seu *status* de cientificidade e quanto à fragilidade teórica de suas experiências, entretanto na área de educação e de gestão, sobretudo no campo da avaliação institucional, especialmente nos processos de autoavaliação e avaliação externa, cumpre uma função estratégica.

Do ponto de vista metodológico, analisando os procedimentos adotados no SIAMed, cumpriu-se todas as etapas desse tipo de investigação, segundo Minayo (2006: 163):

- (a) inter-relação de grupos com saberes diferenciados;
- (b) formulação de um quadro teórico referente ao problema para o qual se busca solução;
- (c) participação dos integrantes do processo em todas as fases de desdobramento do projeto;
- (d) socialização de todas as discussões sobre os dados; e
- (e) construção, em conjunto, de planos de ação, permitindo enfrentar e resolver com metas de curto, médio e longo prazo, os problemas diagnosticados.

Embora com a proposta de uma pesquisa participativa, desde o início pensou-se em combinar métodos quantitativos e qualitativos para atender à complexidade do objeto de estudo, garantindo a consistência dos resultados da avaliação. Como todo o processo era voltado para a construção das propostas de mudanças, entendidas como necessárias para o aprimoramento do curso, a ideia era que os grupos responsáveis pelas ações, no desenvolvimento do processo, se apropriassem da compreensão dos dados coletados e a partir destes, adquirissem os subsídios necessários para a implementação das mudanças.

Analisando o processo, e com mais elementos sobre a fundamentação teórico-metodológica da pesquisa, percebe-se que o estudo se aproximou muito da abordagem de Triangulação de Métodos segundo a compreensão de Schutz (1982):

*Uma dinâmica de investigação que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compressão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o projeto: seu desenvolvimento, as relações hierárquicas e técnicas, fazendo dele um construto. (Schutz, 1982 apud Minayo, 2006: 61)*

Segundo Minayo (2006), além da integração objetiva e subjetiva nos processos de pesquisa, esta proposta incluiu os atores contactados em campo, não apenas como objeto de análise, mas, principalmente, como sujeitos de autoavaliação, uma vez que foram introduzidos na construção do objeto de estudo. Para a autora, a proposta de triangulação depende de duas condições imprescindíveis:

1. Exigência de uma equipe formada por profissionais de várias áreas que desejam trabalhar cooperativamente; e
2. Competência disciplinar de cada componente do grupo.

A triangulação de métodos valoriza a qualificação, mas compreende a qualidade como indicador e parte da qualidade dos fenômenos, dos processos, dos sujeitos sociais, marcados por estruturas, relações e subjetividade. (MINAYO, 2006)

Operacionalmente, a triangulação de métodos pode ser desenvolvida em sete passos:

1. Formulação do objeto ou da pergunta referencial que vai guiar o processo;
2. Elaboração dos indicadores;
3. Escolha da bibliografia de referência e das fontes de informação;
4. Constituição dos instrumentos para coleta primária e secundária das informações;
5. Organização e realização do trabalho de campo;
6. Análise das informações coletadas; e
7. Elaboração do informe final.

Apesar de não conter todo o rigor científico, e ainda que não de forma intencional, o processo de avaliação do curso de medicina desenvolveu os sete passos previstos na abordagem da triangulação de métodos. Desde o início, a equipe formada para a realização da avaliação era multidisciplinar, envolvendo professores de várias áreas das ciências da saúde, professores com formação na área de avaliação, e com formação na área de estatística.

A questão inicial que motivava a todos, era a qualidade do curso, traduzida naquele momento na capacidade do currículo integrado em formar bons médicos. Naquele ano (2003), formava-se a primeira turma do novo currículo e era preciso conhecer melhor o *novo*.

O processo de mudança encontrava-se em crise e, antes de lutar por sua consolidação, fazia-se necessária uma ampla revisão do caminho trilhado até aquele momento. Era preciso rever a metodologia, os conteúdos, as práticas, os processos, a estrutura, a gestão, a capacitação, os cenários, as posturas, a avaliação, enfim, o modelo. Foi com esse propósito que se estruturou a proposta de avaliação.

Além do grupo central que coordenava o processo, houve o envolvimento de outros atores, alguns de modo mais efetivo, desde a concepção do projeto. A escolha do método, a abordagem, a estrutura dos instrumentos de avaliação, os indicadores, as fontes de informação, enfim, todas as propostas eram sempre discutidas com um grupo mais ampliado antes de serem colocadas em prática.

Assim que foi finalizada a elaboração do projeto de avaliação, contendo seus princípios, seus objetivos, suas fases, o planejamento das ações, seu cronograma e a proposta de utilização dos resultados, este foi divulgado amplamente para todos os envolvidos no curso, fazendo parte da etapa de sensibilização da comunidade interna para a realização da avaliação. Para a construção dos instrumentos, especialmente da Matriz de avaliação que embasava todo o projeto, houve a participação de um grupo significativo de docentes do curso, que interagiu de forma permanente com a coordenação, sugerindo, elaborando, criticando, trazendo contribuições teóricas e conceituais, testando e validando a proposta final de cada instrumento e do conjunto das ações.

A construção desses instrumentos favoreceu muito a discussão sobre o curso. Pensar no que perguntar a cada grupo de atores para construir a sua percepção sobre o curso, e pensar em como compreender cada uma dessas partes, que somadas deveriam representar o todo, exigiu o conhecimento de todos os integrantes do grupo sobre tudo o que dizia respeito ao curso. Foi um exercício interessante, de troca de vivências e saberes, já que por mais que cada um dominasse a sua parte no todo, muito pouco se conhecia sobre as outras partes. Além disso, era necessário conhecer de uma outra forma, que permitisse a compreensão do olhar do outro sobre sua parte, sobre cada parte, sobre o todo e sobre a interação no todo.

A construção dos indicadores exigiu o conhecimento aprofundado sobre o projeto pedagógico do curso e sobre as diretrizes curriculares da medicina. Mais do que isso, exigiu a compreensão dos processos e procedimentos acadêmicos, administrativos e operacionais utilizados no curso em todos os cenários: (a) das metodologias e estratégias utilizadas no processo ensino-aprendizagem, desde a construção do conhecimento, passando por sua aplicação, até a avaliação; (b) das dinâmicas institucionais e dos serviços de saúde para entender como funcionam a infraestrutura física e de apoio; (c) das políticas institucionais e dos programas de apoio que dão suporte ao curso seja em relação ao ensino, à capacitação, à pesquisa e pós-graduação, e à extensão; e (e) das relações entre academia, serviços e comunidade; enfim, exigiu o conhecimento do universo que integrava o curso de medicina para além da proposta curricular,

Segundo Minayo (2005), a elaboração de indicadores é um momento de fundamental relevância para o grupo, já que permite o alinhamento de conceitos, que geralmente estão na cabeça dos vários participantes, mas não têm o mesmo significado para todos: “Nomeá-los e torná-los mais claros para todos permite um estreitamento interdisciplinar e até transdisciplinar, na medida em que esses conceitos se tornam unidades construídas coletivamente e sob vários ângulos de consideração.” (MINAYO, 2005: 41)

Essa fase, também exigiu do grupo a compreensão coletiva da concepção de educação que permeia o processo de formação do curso, onde conceitos como competências, habilidades, currículo integrado, interdisciplinaridade,

integração básico-clínico, integração entre academia e serviços, educação permanente, mundo do trabalho, humanização, cidadania, entre outros, dizem muito mais do que o significado literal das palavras, e que quando transformados em práticas, produzem sentidos.

Para poder captar esse universo era preciso construir instrumentos que fossem capazes de traduzir a pluralidade do curso, e ao mesmo tempo, as suas especificidades; que fossem amplos sem ser genéricos; e que favorecessem o olhar interno e o olhar externo, o olhar acadêmico e o olhar comunitário.

Por esse motivo a escolha da abordagem qualitativa e quantitativa, na tentativa de abranger a complexidade do processo. Conforme relatado, foram construídos questionários específicos para cada segmento: (a) questionários sobre o curso como um todo, para lideranças institucionais, docentes, estudantes, funcionários, residentes, ex-alunos, e profissionais de saúde dos serviços; e (b) matriz de avaliação que contemplava todas as dimensões do curso e era preenchida nas reuniões de avaliação que favoreciam as discussões com cada segmento, de acordo com sua atuação no curso, incluindo além dos segmentos já citados, as lideranças comunitárias.

A organização do trabalho de campo também contou com a participação de mais docentes, funcionários e estudantes, estes mais na segunda etapa do projeto, inclusive participando de forma institucionalizada, a partir do credenciamento do projeto de avaliação como projeto de ensino na universidade.

Desde o início, foi adotada a estratégia de produzir informes avaliativos com o objetivo de informar a comunidade interna sobre as etapas realizadas, dando transparência ao processo, mantendo a avaliação sempre em foco, e motivando a participação permanente dos atores envolvidos. Além dos informes, foram utilizadas faixas para divulgar as reuniões de avaliação, e matérias de divulgação, algumas publicadas na mídia impressa local, e outras, no próprio boletim informativo do Curso, o *medicin@*.

De acordo com Minayo (2005), em um processo avaliativo, merece relevância a dinâmica de comunicação de resultados. "Durante o trabalho ou ao final dele é preciso valorizar a comunicação de informações, que

permita gerar mudanças, corrigir rumos, potencializar ações e intervenções e constituir um aprendizado para todos”. (MINAYO, 2005: 46).

Além do envolvimento do universo de professores, estudantes e funcionários do curso, foram envolvidas todas as Comissões de Apoio ao Colegiado do Curso, o Centro Acadêmico, os Departamentos, as demais instâncias institucionais, as lideranças institucionais, a Associação Médica local, ex-alunos, profissionais dos Serviços de Saúde da região, lideranças comunitárias, os Conselhos Municipal e Estadual, Associações Nacionais, pares de outras instituições, órgãos de fomento e órgãos de controle.

Ainda assim percebia-se que muitos atores da comunidade interna não se envolviam. A rotina cotidiana da universidade não favorece a interação. Os espaços físicos distantes; a excessiva carga de trabalho didático tanto para docentes quanto discentes; o trabalho nos hospitais; as tarefas administrativas acumuladas com os projetos de ensino, de pesquisa, de extensão, o trabalho na pós-graduação, a cobrança pela produção acadêmica, a cobrança pelos bons resultados nas provas, entre outras coisas, fazem parte de uma dinâmica muito rica, que passa a sensação de uma integração efetiva, mas que na prática não acontece.

Na área da saúde, isso se agrava quando consideramos o mundo do trabalho, onde a grande maioria dos docentes é antes de tudo, médico, e atua em seus consultórios, em clínicas, em hospitais, tendo uma dupla jornada de trabalho. Essas questões já interferiam no próprio desenvolvimento do curso, que desde a implantação do currículo integrado, prescindia de uma dedicação muito maior, principalmente por parte do corpo docente.

Em um processo de avaliação participativo, que exige o envolvimento efetivo dos atores, sem que deixem de executar suas demais atividades, exigindo uma dedicação extra, essa questão se explicita ainda mais. Pode-se dizer que a avaliação contou com a representação significativa dos segmentos, mas também pode-se dizer que uma parcela importante não se envolveu em momento algum. Entre uma atividade e outra, a avaliação ficava em segundo plano.

O período da coleta de dados foi muito interessante, particularmente as reuniões de avaliação, que movimentaram o curso. As reuniões foram

transformadas em agradáveis momentos de interação, e entre outras coisas, serviram para reforçar o quanto esses momentos são importantes. Serviram também para aproximar pessoas que há muito não se relacionavam, ou que nem mesmo se conheciam.

De outra parte, como essa não era uma prática constante, nem sempre as pessoas se sentiam à vontade para expressar suas opiniões. Apesar de ter sido feito todo um esforço de sensibilização sobre os objetivos da avaliação e de ter ficado claro desde o início a que fins serviriam os resultados, alguns se mostravam receosos de explicitar as questões consideradas mais críticas. Em relação aos questionários, foi obtido um retorno significativo de todos os segmentos, com exceção dos ex-alunos que o curso teve muitas dificuldades em contactar. O distanciamento dos ex-alunos, e a ausência de um cadastro atualizado foi uma das primeiras constatações do processo de avaliação.

Na fase seguinte, de sistematização e tratamento dos dados, o que mais demandou a equipe central foi a categorização e a sistematização das respostas às questões abertas dos questionários, o que precisava ser feito por quem entendia do assunto e estava envolvido no processo, sob pena de não compreender a essência das respostas, das críticas e/ou sugestões. O volume era grande e foi preciso um esforço extra e o envolvimento de mais pessoas. Este foi mais um momento intenso de troca de olhares e de percepções, que fortaleceu o processo de avaliação.

Naquele momento se configurou a escolha acertada da conjugação de dados quantitativos e qualitativos à medida que os consensos obtidos nas reuniões de avaliação eram confirmados nas estatísticas resultantes dos questionários aplicados separadamente a cada um dos segmentos. Ao mesmo tempo, aquilo que ficava indefinido na classificação do curso em um determinado nível, era melhor explicado nos depoimentos encontrados nas questões abertas.

Na sequência, um outro esforço foi necessário na análise dos resultados, interpretando a sistematização, os gráficos, as tabelas e os cruzamentos destes de forma a retratar com precisão a opinião dos envolvidos, e em seguida fazer a síntese para que os extensos relatórios se transformassem em interessantes informes avaliativos.

Foi mais um momento rico em trocas de olhares e experiências e principalmente de convivência, já que nesse período houve uma concentração do trabalho da equipe para cumprir o cronograma. Eram dias, noites, madrugadas e finais de semana dedicados ao SIAMed. Como proposto desde o início, a etapa da avaliação interna deveria estar concluída e seus resultados organizados e divulgados a tempo de subsidiar as discussões que ocorreriam durante o V Fórum do Curso, realizado em novembro de 2003. O projeto de avaliação fazia parte da estratégia de consolidação das mudanças introduzidas a partir da implementação do currículo integrado, que em função das resistências internas e das próprias dificuldades inerentes a um processo de mudança, estavam sendo questionadas.

Conhecer melhor os problemas e se organizar para superá-los, ainda que dessa forma as fragilidades do novo currículo se explicitassem, foi a escolha da gestão do curso naquele momento. Era preciso enfrentar a questão, fosse para avançar, fosse para retroceder. Até então, apesar de manter em andamento algumas iniciativas de avaliação, o novo currículo estava sendo acompanhado de forma empírica e desorganizada.

A avaliação realizada naquele período superou essa questão e além de resgatar, integrar e sistematizar todas as informações relativas aos inúmeros estudos e levantamentos internos e externos disponíveis até aquele momento introduziu novos elementos, ouviu outros atores, e documentou o processo, aprofundando sobremaneira a compreensão do curso como um todo, ampliando e ao mesmo tempo sintetizando e analisando as informações que subsidiaram a comunidade interna para decidir sobre os novos rumos.

A consulta feita à comunidade interna respaldava o enfrentamento da questão central que permeava as discussões acadêmicas em torno do currículo integrado: Retornar a uma proposta curricular tradicional ou se manter na proposta inovadora com metodologias ativas de ensino? Os resultados da avaliação, indicando o bom desempenho do curso, mais do que confirmaram que era um caminho sem volta. Mostraram claramente à comunidade interna aquilo que externamente era visível: os avanços do novo currículo na formação do médico, acompanhando as tendências de mudança da educação médica.



A partir do V Fórum, que aprovou a manutenção do projeto pedagógico em vigor, e assumiu o desafio de corrigir os problemas identificados, o currículo integrado saiu fortalecido. Enfim, seria possível tratar os problemas em um contexto mais favorável, onde estes passaram a ser entendidos como oportunidades de correção de rumos e não como obstáculos para impedir que se avançasse na construção da mudança.

Isso não significava que as coisas iam bem e a gestão do curso soube compreender o momento. Apesar de não abalarem a concepção do novo currículo, como alguns acreditavam, muitos eram os problemas identificados, e não se podia protelar as decisões tomadas no V Fórum. As propostas de mudança aprovadas se pautaram nas fragilidades identificadas no processo de avaliação e propunham o enfrentamento de questões essenciais que envolviam além da coordenação do curso, a administração do Centro de Ciências da Saúde e da própria Universidade. O Relatório do V Fórum<sup>22</sup>, com as propostas de mudança, foi encaminhado a todas as instâncias administrativas envolvidas no curso para que se pudesse avançar no processo de tomada de decisão.

Cabe destacar aqui a importância do cuidado no uso dos resultados da avaliação e na implementação das decisões tomadas. “Toda avaliação útil, ética e tecnicamente adequada, acompanha o desenrolar de uma proposta e subsidia a correção de rumos e a reorientação de estratégias de ação. Seu sentido ético alia-se a seu valor técnico e de responsabilidade social”. (MINAYO, 2005: 20)

Seguiu-se então uma nova fase, desenvolvendo as demais etapas previstas no SIAMed: Avaliação Externa e Acompanhamento da implementação das mudanças aprovadas.

Há que se registrar que nessa segunda etapa, o processo de avaliação arrefeceu consideravelmente. Não mais com uma consultoria e pessoal de

---

22. Relatório do V Fórum do Curso de Medicina da UEL. Colegiado do Curso, Centro de Ciências da Saúde – UEL. Londrina, 2003.

apoio permanentes, mas sob a coordenação da Comissão de Avaliação do Curso - CAVMed, que tem várias outras atribuições no desenvolvimento do mesmo, especialmente em relação à avaliação do processo de ensino-aprendizagem, as tarefas do SIAMed foram relegadas a um segundo plano. De forma inclusive natural, havia de se esperar que com a superação do momento de crise, ainda que de forma temporária, os atores mais envolvidos tinham que retomar suas outras funções na gestão do curso, sob pena de criarem novos problemas se as demandas sob sua responsabilidade não fossem cumpridas.

As próprias propostas de mudança aprovadas no V Fórum, para se efetivarem dependiam da ação desses mesmos atores. Mais uma vez ficou explícito o pequeno número de docentes comprometidos com as mudanças do currículo integrado que exigiam mais tempo e dedicação. E como as demais ações não podiam deixar de ser realizadas, o cronograma do processo de avaliação foi sendo adiado.

Continuou havendo uma participação importante da coordenação do processo de avaliação, e dos setores e segmentos envolvidos mais diretamente naquele momento, mas insignificante no universo do curso. Manteve-se a produção dos informes avaliativos, mas em volume bem menor. Foram 17 informes referentes à produção da primeira etapa da avaliação (agosto a novembro de 2003), e apenas 05 informes no período subsequente (dezembro de 2003 a agosto de 2004).<sup>23</sup>

A nova coordenação do Colegiado do curso tentou imprimir um ritmo à comissão de avaliação para manter a periodicidade bimensal dos informes, mas isso só se deu até agosto de 2004. Em função do acúmulo de tarefas do grupo gestor, apenas no final de 2004 é que foi possível estruturar a avaliação externa, concluindo os instrumentos de avaliação dirigidos à comunidade externa local (questionários sobre o desempenho dos estudantes para os

---

23. Informes Avaliativos do SIAMed. Colegiado do Curso de Medicina da UEL, Centro de Ciências da Saúde, UEL, 2003-2005. Disponível em [www.ccs.uel.br/informes/informes.asp](http://www.ccs.uel.br/informes/informes.asp)

profissionais de saúde e questionários para os pacientes); e propondo um novo cronograma para a realização da visita da comissão externa.

Apesar do envolvimento de novos participantes na aplicação dos questionários para a comunidade externa local (profissionais de saúde do AHC, do HU, das UBS, da Maternidade Municipal e demais Hospitais dos Serviços de Saúde do município; e pacientes atendidos pelos estudantes dos módulos de interação ensino, serviços e comunidade e do internato) no início de 2005, e do movimento positivo que causou principalmente no AHC e no HU com a participação voluntária efetiva das assistentes sociais, dos pacientes e de seus familiares, a avaliação realizada nesse segundo momento repercutiu muito pouco nos demais espaços do curso.

A sistematização e a análise dos resultados da segunda etapa mobilizaram novamente o grupo central, o pessoal de apoio e alguns docentes, mas a retomada do processo se deu por ocasião da elaboração do Relatório Final, essencial para a realização da avaliação pela Comissão Externa. Neste momento foram necessárias novas análises, novas reflexões e novas sínteses de forma a integrar todas as ações em um único documento que pudesse retratar o processo avaliativo e traçar um diagnóstico do curso.

A eficácia da avaliação externa para Dias Sobrinho (1998b) está ligada às condições produzidas no momento anterior, “ou seja, em grande parte depende da qualidade, utilidade e pertinência dos dados de base, ou ainda das condições que essa organização fatural apresenta para que sejam interpretadas e transformadas em juízos de valor e proposição operacionais”. (DIAS SOBRINHO, 1998b:73).

*Agentes externos colocam seus conhecimentos técnicos, suas experiências e suas competências éticas a serviço da melhoria das estruturas e dos processos do universo avaliado com a vantagem de oferecerem uma visão complementar não muito banhada das tensões do cotidiano e nas relações de poder daquela determinada universidade. (DIAS SOBRINHO, 1998b:73).*

Nessa perspectiva, a comissão externa teve uma atuação importante, não só visitando instalações, mas participando de atividades, ouvindo as

pessoas, fortalecendo o diálogo e a troca de experiências. Entre outros benefícios, a vinda da comissão foi salutar para reforçar a necessidade de aprofundar a avaliação do Internato do curso. Muitas questões haviam sido apontadas nos resultados da avaliação interna, mas existia uma dificuldade grande em enfrentá-las. Desde a implantação do currículo integrado, o internato, considerado modelo por grande parte do corpo docente, era tratado como uma questão à parte, como se não precisasse de mudanças para se adequar à nova concepção da educação médica presente no novo currículo. Dadas as resistências internas, foi-se protelando o debate sobre a separação entre as quatro primeiras séries e o internato, e sobre a urgente necessidade de se reavaliar o modelo, ainda muito centrado no hospital.

Essas questões foram muito enfatizadas pela comissão externa e favoreceram o reconhecimento da fragilidade pela comunidade interna, dando respaldo à gestão do curso para avançar na avaliação do internato, com desdobramentos importantes.

O curso foi muito bem avaliado no relatório final da Comissão Externa, confirmando os resultados da avaliação interna. Isso foi muito bem recebido pela comunidade acadêmica, considerando a representatividade dos membros da Comissão na educação médica e nas políticas de saúde tanto regionais quanto nacionais. A reafirmação viria depois com os resultados obtidos pelos estudantes do curso no Exame Nacional de Desempenho, o ENADE, um dos componentes da avaliação externa na perspectiva do SINAES, em comparação com outras escolas médicas.

Dando sequência ao processo, elaborou-se o informe final contendo a consolidação dos resultados da avaliação interna e da avaliação externa. A Edição Especial dos informes avaliativos foi publicada em agosto de 2005, exatamente quando o processo de avaliação completava dois anos.

Naquele momento estavam em andamento os preparativos do VI Fórum do curso, realizado em novembro de 2005. De posse do acúmulo de informações coletadas no decorrer da implantação do currículo integrado, dos resultados do processo de avaliação e com base em diálogos com professores e estudantes, o coordenador do curso elaborou uma Coletânea

de Pré-propostas<sup>24</sup> que, após incluídas as sugestões da comunidade interna, embasou as discussões do VI Fórum e propiciou a revisão do processo avaliativo.

Os resultados desse rico processo, amplamente discutidos e aprovados pela comunidade interna, foram traduzidos em propostas de ação que passaram a integrar os Planos de Ação da Comissão Executiva e das Comissões de Apoio do Colegiado para o biênio subsequente (2006-2008), e fortaleceram sobremaneira o processo de mudança vivenciado pelo curso.

Olhando para trás, e considerando segundo Minayo (2005, p. 36), “a avaliação um processo inacabado, no qual o ponto final provisório obedece a uma lógica de gestão da instituição que executa a intervenção”, esses dois anos de intenso vigor avaliativo, nada mais foram do que mais uma das etapas vivenciadas por um curso de graduação que exige um repensar permanente.

A avaliação institucional realizada permitiu a revisão do passado, o realinhamento do presente e a correção de rumos para o futuro, e deixou a certeza de que dela não se pode prescindir se o que se pretende é uma formação profissional de qualidade e que atenda aos anseios da sociedade contemporânea.

---

24. Coletânea de Pré-propostas para o VI Fórum do Curso de Medicina da UEL. Colegiado do Curso, Centro de Ciências da Saúde, UEL, 2005.

## CAPÍTULO VI

# O desempenho dos estudantes de medicina em Exame Nacional

Considerando o processo de avaliação vivenciado pelo Curso de medicina da UEL, que procurou acompanhar desde o início as transformações realizadas a partir da implementação do currículo integrado, o Exame Nacional de Desempenho do Estudante – ENADE, surgiu em um momento bastante oportuno.

Apesar do embasamento sólido que subsidiou as mudanças, da experiência qualificada do grupo que a sustenta, e do contexto mundial sinalizar para o mesmo caminho, a insegurança em relação aos resultados sempre se faz presente. A dúvida sobre a qualidade de tão precioso processo, a formação do médico com esse novo perfil, vinha sendo um fardo pesado que o grupo responsável pelas mudanças ainda carregava, ampliado enormemente pelas resistências internas.

O novo currículo favoreceu a integração da academia com os serviços e embora os dados já permitam a identificação de diferenças na postura

profissional dos novos estudantes, seja em relação à construção do conhecimento ou em relação ao atendimento ao paciente, conforme apontado por professores do Curso, pelos profissionais de saúde dos serviços, e pelos próprios pacientes ouvidos na avaliação interna<sup>25</sup>, os resultados efetivos só seriam conhecidos pela sociedade a médio e longo prazo.

Por esse motivo, era muito esperado o resultado do desempenho da primeira turma do novo currículo no Exame Nacional de Cursos - ENC, o Provão, apontado por muitos defensores do currículo anterior como o primeiro teste dos novos profissionais.

Ainda que se questione a concepção e os limites do ENC, apresentados anteriormente, um resultado semelhante ao obtido pelos estudantes formados pelo outro currículo poderia neutralizar os questionamentos dos mais resistentes. Entretanto, em função de problemas na entrega das provas de medicina em Londrina em 2003, ano em que se formava a primeira turma do novo currículo, o INEP não considerou os resultados obtidos pela UEL, já que grande parte dos formandos não pôde realizar a prova.

Embora os resultados do processo de avaliação iniciado em 2003 – avaliação interna, que ouviu a comunidade interna e a sociedade local e avaliação externa realizada por pares – tenham sido bastante positivos, são considerados muito subjetivos e, portanto, sempre questionados pelos mais céticos por limitarem as comparações.

Nesse sentido, o ENADE veio complementar o processo de avaliação do curso possibilitando inicialmente a comparação do desempenho dos estudantes formados pelo novo currículo com o desempenho de estudantes de outros cursos de medicina do país, e, posteriormente, a comparação do desempenho dos estudantes da UEL ao início e ao término do curso, conhecendo efetivamente o valor da formação oferecida durante sua trajetória na Universidade.

---

25. Avaliação Interna do Curso de Medicina da UEL, 2003 - 2005. Sistema Integrado de Avaliação do Curso de Medicina da UEL – SIAMed. Colegiado do Curso de Medicina da UEL. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Londrina. 2005

O curso já vinha realizando o Teste de Progresso desde 1998, utilizando a mesma prova para os estudantes de todas as séries. A experiência da UEL (Londrina-PR) e da FAMEMA (Marília-SP) foi analisada pela Diretoria de Estatísticas e Avaliação da Educação Superior – DEAES quando da elaboração do ENADE. O teste permitia o acompanhamento das turmas no desenvolvimento do novo currículo e vinha sendo aperfeiçoado com a participação de colaboradores das áreas de estatística e de avaliação, e pela troca de experiências com outras Instituições de Ensino Superior que passaram a aplicá-lo. Apesar de sua eficácia na verificação do progresso no conhecimento cognitivo dos estudantes no decorrer do curso, não fornecia dados suficientes para atestar a qualidade do curso em relação ao cenário nacional.

Mesmo com as imperfeições que a prova do ENADE pode apresentar como instrumento construído para medir a qualidade da formação profissional do médico, a concepção do Exame; a abrangência nacional; e a aplicação em diferentes momentos do curso; são elementos importantes que justificam a consideração de seus resultados.

Como parte integrante do SINAES, o ENADE também passou por diversas modificações desde sua criação, embora na essência, tenham sido mantidos os objetivos iniciais de aferir o desempenho dos estudantes em relação aos conteúdos programáticos previstos nas Diretrizes Curriculares de cada curso de graduação, visando a melhoria da qualidade do ensino. Em 2014, quando completou 10 anos, trouxe algumas inovações, em especial na obrigatoriedade de resposta ao Questionário do Estudante e o tempo mínimo de permanência do estudante na sala de aplicação da prova.

Nesse período, uma das mudanças mais significativas se deu em relação ao número de estudantes avaliados. Nos primeiros anos o ENADE utilizou-se de amostragem aleatória, garantindo a sua representatividade em relação à população de cada curso. Desde 2009 passou a ser realizado de forma censitária, tornando-se obrigatório a todos os concluintes dos cursos de graduação das áreas avaliadas a cada ano, proporcionando um panorama mais abrangente do desempenho dos estudantes.



Além disso ao longo do tempo foram sendo acrescentadas diferentes análises, incluindo novos relatórios nos resultados encaminhados às IES, tais como: a) desempenho das diferentes áreas na Prova de Formação Geral; b) análise do perfil dos coordenadores de curso; c) análise sobre a percepção de coordenadores de curso e de estudantes sobre o processo de formação ao longo da graduação, e d) análise do desempenho linguístico dos concluintes a partir das respostas discursivas na Prova de Formação Geral. Essas mudanças vieram no sentido de oferecer mais elementos para reorientar as ações pedagógicas e administrativas do curso e da Instituição.

Em 2015, houve uma inovação importante: o curso de graduação passou a ser uma unidade de análise dos resultados. Até 2015, a unidade de análise era a combinação de Área, IES e o município, sendo que se a IES oferecesse o mesmo curso em vários campi na mesma cidade, a nota era calculada de forma agregada. Já em 2019 os ingressantes, mesmo tendo a obrigatoriedade na inscrição, foram liberados da prova. Embora mantendo a série histórica, essas e outras alterações devem ser consideradas quando se compara os resultados de cada ciclo.

Nesse sentido, cabe ressaltar que a fundamentação a seguir foi elaborada com base nas publicações disponíveis até 2006, podendo haver diferenças em relação ao Exame aplicado atualmente. Isso se justifica tendo em vista que os resultados analisados e as conclusões apresentadas referem-se à sua primeira aplicação realizada em 2004, divulgados em 2005 pelo INEP, e, portanto, considerando a concepção, a metodologia de aplicação, e o modelo de prova e de análise utilizados na época.

## **6.1 EXAME NACIONAL DE DESEMPENHO DOS ESTUDANTES – ENADE**

Regulamentado pela Lei 10.861 e pela portaria MEC 2051<sup>26</sup> de 2004, como parte integrante do SINAES, o ENADE foi realizado pela primeira vez

---

26. Portaria nº 2.051, de 9 de julho de 2004 que regulamenta os procedimentos de avaliação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), instituído na Lei no 10.861, de 14 de abril de 2004.

em novembro de 2004:

*(...) com o objetivo de verificar as competências e habilidades básicas das áreas de conhecimentos sobre conteúdos básicos e profissionalizantes e, ainda, verificar o desempenho em questões transdisciplinares, envolvendo o conhecimento mais geral. (LIMANA e BRITO, 2005:11)*

Sendo aplicado aos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de graduação, com periodicidade trienal, o ENADE examina o desempenho de ingressantes e concluintes buscando evidenciar o que as Instituições de Ensino Superior podem agregar ao perfil cultural e profissional do estudante durante sua permanência na Instituição.

Apesar do ENADE corrigir uma questão importante em relação ao Exame anterior (ENC) que avaliava os estudantes de diferentes instituições ao final do curso, sem conhecer o nível de habilidade inicial que estes apresentavam, os indicadores de ganho somente poderiam ser plenamente conhecidos quando os ingressantes de um curso avaliado em 2004, prestassem o exame como concluintes três anos depois. Esse, segundo Limana e Brito (2005), era o conceito central do novo modelo: extrair indicadores de ganho.

Até lá, qualquer análise comparativa só se tornaria possível se partisse do pressuposto que o concluinte de hoje, ao seu ingresso, possuía o mesmo perfil que o ingressante atual.

*O aperfeiçoamento da nova proposta de exame pode permitir inferências confiáveis sobre o valor que as instituições de ensino agregam aos estudantes e que não era possível de ser feita no sistema de avaliação anterior. Esse aperfeiçoamento inclui avaliações sucessivas do processo de aprendizagem, que levem em consideração as habilidades iniciais dos estudantes como também as habilidades efetivas desenvolvidas por eles durante o curso, portanto uma avaliação multidimensional de mudanças educacionais. (...) mesmo avaliando apenas o início e o final do curso, esse último considerado como momento final de aprendizagem, essas medidas de mudança poderão orientar tomadas de decisões públicas e institucionais. (VENDRAMINI, 2005:30).*

De Sordi (2006: 96), vê o ENADE como “uma efetiva estratégia de resistência à lógica hegemônica no campo da avaliação, com forte potencial formativo e reflexivo, induzindo as IES ao aprendizado de uma outra cultura de avaliação e currículo, detentores de mais responsabilidade social”.

Para Araújo (2004),

*O ENADE surge como um dos instrumentos que apresenta maiores possibilidades na concretização das articulações entre os processos avaliativos e os processos de desenvolvimento das potencialidades dos sujeitos envolvidos, em especial, os estudantes. (ARAÚJO, 2004: 85)*

Considerando o avanço, embora com limitações, que sugere a medição do “valor agregado” ao estudante entre o ingresso e a conclusão do curso, faz-se necessário compreender melhor esse conceito. Para Pickering e Bowers (1990) apud Limana e Brito (2005: 17), “valor agregado é a diferença entre conhecimento e competências do estudante quando de seu ingresso na Educação Superior e o conhecimento e competências ao finalizar a graduação”, o que implica necessariamente no conhecimento prévio a respeito do estudante.

Segundo Limana e Brito (2005), a literatura apresentava poucos textos de pesquisa sobre o tema, que é um termo utilizado pela Economia e refere-se à diferença entre o preço final de um produto e o custo da matéria-prima necessária à sua produção. Na Educação, em geral, refere-se à contribuição dada pela escola no processo de formação do estudante, podendo ser entendido como um indicador de eficácia da escola.

*Medidas de mudanças educacionais, como as referentes ao valor agregado, pressupõem segundo a literatura educacional, que se avalie o conhecimento prévio a respeito do estudante. Espera-se que no final do curso o nível de habilidade efetiva dos estudantes, avaliada pelo desempenho observado em provas ou exames válidos para esse fim, atinja níveis mais elevados que no início do curso, indicando ganho para os alunos, curso e instituição. (VENDRAMINI, 2005: 30)*

Para esses autores, o conceito está bastante próximo do indicador de ganho proposto pela avaliação dinâmica, já que se pretende medir o desenvolvimento de competências. A avaliação dinâmica permite a medição do potencial de aprendizagem, considerando as especificidades culturais e do contexto onde o indivíduo está inserido.

*(...) O modelo de avaliação dinâmica do potencial de domínio da área considera a Educação como um processo de interação social, influenciado por variáveis de diferentes naturezas (...) Neste modelo a educação é entendida como uma prática social que pode dinamizar outros processos sociais, oportunizando a construção de uma sociedade inclusiva e cidadã. (LIMANA e BRITO, 2005: 20)*

A avaliação dinâmica, embora tenha sido desenvolvida a partir da necessidade de se avaliar o progresso de crianças com algum comprometimento - o que não era possível com os modelos tradicionais de avaliação - é bastante adequada à avaliação de competências e habilidades em qualquer situação, já que possibilita a identificação de razões do insucesso ou do sucesso do indivíduo no processo de ensino-aprendizagem.

Para Lidz (1991) apud Limana e Brito (2005: 21), “trata-se muito mais de uma abordagem diagnóstica adaptável a qualquer prática educacional servindo efetivamente como elemento fundamental na tomada de decisão na área educacional” focalizando o processo e não os produtos da aprendizagem. No caso do ENADE, além dos resultados obtidos por ingressantes e concluintes, são considerados os demais componentes do contexto institucional e social presentes durante a trajetória do estudante na universidade.

Considerado como sendo a transição entre o antigo sistema e o novo modelo, o ENADE, naquele ano, estava em construção. Para Limana e Brito (2005: 23), “a educação, entendida como um fator de mudança social, demanda tempo para mudar concepções e principalmente, atitudes”. Mesmo considerando os limites apresentados em relação à comparação entre ingressantes e concluintes neste primeiro momento, os resultados do

ENADE podem demonstrar se o estudante desenvolveu ou não algumas habilidades, se é capaz de trabalhar os conceitos aprendidos, e, ainda, se é capaz de usar o conhecimento para seu desenvolvimento.

Elaborado de modo a refletir “o que o sujeito é capaz de fazer com o conhecimento aprendido na escola e não apenas “o que e quando” ele aprendeu” (LIMANA e BRITO, 2005: 19) o ENADE tem por objetivo aumentar o entendimento a respeito do estudante inserido em um contexto educacional específico, buscando verificar se ocorrem mudanças que possam ser atribuídas à trajetória do estudante na instituição, ou seja, o “valor agregado” neste período.

Além disso, permite analisar o desempenho dos estudantes em comparação com a própria área, de acordo com os interesses das instituições.

### 6.1.1. A prova do ENADE

Em relação a outras avaliações realizadas, a prova apresentava características diferenciadas abrangendo amplamente o currículo de cada curso e investigando temas contextualizados e atuais, problematizados em forma de estudo de caso, situações-problema, simulações e outros.

*A prova tem por objetivo aferir o desempenho dos estudantes em relação aos conteúdos programáticos previstos nas diretrizes curriculares dos respectivos cursos de graduação, às suas habilidades para ajustamento às exigências decorrentes da evolução do conhecimento e às suas competências para compreender temas anteriores ao âmbito específico de sua profissão ligados à realidade brasileira e mundial e a outras áreas do conhecimento, contribuindo assim para a avaliação dos cursos de graduação. (BRASIL, 2005b: 09)*

É composta de duas partes: a) Formação Geral, comum a todas as áreas, abrangendo competências, habilidades e conhecimentos gerais, visando um

profissional ético, competente e comprometido com a sociedade em que vive onde as habilidades consideradas são: análise, síntese, crítica, dedução, construção de hipóteses, estabelecimento de relações, comparação, detecção de contradições, decisão, organização, trabalho em equipe e administração de conflitos; e b) Componente Específico, contemplando as especificidades de cada área no que diz respeito ao domínio do conhecimento e as habilidades e competências relativas ao perfil profissional desejado.

As questões da parte de Formação Geral (comuns a todos os cursos) visam avaliar as habilidades de o aluno: (a) construir argumentos buscando explicar um determinado fato; e (b) opinar, posicionando-se de forma coerente e coesa em relação a um tema polêmico, por meio de um texto gramaticalmente correto. (BRASIL, 2005c: 51)

Já o Conteúdo Específico, baseia-se nas diretrizes curriculares de cada área que explicitam as habilidades e conhecimentos necessários ao pleno exercício da profissão e da cidadania, considerando as competências gerais, nos seus diferentes graus de complexidade, a capacidade para tomar decisões, comunicar-se, liderar, administrar e atuar de forma competente e responsável. Os referenciais para a elaboração das questões específicas de cada área, são elaboradas por bancas de especialistas.

Cada parte da prova contém questões objetivas de múltipla escolha e questões discursivas. Ao todo são 40 (quarenta) questões, sendo 10 (dez) de formação geral, comum a todas as áreas, e 30 (trinta) do componente específico de cada área, sendo de baixa, média e alta complexidade para contemplar diferentes momentos da trajetória acadêmica, de forma a ser respondida por ingressantes e concluintes. (BRASIL, 2005b)

*Construído por especialistas das diversas áreas do conhecimento, ele toma por base não o perfil do concluinte, mas o perfil do curso. Suas perguntas não estão concentradas no ponto de chegada, mas sobre a trajetória do estudante, tal qual prevista nas diretrizes curriculares nacionais. Este perfil envolve habilidades, competências e saberes no seu cruzamento com os conteúdos aos quais os estudantes devem ser expostos durante a*

*sua trajetória acadêmica. (...) O ENADE se preocupa com conteúdos de todo o espectro das diretrizes curriculares e não apenas com conteúdos profissionalizantes. (PACHECO e RISTOFF, 2005: 49)*

*Por contemplar diferentes momentos da trajetória acadêmica do estudante, o ENADE é composto por questões de baixa, média e alta complexidade, podendo ser respondido por ingressantes e concluintes. Isto permite aos concluintes uma revisão dos conteúdos estudados durante todo o curso e aos ingressantes perceberem o quanto sabem e o quanto ainda não sabem dos conteúdos aos quais serão expostos durante o curso. (PACHECO e RISTOFF, 2005: 49)*

O Exame é aplicado aos estudantes selecionados pelo INEP a partir da listagem enviada pelas IES contendo a relação de ingressantes e concluintes. Considera-se *ingressante* o estudante que tenha cumprido de 7 a 22% da carga didática mínima do curso em questão até a data de início das inscrições para o ENADE, e *concluinte* aquele que tenha cumprido pelo menos 80% dessa carga didática até a mesma data.

A nota do curso no ENADE, representada por um conceito ordenado em uma escala de cinco níveis (1 a 5), é determinada por três variáveis: a) o desempenho dos alunos concluintes no componente específico que representa 60%; b) o desempenho dos alunos ingressantes no componente específico que representa 15%; e c) o desempenho dos alunos concluintes e ingressantes na formação geral representando 25%. A Formação Geral tem peso 1 (um) e o Componente Específico, peso 3 (três). O cálculo das notas dos cursos que tem como base o conceito estatístico chamado “afastamento padronizado” (AP), é detalhado no Resumo Técnico do ENADE 2004.<sup>27</sup>

Os resultados da avaliação do desempenho dos estudantes, de cada um dos cursos no ENADE, expressos por meio desses conceitos, têm por base

---

27. Fórmulas estatísticas utilizadas nas análises. Resumo Técnico: ENADE 2004. Anexo 1 – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP/MEC 2005 p. 55 a 60.

os padrões mínimos estabelecidos por especialistas das diferentes áreas do conhecimento.

Cabe ressaltar que o resultado obtido pelos estudantes de uma Instituição não representa a nota do curso em questão, mas apenas um dos componentes desta, que será obtida quando da avaliação *in loco* por comissões de especialistas, conforme previsto no SINAES. (BRASIL, 2005b)

### 6.1.2 A prova da área de Medicina - ENADE 2004

A prova do curso de medicina foi elaborada pela Comissão Assessora de Avaliação da área<sup>28</sup> vinculada à Diretoria de Estatística e Avaliação da Educação Superior (DEAES), do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP).

Em relação ao componente específico, a prova teve os seguintes objetivos (BRASIL, 2005c):

- Verificar a aquisição de competências e habilidades necessárias ao pleno exercício da profissão e da cidadania;
- Contribuir para a melhoria da qualidade e o contínuo e permanente aperfeiçoamento da aprendizagem;
- Subsidiar as reflexões críticas visando à melhoria do processo de ensino aprendizagem; e
- Consolidar o processo de avaliação do estudante como parte do programa de avaliação institucional do SINAES.

Tomou como referência a graduação como etapa fundamental no processo permanente de formação do médico:

*O graduando deverá, portanto, apresentar o seguinte perfil: formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar pautando-*

---

28. Portaria INEP nº67, de 3 de junho de 2004, publicada no Diário Oficial de 7 de junho de 2004, seção 2, pág. 14.



*se 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 social e compromisso com a cidadania, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania e como promotor da saúde integral do ser humano. (BRASIL, 2005c: 2-3).*

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina em 2001<sup>29</sup>, no componente específico a prova procurou avaliar as seguintes competências e habilidades: valores profissionais; atitudes; comportamento e ética; habilidades de comunicação; fundamentos médicos; habilidades clínicas; saúde coletiva e sistema de saúde; e gerenciamento da informação e raciocínio crítico.

As questões discursivas do Conteúdo Específico visam avaliar habilidades inerentes à atuação do profissional, que deve buscar exercer sua prática médica com excelência, altruísmo, responsabilidade, compaixão, empatia, honestidade, integridade, compromisso aos métodos científicos e disponibilidade de prestar contas dos atos cometidos, para benefício dos pacientes, da profissão e da sociedade em geral. (BRASIL, 2005c: 51)

A parte referente ao Componente Específico da Prova foi composta de 20 (vinte) questões de múltipla escolha e 10 (dez) questões dissertativas, sendo 7 (sete) de saúde coletiva, 4 (quatro) de cirurgia, 6 (seis) de ginecologia e obstetrícia, 8 (oito) de clínica médica e 5 (cinco) de pediatria.

## **Análise das questões do Componente Específico da prova do ENADE**

### **a) Questões de Múltipla Escolha do Componente Específico**

Para favorecer a análise dos resultados do Componente Específico, o

---

29. Resolução CNE/CES nº 4 de 7 de novembro de 2001 que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, publicada no D.O.U. em 9 de novembro de 2001.

INEP/MEC aplicou os índices de facilidade e de discriminação nas questões de múltipla escolha do Componente Específico. O índice de facilidade das questões de múltipla escolha é obtido por meio do cálculo da proporção de acertos na questão. Varia de 0 (quando nenhum aluno acerta) a 1 (quando todos acertam), sendo que quanto mais próximo de 1, maior a facilidade dos alunos em resolver a questão, conforme demonstrado na Tabela a seguir.

**TABELA 1** - Classificação das Questões de Múltipla Escolha do Componente Específico segundo o índice de Facilidade - ENADE/2004 – Medicina.

ÍNDICE DE FACILIDADE	CLASSIFICAÇÃO	QUESTÕES
$\geq 0,86$	Muito fácil	9, 10
0,61 a 0,85	Fácil	15, 24, 28
0,41 a 0,60	Médio	19, 25
0,16 a 0,40	Difícil	11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 26, 27
$\leq 0,15$	Muito Difícil	

FONTE: MEC/INEP/DEAES – ENADE 2004.

As questões específicas de múltipla escolha da prova de Medicina em 2004 foram consideradas: muito fáceis (2), fáceis (3), de nível médio (2), difíceis (13). Nenhuma questão foi considerada muito difícil. Assim, não há uma distribuição equilibrada, tendo em vista que, das 20 questões, 13 foram classificadas como difíceis. (BRASIL, 2005c: 38)

O Índice de Discriminação mede a capacidade de uma questão em separar alunos com melhor desempenho na prova (grupo superior) daqueles com pior desempenho (grupo inferior). Questões classificadas como muito fáceis (todos ou quase todos acertam) ou muito difíceis (todos ou quase

todos erram), em geral, têm baixo índice de discriminação. As questões que melhor discriminam são as que possuem índice de facilidade próximo a 0,5. Quando o índice de discriminação é negativo, isso significa que houve mais acertos no grupo inferior do que no superior. Nesse caso, provavelmente, a questão apresenta defeitos em sua construção, embora não se possa descartar a ocorrência de falhas no processo de ensino-aprendizagem. (BRASIL, 2005c: 38)

A Tabela a seguir apresenta a classificação das questões de múltipla escolha do Componente Específico, de acordo com o seu índice de discriminação.

**TABELA 2** - Classificação das Questões de Múltipla Escolha do Componente Específico segundo o índice de Discriminação (Ponto Bisserial) - ENADE/2004 - Medicina

ÍNDICE DE DISCRIMINAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	QUESTÕES
$\geq 0,40$	Muito Bom	9, 10, 13, 15, 16, 20, 22, 23, 25, 27, 28
0,30 a 0,39	Bom	11, 17, 18, 19, 24, 26
0,20 a 0,29	Médio	
$\leq 0,19$	Fraco	12, 14, 21

FONTE: MEC/INEP/DEAES – ENADE 2004.

As questões específicas de múltipla escolha da prova de Medicina apresentam índice de discriminação: muito bom (11), bom (6), e fraco (3). As 3 (três) questões que apresentarem índice de discriminação fraco não foram aproveitadas no cálculo das notas dos alunos: questões 12, 14 e 21 sendo 2 (duas) de cirurgia e 1 (uma) de clínica médica. Nenhuma questão teve índice de discriminação médio. De acordo com essa classificação, as questões, em sua grande maioria, foram capazes de separar os alunos

pertencentes ao grupo superior daqueles pertencentes ao grupo inferior. (BRASIL, 2005c: 39)

Combinando a opinião dos estudantes de medicina do país, e o resultado da aplicação do índice de discriminação das questões, foi elaborado o quadro apresentado a seguir, identificando as áreas principais a que se refere cada questão.

**QUADRO 2** - Conteúdo Específico - Questões Objetivas do Componente Específico da prova de Medicina do ENADE 2004

QUESTÃO	ÁREA	ÍNDICE DE FACILIDADE	ÍNDICE DE DISCRIMINAÇÃO
09	Saúde Coletiva	Muito Fácil	MB
10	Saúde Coletiva	Muito Fácil	MB
11	Saúde Coletiva	Difícil	Bom
12*	Cirurgia	Difícil	Fraco
13	Saúde Coletiva	Difícil	MB
14*	Cirurgia	Difícil	Fraco
15	GO	Fácil	MB
16	GO	Difícil	MB
17	GO	Difícil	Bom
18	GO	Difícil	Bom
19	Clínica Médica	Médio	Bom
20	Clínica Médica	Difícil	MB
21*	Clínica Médica	Difícil	Fraco
22	Clínica Médica	Difícil	MB
23	Pediatria	Difícil	MB
24	Clínica Médica	Fácil	Bom
25	Pediatria	Médio	MB
26	Pediatria	Difícil	Bom
27	Saúde Coletiva	Difícil	MB
28	Cirurgia	Fácil	MB

\* As questões 12, 14 e 21, não foram consideradas para o cálculo das notas dos alunos.

### b) Questões Discursivas do Componente Específico

São 10 (dez) as questões discursivas do conteúdo específico, sendo 2 (duas) de saúde coletiva, (3) três de clínica médica, 2 (duas) de cirurgia, (duas) de pediatria, e 1 (uma) de cirurgia e obstetrícia. A classificação das áreas se deu em função do foco principal da questão, já que a maioria delas integra conteúdo de várias áreas, e procura levar o estudante a refletir sobre a prática médica, utilizando seus conhecimentos e suas habilidades.

Identificou-se uma grande dispersão no desempenho dos estudantes nas questões discursivas, evidenciando a grande heterogeneidade do grupo. Diferentemente das questões de múltipla escolha, as questões discursivas do componente específico identificam mais claramente as diferenças de desempenho entre ingressantes e concluintes. Apresenta-se a seguir o quadro contendo as questões, as principais áreas e habilidades aferidas.

**QUADRO 3** - Conteúdo Específico – Questões Discursivas do Componente Específico da prova de Medicina do ENADE 2004.

QUESTÃO	ÁREA	PRINCIPAIS HABILIDADES AFERIDAS
3	Saúde Coletiva	Compreender os princípios do sistema de saúde e analisar os mecanismos que determinam o acesso, a equidade, a eficácia e a qualidade do cuidado em saúde.
4	Saúde Coletiva	Procurar, coletar, organizar e interpretar informações relacionadas à saúde, de modo crítico e analítico, utilizando bases de dados e fontes diferentes.
5	Ginecologia e Obstetrícia	Aplicar os conhecimentos da epidemiologia, economia e gerência da saúde na atenção primária; Conhecer determinantes do processo saúde-doença da população relacionadas ao estilo de vida, genética, demografia, ambiente, cultura e condições sociais e econômicas; Conhecer o perfil epidemiológico de saúde local, regional e nacional, incluindo as tendências de morbidade e mortalidade, do impacto da migração e de fatores ambientais na saúde.

QUESTÃO	ÁREA	PRINCIPAIS HABILIDADES AFERIDAS
6	Clínica Médica	<p>Reconhecer as questões éticas e médicas relativas à documentação, prontuário, plágio e propriedade intelectual; Comunicar-se eficazmente de forma verbal e não-verbal, desenvolvendo e mantendo registros médicos adequados; Utilizar os fundamentos da estrutura e funções do corpo humano na avaliação clínica e complementar; Aplicar os procedimentos diagnósticos clínicos e complementares necessários para interpretar os achados, e para definir a natureza do problema; Reconhecer as condições mórbidas que podem implicar em risco de morte; Utilizar apropriadamente recursos humanos, intervenções diagnósticas, modalidades terapêuticas e infraestrutura física de apoio.</p>
7	Clínica Médica	<p>Utilizar os fundamentos da estrutura e funções do corpo humano na avaliação clínica e complementar; Avaliar os efeitos das intervenções relevantes de caráter social, psicológica e clínico-cirúrgica na doença, na reabilitação e nos cuidados no final da vida; Executar estratégias diagnósticas e terapêuticas apropriadas para manutenção da vida, utilizando os princípios da medicina baseada em evidências; Desenvolver o julgamento clínico para estabelecer diagnósticos e terapias; Reconhecer as condições mórbidas que podem implicar em risco de morte; Utilizar apropriadamente recursos humanos, intervenções diagnósticas, modalidades terapêuticas e infraestrutura física de apoio.</p>
8	Ginecologia e Obstetrícia	<p>Promover, proteger e realçar a busca da excelência, o altruísmo, a responsabilidade, a compaixão, a empatia, disponibilidade de prestar contas dos atos cometidos, honestidade e integridade, e compromisso aos métodos científicos para o benefício dos pacientes, da profissão e da sociedade em geral; Reconhecer que a boa prática médica depende da compreensão e do relacionamento com o paciente e a família respeitando-se a diversidade cultural, crenças e autonomia; Aplicar para a tomada de decisão os aspectos morais, éticos, legais e profissionais.</p>

QUESTÃO	ÁREA	PRINCIPAIS HABILIDADES AFERIDAS
9	Clínica Médica	<p>Sintetizar as informações relevantes sobre os problemas apresentados; Explicar as alterações mais prevalentes do comportamento humano; Aplicar os conhecimentos dos princípios da ação e uso dos medicamentos; Aplicar os procedimentos diagnósticos clínicos e complementares necessários para interpretar os achados, e para definir a natureza do problema; Executar estratégias diagnósticas e terapêuticas apropriadas para manutenção da vida, utilizando os princípios da medicina baseada em evidências; Utilizar apropriadamente recursos humanos, intervenções diagnósticas, modalidades terapêuticas e infraestrutura física de apoio.</p>
10	Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia	<p>Sintetizar as informações relevantes sobre os problemas apresentados; Interagir com outros profissionais envolvidos nos cuidados com o paciente, por meio de trabalho em equipe; Demonstrar habilidades e atitudes para ensinar / aprender junto aos membros da equipe de saúde; Avaliar os determinantes e fatores de risco importantes aos agravos da saúde e sua interação com o ambiente físico e social; Conhecer os mecanismos moleculares, celulares, bioquímicos e fisiológicos que mantêm a homeostase; Aplicar os conhecimentos dos princípios da ação e uso dos medicamentos; Reconhecer as condições mórbidas que podem implicar em risco de morte; Utilizar apropriadamente recursos humanos, intervenções diagnósticas, modalidades terapêuticas e infraestrutura física de apoio.</p>

QUESTÃO	ÁREA	PRINCIPAIS HABILIDADES AFERIDAS
11	Pediatria	<p>Discutir os possíveis planos de ação considerando as prioridades do indivíduo e da comunidade; Avaliar os determinantes e fatores de risco importantes aos agravos da saúde e sua interação com o ambiente físico e social; Explicar a etiologia e a história natural das doenças mais prevalentes no Brasil; Aplicar os conhecimentos da epidemiologia, economia e gerência da saúde na atenção primária. Aplicar os conhecimentos dos princípios da ação e uso dos medicamentos; Fazer anamnese incluindo aspectos do contexto de vida: econômicos, sociais e ocupacionais; Aplicar os procedimentos diagnósticos clínicos e complementares necessários para interpretar os achados, e para definir a natureza do problema; Conhecer determinantes do processo saúde-doença da população relacionada ao estilo de vida, genética, demografia, ambiente, cultura e condições sociais e econômicas.</p>
12	Pediatria	<p>Reconhecer as questões éticas e médicas relativas à documentação, prontuário, plágio e propriedade intelectual; Sintetizar as informações relevantes sobre os problemas apresentados; Utilizar os fundamentos da estrutura e funções do corpo humano na avaliação clínica e complementar; Aplicar os conhecimentos dos princípios da ação e uso dos medicamentos; Avaliar os efeitos das intervenções relevantes de caráter social, psicológica e clínico-cirúrgica na doença, na reabilitação e nos cuidados no final da vida.; Executar estratégias diagnósticas e terapêuticas apropriadas para manutenção da vida, utilizando os princípios da medicina baseada em evidências; Reconhecer as condições mórbidas que podem implicar em risco de morte; Utilizar apropriadamente recursos humanos, intervenções diagnósticas, modalidades terapêuticas e infraestrutura física de apoio; Organizar e manter os registros de sua prática médica para fins de avaliação, melhoria e divulgação.</p>



### 6.1.3 Evidência de validade das provas do ENADE

Considerando os objetivos do ENADE no que diz respeito à influência dos cursos nos quais os estudantes estão inseridos, ocorridas durante sua trajetória, e também as diferenças dessa influência entre instituições que oferecem o mesmo curso, buscou-se na literatura estudos sobre a validade das interpretações que poderiam ser feitas a partir dos dados do ENADE.

Primi (2005), realizou um trabalho específico com os resultados do ENADE 2004 analisando uma amostra de 106.936 estudantes que responderam a pelo menos uma das partes da prova. A análise dos dados foi feita pelo emprego de duas ANOVAs fatoriais, uma delas considerando o escore global na Formação Geral e a outra, o escore global no Componente Específico. O estudo teve como variáveis independentes o estudante, o nível de desempenho e o curso; e, como variável dependente, o desempenho no ENADE.

Para tanto, baseou-se nos procedimentos de pesquisa de validade dos testes propostos pela *American Educational Research Association*, *American Psychological Association*, *National Council on Measurement in Education* (1999), que podem ser divididos em cinco categorias, conforme apresentado no quadro a seguir:

**QUADRO 4** - Procedimentos de pesquisa de validade dos testes propostos pela *American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education* (1999).

EVIDÊNCIA	DEFINIÇÃO
Evidências baseadas no conteúdo	Levanta dados sobre a representatividade dos itens do teste investigando se eles consistem em amostras abrangentes do domínio que se pretende avaliar com o teste.
Evidências baseadas nas relações com outras variáveis	Levanta dados sobre os padrões de correlação entre os escores do teste e outras variáveis medindo o mesmo construto ou construtos relacionados (convergência) e com variáveis medindo construtos diferentes (divergência). Também traz dados sobre a capacidade preditiva do teste de outros fatores de interesse direto (critérios externos) que possuem importância por si só e associam-se ao propósito direto do uso do teste (por exemplo, sucesso no trabalho).
Evidências baseadas na estrutura interna	Levanta dados sobre a estrutura das correlações entre itens avaliando o mesmo construto e também as correlações entre subtestes avaliando construtos similares.
Evidências baseadas no processo de resposta	Levanta dados sobre os processos mentais envolvidos na realização das tarefas propostas pelo teste.
Evidências baseadas nas consequências da testagem	Examina as consequências sociais intencionais e não intencionais do uso do teste para verificar se sua utilização está surtindo os efeitos desejados de acordo com o propósito para o qual foi criado.

Fonte: PRIMI, 2005.

O objetivo do estudo foi buscar evidências de validade da prova para detectar diferenças de desempenho entre ingressantes e concluintes e detectar variações na magnitude dessa diferença que, potencialmente, poderia ser atribuída aos cursos. O estudo estabeleceu duas suposições: a) que, de maneira geral, os concluintes têm desempenho maior que os ingressantes e b) que as diferenças concluintes-ingressantes, favoráveis aos concluintes, são maiores nos cursos com conceito 5 do que nos cursos com conceito 4, e assim por diante.

Cabe ressaltar que a estratégia do estudo foi a de interpretar as diferenças ingressantes-concluintes como indícios de mudança, não sendo possível estabelecer asserções conclusivas, já que para isso seria necessário coletar dados de avaliações sucessivas do mesmo estudante produzindo dados longitudinais e não dados transversais como foi o caso do ENADE em 2004, avaliando ingressantes e concluintes no mesmo ano. Foram verificadas as configurações de associações entre desempenho e as variáveis “momento da formação” e “nível de desempenho do curso”, mais especificamente, as correlações com a variável de grupo “momento” com dois níveis correspondentes a dois grupos, cada qual em um momento de percurso acadêmico.

Primi (2005) concluiu que principalmente na parte do Componente Específico, foi possível observar os padrões esperados, em relação à validade do ENADE, para indicar as diferenças entre ingressantes e concluintes e também para verificar diferenças relacionadas à qualidade dos cursos. É com esse objetivo que se analisou os resultados obtidos pelos estudantes de medicina no ENADE 2004.

## **6. 2 RESULTADOS DO ENADE 2004 – MEDICINA**

### **6.2.1 O desempenho dos estudantes de Medicina frente a outras áreas de conhecimento**

Na primeira versão do ENADE realizada em 2004, foram avaliadas 13 áreas do conhecimento: Agronomia, Educação Física, Enfermagem,

Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Zootecnia.

Participaram 143.170 estudantes, sendo 85.056 ingressantes e 58.114 concluintes, de 2.184 cursos de graduação. Essa amostra representava o universo de 250.287 estudantes das áreas em questão.

A área de medicina representava 7,35% desse total, somando 18.389 estudantes. Destes, 8.564 participaram do ENADE, sendo 4.898 ingressantes e 3.666 concluintes. Dos 120 cursos participantes, 52% (63) eram oferecidos por instituições privadas, 30% (35) eram federais, 14% (17) estaduais e 4% (5) municipais. (BRASIL, 2005c)

Os resultados obtidos por ingressantes e concluintes dos cursos de medicina encontram-se no Relatório Síntese da Área<sup>30</sup>. De acordo com o Relatório, o desempenho dos estudantes é melhor na Formação Geral do que no Componente Específico.

Tanto na Formação Geral quanto no Componente Específico, as maiores médias da área de medicina estavam na Região Sul, onde o curso de medicina da UEL está localizado. A Região Sul também concentrou o maior número de conceitos 5 e não teve nenhum curso com conceito entre 1 e 3. No estado do Paraná, todos os cursos de medicina obtiveram conceito 5.

Em relação à formação geral, parte do Exame em que se pode comparar o desempenho dos estudantes de diferentes áreas, já que todos fazem a mesma prova, os resultados são bastante desiguais. Alguns cursos apresentaram desempenho muito fraco, variando entre 25 e 30% de acerto. Já a medicina apresentou os melhores resultados, com média nacional de 54,7 considerando ingressantes e concluintes. Nos relatórios apresentados pelo INEP/MEC, são feitas algumas comparações entre ingressantes e concluintes, e para analisá-las não se pode desconsiderar as limitações já apresentadas.

---

30. Relatório Síntese – Medicina – ENADE 2004. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – DEAES/INEP/MEC e Fundação CESGRANRIO. Brasília, DF, 2005.

Na Formação Geral, o desempenho dos ingressantes do curso de medicina (53,5) é maior do que o desempenho dos concluintes de todos os demais cursos (a segunda melhor média é 46,0). A diferença entre o resultado de ingressantes e concluintes da medicina na Formação Geral é de apenas 3 pontos percentuais, indo de 53,5 para 56,3. Se de um lado esse resultado poderia indicar que a formação na área médica acrescenta pouco em relação aos conhecimentos gerais, de outro reforça a importância e a qualidade da preparação de seus estudantes desde que ingressam no curso, obtendo desde então, resultados melhores do que os concluintes de todos os demais cursos, conforme Tabela a seguir.

**TABELA 3** - Média dos Estudantes na Formação Geral segundo as áreas avaliadas – ENADE 2004

ÁREA	FORMAÇÃO GERAL	
	INGRESSANTE	CONCLUINTE
Agronomia	33,6	40,8
Educação Física	29,4	34,8
Enfermagem	33,5	39,7
Farmácia	35,4	42,5
Fisioterapia	37,8	44,6
Fonoaudiologia	37,3	43,4
Medicina	53,5	56,3
Medicina Veterinária	36,0	42,7
Nutrição	32,8	39,7
Odontologia	39,8	46,0
Serviço Social	24,7	28,1
Terapia Ocupacional	37,4	40,6
Zootecnia	37,7	43,2

Em todas as áreas avaliadas, os concluintes apresentaram em média desempenho superior aos ingressantes na Formação Geral, embora essa diferença não seja significativa. Em algumas áreas, o desempenho é praticamente o mesmo. Considerando o universo dos cursos, em 17% deles os ingressantes tiveram desempenho igual ou superior aos concluintes. No caso da medicina, isso ocorreu em 44,9% dos cursos, conforme se verifica na Tabela a seguir.

**TABELA 4** - Número e percentual de cursos com média dos ingressantes igual ou superior à média dos concluintes na Formação Geral segundo as áreas avaliadas - ENADE 2004

ÁREA	CURSO		TOTAL DE CURSOS COM CONCEITO
	NÚMERO	%	
Total	246	17,2	1.427
Agronomia	13	15,1	86
Educação Física	27	11,9	227
Enfermagem	41	22,7	181
Farmácia	27	19,1	141
Fisioterapia	13	7,5	173
Fonoaudiologia	6	10,5	57
Medicina	40	44,9	89
Medicina Veterinária	13	15,3	85
Nutrição	20	19,0	105
Odontologia	18	14,1	128
Serviço Social	19	20,4	93
Terapia Ocupacional	7	25,9	27
Zootecnia	2	5,7	35

Ainda comparando o desempenho de ingressantes e concluintes, observa-se um outro contraste da medicina em relação a outros cursos. No componente específico, em muitas áreas, é alto o percentual de ingressantes que apresentaram desempenho superior ao desempenho médio dos concluintes. Em 10(dez) das 13 (treze) áreas avaliadas, mais de 50% dos estudantes ingressantes superaram a média nacional da área. Além disso, 9,8% dos ingressantes apresentaram média superior à média dos concluintes de seus respectivos cursos. Em vários cursos esse percentual alcança até 30%, demonstrando que muito pouco foi feito durante a trajetória dos estudantes nessas áreas. No caso da medicina, o percentual de ingressantes que apresenta média superior à média dos concluintes, se aproxima de zero, o que poderia representar o quanto as IES estão agregando no componente específico. Por outro lado, também poderia ser o reflexo das imperfeições da comparação entre os grupos de ingressantes e concluintes.

### **6.2.2 O desempenho dos estudantes de Medicina da UEL frente aos resultados nacionais**

#### **O Perfil do Estudante de Medicina**

Para analisar o desempenho dos estudantes da UEL frente aos resultados nacionais, entendeu-se importante conhecer o perfil desse estudante. O perfil do estudante de medicina foi elaborado com base nas respostas ao Questionário Socioeconômico enviado aos inscritos no Exame. Em 2004 responderam ao questionário 3.136 de 5.377 ingressantes, e 2.410 de 3.249 concluintes.

Inicialmente, comparou-se o perfil do estudante brasileiro com o perfil do estudante de medicina, e com o perfil do estudante de medicina da UEL, considerando ingressantes e concluintes, a partir dos resultados apresentados pelo INEP. Pode-se dizer que o estudante de medicina tem um perfil bastante diferenciado da média dos estudantes do país.

O estudante de medicina brasileiro em 2004, apresentava as seguintes características: é branco, solteiro, vem de família que ganha até dez salários mínimos, não recebe bolsa de estudos, não trabalha, mora com a família ou com os pais que têm como escolaridade mínima o ensino médio ou superior, lê dois livros ao ano além dos escolares, lê jornais ocasionalmente, se mantém atualizado pela TV, tem conhecimento praticamente nulo de inglês e espanhol, utiliza a biblioteca com razoável frequência apesar de considerar o acervo da biblioteca sua principal fonte de pesquisa, estuda entre uma e cinco horas semanais, tem o cinema como sua principal atividade de lazer, tem acesso à internet, tem bom conhecimento de informática e utiliza o computador para trabalhos escolares e para entretenimento, e considera a formação profissional a principal contribuição do curso.

O perfil do estudante do curso de medicina da UEL se assemelha bastante ao perfil nacional da área, tanto dos ingressantes quanto dos concluintes, apresentando algumas características diferenciadas. Em linhas gerais, os estudantes da UEL vêm de famílias com melhores condições financeiras e com nível de formação mais elevado do que a média nacional da área. Os pontos positivos em que os estudantes da UEL se destacam são referentes ao número de horas dedicadas ao estudo (área dedica entre uma e cinco horas, UEL mais de 8 horas semanais); à utilização da biblioteca (área utiliza com razoável frequência, UEL muito frequentemente); e ao conhecimento da língua inglesa (área tem conhecimento praticamente nulo, UEL lê, escreve e fala razoavelmente).

Em relação à leitura de livros além dos escolares, a UEL se destacou tanto positiva, quanto negativamente. Este foi o único ponto em que o resultado dos concluintes se diferenciou muito dos ingressantes. Enquanto a área lê no máximo dois livros ao ano, os ingressantes da UEL lêem entre dois e cinco, embora os concluintes não leiam nenhum.

A análise do perfil do estudante de medicina da UEL foi aprimorada na comparação com o perfil das demais escolas selecionadas para o estudo, mas aqui se pretendeu apenas situar o estudante da UEL em relação ao perfil da área de medicina em nível nacional para favorecer a interpretação dos resultados apresentados na sequência.



## Resultados de Ingressantes e Concluintes na Formação Geral e no Componente Específico

Os resultados obtidos pela UEL em 2004, a partir do desempenho dos estudantes de medicina, encontram-se no Relatório do Curso<sup>31</sup> que é dirigido ao Coordenador de cada Instituição de Ensino Superior. Neste relatório são apresentados os resultados dos estudantes da instituição em comparação com a média nacional da área (ingressantes e concluintes), em cada uma das partes da prova: Formação Geral e Componente Específico (Questões Objetivas e Questões Discursivas).

Os números gerais de 2004 relativos à Instituição (UEL) e à Área (Brasil) encontram-se na Tabela 5.

Considerando o resultado geral da prova, verifica-se que os estudantes da UEL obtiveram melhor desempenho do que a média dos estudantes de medicina do país. Na Formação Geral, os ingressantes da UEL estão 13,5 (treze vírgula cinco) pontos percentuais acima da média, enquanto os concluintes estão 7,2 (sete vírgula dois) pontos percentuais. No Componente Específico, ainda com desempenho melhor, os ingressantes da UEL estão 3 (três) pontos acima da média nacional, enquanto os concluintes estão 8,4 (oito vírgula quatro) pontos acima da média. Esses resultados indicam que o estudante da UEL entra mais preparado no curso do que a média nacional dos estudantes de medicina.

Se considerarmos, hipoteticamente, conforme explicitado anteriormente, que o perfil do ingressante de hoje se assemelha ao perfil do concluinte atual, quando ingressante, poder-se-ia supor que o estudante da UEL, além de ingressar no curso com melhores condições, durante sua trajetória na instituição essa diferença para melhor, não apenas se mantém, como é ampliada, passando de 3 (três) pontos percentuais para 8 (oito)

---

31. Relatório do Curso de Medicina da UEL – ENADE 2004. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP/Mec. Brasília, DF, 2005. 21p.

pontos percentuais até o final do curso. Essa diferença praticamente se mantém quando são analisadas as questões objetivas em separado. Nas questões discursivas a diferença, sempre com desempenho melhor dos estudantes da UEL, é um pouco menor.

**TABELA 5** - Desempenho dos alunos em Formação Geral e Componente Específico da Prova do ENADE 2004

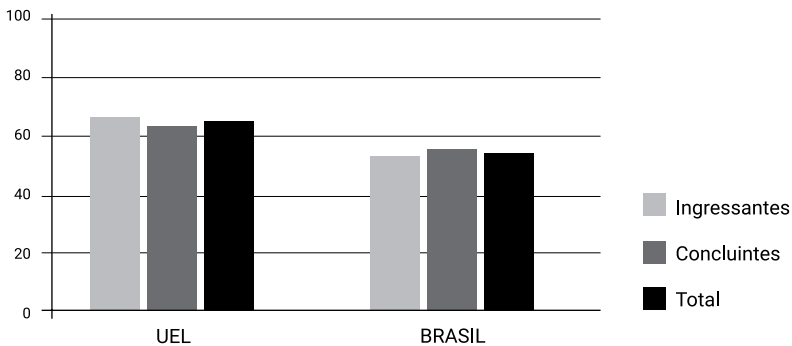
ENADE		Instituição				Brasil			
		Formação Geral		Componente Específico		Formação Geral		Componente Específico	
		Ingressantes	Concluintes	Ingressantes	Concluintes	Ingressantes	Concluintes	Ingressantes	Concluintes
Tamanho da População		80	79	80	79	11.007	7.391	11.007	7.391
Tamanho da Amostra		80	79	80	79	5.138	3.805	5.138	3.805
Número de Presentes		78	78	78	78	4.898	3.666	4.898	3.666
Resultado Geral	Média	67,0	63,5	22,6	55,6	53,5	56,3	19,6	47,2
	Erro-padrão da média	1,6	1,7	0,7	1,1	0,2	0,2	0,1	0,2
	Mediano	66,3	63,3	22,7	56,7	56,0	59,0	19,5	49,1
	Mínimo	30,5	30,0	7,1	26,9	0,0	0,0	0,0	0,0
	Máximo	97,0	91,5	36,2	73,6	100,0	100,0	65,7	79,3
	Desvio-padrão	14,0	15,0	6,1	9,8	19,7	19,5	8,1	15,2
Questões Objetivas	Média	74,0	72,8	41,1	73,5	58,3	61,2	36,8	63,4
	Erro-padrão da média	1,8	2,1	1,1	1,3	0,2	0,3	0,1	0,2
	Mediano	75,0	75,0	41,2	76,5	62,5	62,5	35,3	64,7
	Mínimo	37,5	25,0	11,8	47,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	Máximo	100,0	100,5	64,7	94,1	100,0	100,0	88,2	100,0
	Desvio-padrão	16,1	19,0	9,6	11,6	22,8	22,7	13,8	19,6
Questões Discursivas	Média	56,4	49,5	10,3	43,6	46,5	49,0	8,1	36,5
	Erro-padrão da média	2,4	2,2	0,7	1,2	0,2	0,3	0,1	0,2
	Mediano	58,8	50,5	10,3	44,5	50,0	50,0	7,0	38,0
	Mínimo	5,0	0,0	0,0	13,5	0,0	0,0	0,0	0,0
	Máximo	100,0	100,0	28,5	66,5	100,0	100,0	54,5	70,0
	Desvio-padrão	21,1	19,6	6,6	10,8	24,0	24,6	7,1	14,3

Fonte: MEC/INEP/DEAES, ENADE 2004

Percebe-se também um equilíbrio maior no desempenho dos estudantes da UEL quando se verifica a mediana, tanto na Formação Geral, quanto no Componente Específico.

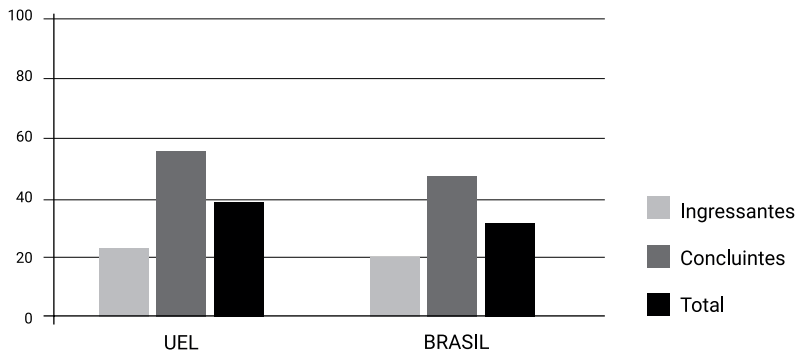
Os Gráficos a seguir (1 e 2) ilustram esses dados comparando a média do desempenho dos estudantes da UEL com a média dos estudantes de medicina (levando-se em conta a totalidade de alunos da área no Brasil). Nos gráficos, são apresentadas as notas médias obtidas na Formação Geral e no Componente Específico, considerando-se tanto as questões objetivas quanto as questões discursivas. (BRASIL, 2005d)

**GRÁFICO 1** - Resultados Medicina - ENADE 2004 - UEL - BRASIL - Formação Geral



FORNTE: MEC/INEP/DEAES, 2005.

**GRÁFICO 2** - Resultados Medicina ENADE 2004 - UEL- BRASIL-Componente Específico



FORNTE: MEC/INEP/DEAES, 2005.

### **6.2.3 O desempenho dos estudantes de Medicina da UEL em relação ao desempenho dos estudantes de outras escolas médicas brasileiras**

#### **Procedimentos Metodológicos**

Com o objetivo de analisar os resultados obtidos pelos estudantes do curso de medicina da UEL em relação ao contexto nacional, foram utilizados os dados do ENADE/2004 de forma a permitir a comparação entre o desempenho dos estudantes da UEL e o desempenho dos estudantes de outras escolas médicas do país.

Considerando o interesse em conhecer o desempenho dos estudantes da UEL, avaliando o novo currículo do curso que utiliza Metodologias Ativas de Ensino-aprendizagem, optou-se por comparar os resultados dos estudantes da UEL no ENADE nos seguintes contextos:

- a Universidade Estadual de Londrina (UEL) em relação às demais Escolas que utilizam Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem, especialmente ABP/PBL e Problematização (MA) no desenvolvimento do curso de medicina;
- a Universidade Estadual de Londrina (UEL) em relação às Escolas que não utilizam Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem (MNA) no desenvolvimento do curso de medicina;
- a Universidade Estadual de Londrina (UEL) em relação à melhor média entre as Escolas que utilizam Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem (2MA) no desenvolvimento do curso de medicina;
- a Universidade Estadual de Londrina (UEL) em relação à melhor média entre as Escolas que não utilizam Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem (1MNA) no desenvolvimento do curso de medicina;

Tomando por base os resultados obtidos no ENADE 2004, pelos estudantes dos cursos de medicina que foram selecionados para este estudo, apresenta-se como hipóteses:

- a) Os estudantes da UEL apresentam bom desempenho no ENADE quando comparados com os estudantes de medicina do Brasil;
- b) Os estudantes da UEL apresentam bom desempenho no ENADE quando comparados com estudantes de outros cursos de medicina que utilizam metodologias de ensino semelhantes;
- c) Os estudantes da UEL apresentam bom desempenho no ENADE quando comparados com estudantes de outros cursos de medicina que utilizam metodologias de ensino diferentes;
- d) Os estudantes da UEL apresentam bom desempenho quando comparados com estudantes dos cursos de medicina que obtiveram os melhores resultados no ENADE;

#### a) Amostra

Com base na definição inicial dos grupos a serem analisados, a amostragem intencional foi composta de acordo com os seguintes critérios:

- Indicação por especialistas;
- Distribuição por organização acadêmica (Universidades e Faculdades);
- Distribuição por categoria administrativa (Federais, Estaduais e Particulares);
- Regionalização (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste);
- Estadualização (Paraná); e
- Participação no ENADE 2004.

As opções em relação às escolas de metodologias ativas ficaram bastante reduzidas em função do pequeno número existente à época. Como muitas escolas haviam introduzido as inovações curriculares há pouco tempo, foi necessário incluir no grupo, escolas que ainda não haviam formado a primeira turma, e, portanto, não receberam conceito no ENADE. Nesses casos, foram utilizados apenas os resultados dos ingressantes.

Em relação às escolas que utilizam métodos tradicionais de ensino, apesar de serem em grande número, a dificuldade na escolha se deu pelo

fato de algumas escolas indicadas por especialistas (tidas como referência nacional), não poderem ser incluídas na análise por não terem feito o Exame, como por exemplo, as estaduais paulistas que, pela lei, estavam desobrigadas de participar do ENADE.

Cabe esclarecer que as escolas foram escolhidas antes que se tivesse acesso aos resultados obtidos por seus estudantes. Com isso, definiu-se por analisar os resultados de 15 (quinze) escolas médicas: a Universidade Estadual de Londrina, 7 (sete) escolas que utilizavam metodologias ativas e 7 (sete) escolas que não utilizavam metodologias ativas de ensino, conforme Tabela a seguir.

**TABELA 6** - Conceitos das instituições analisadas e número de alunos que Participaram do ENADE 2004.

NOME DA INSTITUIÇÃO	SIGLA	CÓDIGO	CONCEITO	ALUNOS
Universidade Estadual de Londrina	UEL	MA 01	5	156**
Faculdade de Medicina de Marília	FAMEMA	MA 02	5	64
Pontifícia Universidade Católica do Paraná	PUCPR	MA 03	4	96
Universidade Estadual de Santa Cruz	UESC	MA 04	SC	50
Universidade Federal de Roraima	UFRR	MA 05	4	50
Escola Superior de Ciências da Saúde	ESCS	MA 06	SC	50
Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal	UNIDERP	MA 07	SC	46
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - Botucatu	UNESP (Botucatu)	MA 08*	4	63
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo	FCMSCSP	MNA 01	5	64

Universidade Federal de São Paulo	UNIFESP	MNA 02	5	60
Universidade Federal do Paraná	UFPR	MNA 03	4	91
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	UFRGS	MNA 04	4	222**
Universidade Federal do Rio de Janeiro	UFRJ	MNA 05	5	79
Universidade Federal de Pernambuco	UFPE	MNA 06	3	107**
Universidade Estadual de Maringá	UEM	MNA 07	5	55
Universidade Estadual do Oeste do Paraná	UNIOESTE	MNA 08	5	62

\* A UNESP utiliza metodologias ativas apenas em parte do curso

\*\* A totalidade dos alunos participou do Exame por definição do INEP, em função da dificuldade de composição da amostra por problemas na aplicação do Exame anterior (ENC – 2003)

Dessa forma foram compostos os seguintes Grupos:

- UEL;
- Grupo MA (Escolas que utilizam Metodologias Ativas, exceto a UEL);
- Grupo MNA (Escolas que não utilizam Metodologias Ativas);

#### **b) Tratamento e análise dos dados**

As bases do ENADE 2004 eram apresentadas no programa SAS System for Windows (Release 8.02 TS Level 02M0). Para que o curso de medicina pudesse ser analisado, o Departamento de Estatísticas e Avaliação da Educação Superior – DEAES/INEP/MEC, por meio de sua assessoria estatística, criou e disponibilizou um banco de dados específico do curso de medicina, contendo os resultados de ingressantes e concluintes das instituições sugeridas. Os dados onde se identificam as instituições são

apenas os que foram publicizados e encontram-se disponíveis no sítio do INEP/MEC, Resultados do ENADE 2004<sup>32</sup>. Em relação aos demais dados utilizados, apresentados por questão, teve-se acesso apenas aos resultados dos grupos, sem que se identificassem as instituições.

Além dos dados da UEL, se teve acesso aos dados específicos de apenas duas instituições, ainda assim sem identificação dos nomes, para que se comparassem os dados das melhores escolas, considerando as maiores médias obtidas pelos estudantes, em cada uma das categorias analisadas (MA e MNA).

As variáveis consideradas para analisar os resultados no ENADE 2004 foram as seguintes:

Notas brutas e por cada questão:

1. na parte objetiva da formação geral;
2. na parte discursiva da formação geral;
3. na formação geral, como um todo;
4. na parte objetiva do componente específico;
5. na parte discursiva do componente específico;
6. no componente específico como um todo; e
7. na prova total;

As análises descritivas e estatísticas foram realizadas no programa estatístico SPSS versão 12. A escolha das análises estatísticas utilizadas se deu a partir dos seguintes aspectos:

- **Teste Mann-Whitney:** Baseado em soma de postos (posição no conjunto ordenado) determina qual grupo é maior que o outro quando a diferença é significativa (e não a mediana). No caso dos dados analisados, observou-se que a maioria das variáveis não seguiu a distribuição Normal (não gaussiana) através do

---

32. <http://www.inep.gov.br/superior/enade/consulta/>



teste Kolmogorov-Smirnov. Assim, foi utilizado um teste não-paramétrico ao invés do Teste t-student para duas amostras independentes. Apesar do número de estudantes no ENADE ser muito grande, o que justificaria o uso do teste t-student, no caso das escolas estudadas, a amostra é pequena e a maioria das variáveis não seguiu a distribuição normal.

- **Teste Qui-quadrado de Pearson:** Permite verificar se a frequência absoluta observada de uma variável é significativamente diferente da distribuição de frequência absoluta esperada. No caso de duas variáveis categóricas, utilizou-se para verificar se as variáveis são independentes. Tendo como suposição necessária que menos de 20% dos valores esperados sejam menores de 5, quando esta suposição não foi satisfeita, juntou-se as duas primeiras categorias e as duas últimas categorias.
- **Teste para Proporções de acertos:** Semelhante ao teste t-student para duas amostras independentes, foi utilizado com o objetivo de verificar se há diferença entre dois grupos a respeito da proporção de acertos nas questões.

Para cada um dos grupos fez-se uma análise separada, considerando ingressantes e concluintes, pois além de ser verificada uma diferença muito grande entre eles, o estudo não tem por objetivo comparar o desempenho de ingressantes e concluintes de uma mesma instituição e sim comparar o desempenho de cada uma das categorias entre instituições diferentes.

## Resultados e discussão

Para analisar o desempenho dos estudantes da UEL com as demais instituições, comparou-se o resultado geral obtido em cada uma das partes da prova, por cada grupo de estudantes: a área de medicina como um todo (BRASIL), os estudantes da UEL (UEL), os estudantes das escolas que não utilizam metodologias ativas de ensino-aprendizagem (MNA), e os estudantes das escolas que utilizam metodologias ativas de ensino-aprendizagem (MA).

**TABELA 7** - Comparativo dos resultados de ingressantes e concluintes em cada uma das partes da Prova de Medicina do ENADE 2004

CONCLUINTE	BRASIL	UEL	MNA	MA
	média	média	média	média
parte objetiva na formação geral	61,2	72,76	67,12	58,19
Parte discursiva na formação geral	49,0	49,52	53,24	41,85
Formação geral	56,3	63,46	61,57	51,65
Parte objetiva no componente específico	63,4	73,53	71,76	64,88
Parte discursiva no componente específico	36,5	43,57	40,19	35,73
Componente específico	47,2	55,56	52,82	47,39
Prova	49,5	57,55	55,02	48,46
INGRESSANTE	BRASIL	UEL	MNA	MA
	média	média	média	média
Parte objetiva na formação geral	58,3	74,04	59,38	64,89
Parte discursiva na formação geral	46,5	56,41	45,21	50,58
Formação geral	53,5	66,99	53,71	59,17
Parte objetiva no componente específico	36,8	41,11	35,88	42,14
Parte discursiva no componente específico	8,1	10,28	6,96	12,26
Componente específico	19,6	22,61	18,53	24,21
Prova	28,1	33,71	27,34	32,96

= Melhor Média

Levando em conta as médias dos grupos de estudantes, tanto os concluintes quanto os ingressantes da UEL apresentaram melhores resultados na prova como um todo, e em cada uma de suas partes, com exceção da parte discursiva da Formação Geral, onde os estudantes do Grupo MNA obtiveram melhores resultados.

Cabe ressaltar as limitações de se considerar apenas as médias obtidas pelos grupos de estudantes de cada escola, e ainda o fato de que esta comparação não foi analisada estatisticamente para saber se a diferença a maior para a UEL é realmente significativa, já que os grupos UEL, MA e MNA integram o grupo Brasil, não sendo, portanto, amostras independentes.

Para compreender esses dados, e poder analisá-los estatisticamente, foram comparados os resultados dos estudantes da UEL com cada um dos grupos propostos pelo estudo, analisando as diferenças apresentadas.

Primeiro em relação à prova como um todo, e em seguida em relação a cada uma das questões do componente específico.

Para tanto foram utilizadas as análises descritivas e estatísticas dos resultados dos estudantes da Universidade Estadual de Londrina (UEL), os resultados dos estudantes das Escolas que utilizam Metodologias Ativas de Ensino-aprendizagem (MA), e o resultado das Escolas que não utilizam Metodologias Ativas de Ensino-aprendizagem (MNA), divididos entre concluintes e ingressantes.

As análises consideraram as médias obtidas em cada uma das variáveis propostas e ainda a proporção de acertos dos estudantes ingressantes e concluintes em cada questão de múltipla escolha do componente específico (Questões 9 a 28). Nas questões discursivas (1 a 8), as análises se basearam nas médias obtidas pelos estudantes em cada uma delas. Além das análises estatísticas, utilizou-se para a compreensão dos resultados a classificação dos percentuais de acerto nas questões, distribuídos nas seguintes categorias:

**QUADRO 5** - Categorização do Percentual de Acertos nas questões do ENADE 2004

PERCENTUAL DE ACERTO	DESEMPENHO
Entre 85% e 100% de acerto	Excelente
Entre 55% e 84% de acerto	Bom
Entre 40% e 54% de acerto	Regular
Entre 0% e 39% de acerto	Insatisfatório

#### **a) Resultados da UEL em relação ao Grupo MA**

Analisando a próxima Tabela, percebe-se que os concluintes da UEL apresentam melhor média em todas as variáveis analisadas e na prova de um modo geral, sendo que todas as diferenças são significativas. Já os ingressantes da UEL apresentam melhor média apenas na formação geral, onde a diferença em todas as variáveis é significativa.

No componente específico, os ingressantes do grupo MA apresentam melhor média, embora em nenhuma variável, estas sejam significativas. No geral da prova, os ingressantes da UEL apresentam melhor média, mas a diferença também não é significativa.

**TABELA 8** - Análise descritiva e estatística das notas brutas do ENADE 2004 dos estudantes de medicina (MA e UEL)

Concluinte	MA			UEL			
	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Valor-p*
Parte objetiva na formação geral	58,19	21,88	62,50	72,76	19,08	75,00	<0,001
Parte discursiva na formação geral	41,85	23,34	42,50	49,52	19,76	50,00	0,020
Formação geral	51,65	18,78	54,75	63,46	15,08	63,25	<0,001
Parte objetiva no componente específico	64,88	19,78	70,60	73,53	11,72	76,50	0,002
Parte discursiva no componente específico	35,73	13,83	36,50	43,57	10,89	44,50	<0,001
Componente específico	47,39	15,04	49,05	55,56	9,89	56,65	<0,001
Prova	48,46	14,41	49,55	57,55	9,56	59,40	<0,001
Ingressante	MA			UEL			
	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Valor-p*
Parte objetiva na formação geral	64,89	19,49	62,50	74,04	16,21	75,00	<0,001
Parte discursiva na formação geral	50,58	20,53	52,50	56,41	21,24	58,75	0,049
Formação geral	59,17	15,44	61,00	66,99	14,05	66,25	<0,001
Parte objetiva no componente específico	42,14	11,55	41,20	41,11	9,64	41,20	0,358
Parte discursiva no componente específico	12,26	7,59	11,00	10,28	6,68	10,25	0,067
Componente específico	24,21	7,48	24,00	22,61	6,16	22,70	0,087
Prova	32,96	7,39	33,20	33,71	6,82	34,80	0,438

\*Teste Não-Paramétrico Mann-Whitney para o caso de 2 amostras independentes (nível de significância de 0,05)

### - Concluintes UEL e MA – Questões Objetivas

Analisando a proporção de acertos dos concluintes nas questões objetivas do componente específico, em todas, a proporção de acerto dos estudantes da UEL é maior. A diferença de desempenho entre os estudantes da UEL e os estudantes do grupo MA é significativa em 9 das 17 questões (9,10,16,17,19,20,21,22 e 28).

Levando-se em conta os percentuais de acerto nas questões objetivas, os concluintes apresentam os seguintes resultados:

**TABELA 9 - Percentual de Acertos dos Concluintes UEL e MA – Questões Objetivas**

INSTITUIÇÃO	UEL		MA	
	Per percentual de acerto	Nº	Per percentual de acerto	Nº
Entre 85 e 100%	9	9,10,15,16,20,22,24,25,28	5	9,10,15,25,28
Entre 55 e 84%	4	18, 19, 23,27	5	19, 20, 22, 24,27
Entre 40 e 54%	3	11, 13,17	4	13, 18,19,23
Entre 0 e 39%	1	26	3	11,17,26

### - Ingressantes UEL e MA - Questões Objetivas

Considerando o desempenho dos ingressantes, os estudantes da UEL apresentam percentual de acerto maior que o grupo MA em 6 questões (9,13,15,19,26 e 28) e entre estas, apenas em uma a diferença é significativa (9).

Nas demais questões (11), o percentual de acerto dos estudantes do grupo MA é maior, entretanto, em nenhuma dessas questões, a diferença é significativa. Ou seja, isso confirma os resultados verificados nas médias gerais dos estudantes, onde o grupo MA supostamente se sai melhor, mas na verdade não existe diferença no desempenho dos dois grupos de ingressantes.

Levando-se em conta os percentuais de acerto nas questões objetivas, os ingressantes apresentam os seguintes resultados:

**TABELA 10** - Percentual de Acertos dos Ingressantes UEL e MA – Questões Objetivas

INSTITUIÇÃO	UEL		MA	
	Nº	Questões	Nº	Questões
Entre 85 e 100%	2	9,10	2	9,10
Entre 55 e 84%	4	15,19,24,27	5	15, 16, 19, 24,27
Entre 40 e 54%	1	16	0	-
Entre 0 e 39%	10	11,13,17,18,20, 22,23,25,26,28	10	11,13,17,18,20,22,23, 25,26,27

Em 7 das 17 questões o desempenho dos ingressantes esteve acima de 50% de acerto.

#### **- Concluintes UEL e MA – Questões Discursivas**

Nas questões discursivas do componente específico, analisando a média obtida pelos concluintes, os estudantes da UEL apresentam as melhores médias em todas as questões (1 a 10). As diferenças são significativas em apenas 4 delas (1, 5, 8 e 9). No geral, os concluintes da UEL apresentam melhor desempenho que os concluintes do grupo MA nas questões discursivas obtendo média 43,57 e 35,73 respectivamente. A diferença é significativa.

Considerando a média geral da prova discursiva do componente específico, os ingressantes do grupo MA obtiveram melhor desempenho do que os estudantes da UEL, mas a diferença não é significativa. Considerando a classificação entre os níveis das médias obtidas, os concluintes da UEL e do grupo MA apresentam os seguintes resultados:

TABELA 11- Percentual de Acertos dos Concluintes UEL e MA – Questões Discursivas

INSTITUIÇÃO	UEL		MA	
	Nº	Questões	Nº	Questões
Entre 85 e 100%	-	-	-	-
Entre 55 e 84%	3	5,8,9	-	-
Entre 40 e 54%	2	4 e 10	4	4,8,9,10
Entre 0 e 39%	5	1,2,3,6,7	6	1,2,3,5,6,7

### - Ingressantes UEL e MA - Questões Discursivas

Em relação aos ingressantes, os estudantes da UEL apresentam melhor média nas questões 5, 6, 7 e 9. Em nenhuma delas a diferença é significativa.

Os ingressantes do grupo MA apresentam melhor média nas questões 1, 2, 3, 4, 8 e 10, e em 4 delas a diferença é significativa (1, 4, 8 e 10), indicando um melhor resultado dos estudantes do grupo MA.

Os ingressantes da UEL e do grupo MA tiveram todas as questões classificadas entre 0 e 39,0 de média.

### - Resultados Gerais UEL e MA

Fazendo uma análise geral entre os grupos, considerando as questões objetivas e discursivas do componente específico, entre os estudantes da UEL e do grupo MA, somente os concluintes da UEL tiveram 100% de acerto em 1 questão.

Em nenhuma questão os ingressantes da UEL superaram o percentual de acerto dos concluintes. No grupo MA isso ocorreu em duas questões objetivas (10, 19). O máximo que os ingressantes da UEL conseguiram foi igualar seu desempenho ao dos concluintes na questão 9 (parte objetiva), onde ambas as categorias obtiveram 99% de acerto. A média obtida pelos concluintes da UEL no componente específico foi 55,56 e 47,39 pelos concluintes do grupo MA. Os ingressantes da UEL obtiveram média 22,61 e os ingressantes do grupo MA 24,21.

Quando se considera apenas as questões objetivas, a média tanto dos estudantes da UEL, quanto dos estudantes do grupo MA se eleva consideravelmente. Nas questões objetivas do componente específico, a

média dos concluintes da UEL é 73,53 e do grupo MA é 64,88, sendo a diferença estatisticamente significativa. A média dos ingressantes da UEL é 41,11 e dos ingressantes do grupo MA é 42,14.

A média geral no componente específico é bastante prejudicada pelo desempenho de ambas as categorias dos dois grupos nas questões discursivas. É principalmente nessas questões que se identifica a diferença de desempenho entre ingressantes e concluintes na prova do ENADE.

A média dos concluintes da UEL nas questões discursivas do componente específico é 43,57 e dos concluintes do grupo MA é 35,73, sendo a UEL significativamente superior, mas ambos os grupos com média muito inferior à obtida nas questões objetivas. Com os ingressantes isso ocorre de forma mais expressiva. Os estudantes da UEL obtiveram média 10,28 e os estudantes do grupo MA 12,26, muito abaixo do desempenho mostrado nas questões objetivas.

Comparando finalmente os dois grupos, UEL e grupo MA, entre os concluintes a diferença é significativa, tendo a UEL os melhores resultados. Entre os ingressantes, o resultado é considerado estatisticamente equivalente.

### **b) Resultados da UEL em relação ao Grupo MNA**

Comparando os resultados dos estudantes da UEL e do grupo MNA, conforme Tabela a seguir, verifica-se que os concluintes da UEL apresentam melhor média na formação geral, no componente específico e na prova como um todo. Também apresentam melhor média na parte objetiva, tanto na formação geral, quanto no componente específico e nas questões discursivas do componente específico. Embora as médias da UEL sejam superiores, só existe diferença significativa entre os grupos na parte objetiva da formação geral. O grupo MNA apresenta melhor média apenas na parte discursiva da formação geral, e essa diferença é significativa.

Mesmo os estudantes da UEL tendo apresentado a melhor média em praticamente todas as variáveis, os concluintes dos dois grupos apresentam resultados equivalentes. Já em relação aos ingressantes, o desempenho dos estudantes da UEL é superior ao desempenho do grupo MNA. Em todas as variáveis os estudantes da UEL apresentam melhores médias e em todas, essa diferença é significativa, com exceção da parte objetiva do componente específico onde os resultados são equivalentes.



TABELA 12 - Análise descritiva e estatística das notas brutas do ENADE 2004 dos estudantes de medicina (UEL e MNA).

Concluinte	UEL			MNA			
	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Valor-p*
Parte objetiva na formação geral	72,76	19,08	75,00	67,12	21,58	75,00	0,041
Parte discursiva na formação geral	49,52	19,76	50,00	53,24	24,30	57,50	0,019
Formação geral	63,46	15,08	63,25	61,57	17,68	64,00	0,610
Parte objetiva no componente específico	73,53	11,72	76,50	71,76	17,95	76,50	0,922
Parte discursiva no componente específico	43,57	10,89	44,50	40,19	14,43	42,50	0,155
Componente específico	55,56	9,89	56,65	52,82	14,51	55,20	0,301
Prova	57,55	9,56	59,40	55,02	13,61	57,10	0,238
Ingressante	UEL			MNA			
	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Valor-p*
Parte objetiva na formação geral	74,04	16,21	75,00	59,38	29,18	62,50	<0,001
Parte discursiva na formação geral	56,41	21,24	58,75	45,21	26,76	50,00	0,003
Formação geral	66,99	14,05	66,25	53,71	25,32	61,00	<0,001
Parte objetiva no componente específico	41,11	9,64	41,20	35,88	17,62	41,20	0,102
Parte discursiva no componente específico	10,28	6,68	10,25	6,96	7,25	5,00	<0,001
Componente específico	22,61	6,16	22,70	18,53	9,64	19,60	0,001
Prova	33,71	6,82	34,80	27,34	12,46	30,60	<0,001

\*Teste Não-Paramétrico Mann-Whitney para o caso de 2 amostras independentes (nível de significância de 0,05)

### - Concluintes UEL e MNA – Questões Objetivas

Analisando a proporção de acertos dos concluintes nas questões objetivas do componente específico em 12 das 17, o percentual de acerto da UEL é maior, mas as diferenças são pequenas e não têm significância estatística. Entre as 5 questões que o grupo MNA apresenta média mais alta que os concluintes da UEL, em apenas 3 a diferença é significativa (13, 26 e 27).

Levando-se em conta os percentuais de acerto nas questões objetivas, os concluintes apresentam os seguintes resultados:

**TABELA 13** - Percentual de Acertos dos Concluintes UEL e MNA - Questões Objetivas

INSTITUIÇÃO	UEL		MNA	
	Nº	Questões	Nº	Questões
Entre 85 e 100%	9	9,10,15,16,20,22,24,25,28	4	9,10,25,28
Entre 55 e 84%	4	18,19,23,27	10	13,15,16,18,19,20,22,23,24,27
Entre 40 e 54%	3	11,13,17	3	11,17,26
Entre 0 e 39%	1	26	-	-

Como o desempenho dos concluintes da UEL se concentra no nível mais alto (entre 85 e 100% de acerto), mesmo os estudantes do grupo MNA obtendo percentual de acerto maior em algumas questões objetivas, ainda assim a média dos estudantes da UEL é mais alta do que dos estudantes do grupo MNA.

De qualquer forma, não há diferença significativa entre as médias, indicando que na parte objetiva do componente específico o desempenho dos concluintes da UEL e dos concluintes do grupo MNA são equivalentes.

### - Ingressante UEL e MNA – Questões Objetivas

Analisando o desempenho dos ingressantes da UEL e do grupo MNA, em 9 das 17 questões, os estudantes da UEL apresentam maior percentual de acerto e em nenhuma a diferença é significativa. Entre as 7 questões que o grupo MNA obteve percentual de acerto maior, apenas na questão 22 a diferença é significativa. Na questão 26, ambos tiveram o mesmo índice de acerto.

Levando-se em conta os percentuais de acerto nas questões objetivas, os ingressantes apresentam os seguintes resultados:

**TABELA 14** - Percentual de Acertos dos Ingressantes UEL e MNA - Questões Objetivas

INSTITUIÇÃO	UEL		MNA	
	Percentual de acerto	Nº	Questões	Nº
Entre 85 e 100%	2	9,10	0	-
Entre 55 e 84%	4	15,19,24,28	6	9,10,15,16,24,28
Entre 40 e 54%	1	16	1	19
Entre 0 e 39%	10	11,13,17,18,20,22, 23, 25,26,27	10	11,13,17,18,20, 22,23, 25,26,27

Embora não haja diferenças significativas entre os grupos considerando o percentual de acertos, os ingressantes da UEL tiveram desempenho superior aos ingressantes do grupo MNA no componente específico. Estes apresentaram percentual de acerto mais alto como se verifica na distribuição demonstrada acima, onde os ingressantes do grupo MNA não obtiveram entre 85% e 100% de acerto em nenhuma questão.

### - Concluintes UEL e MNA – Questões Discursivas

Nas questões discursivas do componente específico, observando a média obtida pelos concluintes, os estudantes da UEL apresentam as melhores médias em 6 das 10 questões. Entre estas, a diferença é significativa em 3 (5,8 e 9) indicando o melhor desempenho dos estudantes da UEL. Os concluintes do grupo MNA obtiveram melhor desempenho em 4 questões,

mas em apenas 1 há diferença significativa no desempenho (questão 4).

Considerando a classificação entre os níveis das médias obtidas, os concluintes da UEL e do grupo MNA apresentaram os seguintes resultados:

**TABELA 15** - Percentual de Acertos dos Concluintes UEL e MNA - Questões Discursivas

INSTITUIÇÃO	UEL		MNA	
	Nº	Questões	Nº	Questões
Entre 85 e 100%	9	-	0	-
Entre 55 e 84%	4	5,8,9	5	1
Entre 40 e 54%	3	4,10	4	2,4,5,8,10
Entre 0 e 39%	1	1,2,3,6,7	3	1,3,6,7

No geral, os concluintes do grupo da UEL apresentam melhor desempenho que os concluintes do grupo MNA nas questões discursivas, obtendo média 43,57 e 40,19 respectivamente. No entanto, essa diferença não é significativa.

#### **- Ingressantes UEL e MNA – Questões Discursivas**

Os ingressantes da UEL apresentam melhor média em 8 questões e a diferença é significativa em 6 delas (1,2,3,6,8 e 9). Entre as duas questões que os ingressantes do grupo MNA apresentaram média melhor, apenas na questão 4, a diferença é significativa.

Considerando a média geral da prova discursiva do componente específico, os ingressantes da UEL obtiveram melhor desempenho do que os ingressantes do grupo MNA e essa diferença, além de expressiva, é considerada estatisticamente significativa. Os ingressantes do grupo MNA também concentraram os resultados de todas as questões entre 0,0 e 39,0, assim como os demais grupos.

#### **- Resultados Gerais – UEL e MNA**

Considerando os resultados gerais, das questões objetivas e das questões discursivas, em nenhuma questão os estudantes ingressantes da

UEL tiveram desempenho melhor do que os concluintes como já observado anteriormente. Isso também não ocorreu no grupo MNA.

A média obtida pelos concluintes da UEL no componente específico foi 55,56 e pelos concluintes do grupo MNA foi 52,82. Os ingressantes da UEL obtiveram média 22,61, e os ingressantes do grupo MNA 18,53. Quando se considera apenas as questões objetivas, a média dos dois grupos aumenta significativamente. A UEL com média 73,53 e o grupo MNA com média 71,76, não havendo diferença significativa entre os grupos. A média dos ingressantes da UEL é 41,11 e dos ingressantes do grupo MNA 35,88.

Como já apontado em relação aos outros grupos, a média geral do grupo MNA também é prejudicada pelo desempenho de ingressantes e concluintes nas questões discursivas. A média dos concluintes da UEL nas questões discursivas do componente específico é 43,57 e dos concluintes do grupo MNA é 40,19, não havendo diferença entre os grupos, mas os dois grupos apresentam média bastante inferior à obtida nas questões objetivas.

Essa diferença se acentua no caso dos ingressantes. Os estudantes da UEL apresentam média 10,28 e os estudantes do grupo MNA 6,96, significativamente menor do que o desempenho obtido nas questões objetivas.

Analisando os dois grupos de um modo geral, considerando as questões objetivas e as questões discursivas do componente específico, os concluintes da UEL e os concluintes do grupo MNA apresentaram desempenho equivalente. Já entre os ingressantes, os estudantes da UEL apresentaram melhor desempenho do que os estudantes do grupo MNA.

### **c) Resultados da UEL em relação às melhores médias MA e MNA**

Considerando os resultados positivos que a UEL apresentou em relação aos grupos analisados, decidiu-se por ampliar a análise realizando uma comparação mais detalhada da Universidade Estadual de Londrina (UEL) em relação às escolas que utilizam Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem (MA) e às escolas que não utilizam Metodologias Ativas de Ensino-aprendizagem (MNA). Levando em conta que os resultados individuais de algumas escolas possam ter influenciado negativamente os

resultados dos grupos MA e MNA, e levando em conta ainda que no grupo MA, poucas escolas possuíam concluintes, para confirmar os resultados da UEL, optou-se por comparar a UEL diretamente com outras escolas. Para tanto, identificou-se a maior média obtida no ENADE por escolas que utilizam cada uma das metodologias: a maior média do Grupo MNA (MNA) e a maior média do Grupo MA. Como a maior média do Grupo MA foi a própria UEL, nesse caso, comparou-se a UEL com a segunda melhor média MA (2MA).

Para a análise estatística, utilizou-se o Teste Qui-quadrado de Pearson, utilizado nas demais análises, que permite verificar se a frequência absoluta observada de uma variável é significativamente diferente da distribuição de frequência absoluta esperada. Nos casos em que no mínimo uma das caselas apresentou frequência esperada menor do que cinco, foi empregado o Teste Exato de Fisher:

- **Teste Exato de Fisher:** Técnica não-paramétrica usada para analisar dados nominais ou ordinais quando o tamanho das duas amostras independentes é pequeno. É utilizada quando os escores das 2 amostras aleatórias independentes se enquadram todos em uma ou outra de duas classes mutuamente exclusivas. Quando necessário, foi utilizado para determinar se os dois grupos diferiam na proporção em que se enquadravam nas duas classificações.

#### **d) Resultados da UEL em relação à segunda melhor média do Grupo MA (2MA)**

Conforme Tabela a seguir, analisando os resultados apresentados pelos estudantes da UEL e pelos estudantes da escola 2MA, percebe-se que os concluintes da UEL apresentam média superior aos concluintes da escola 2MA em todas as variáveis, com exceção da parte discursiva da formação geral. Os ingressantes da UEL, por sua vez, apresentam média superior aos ingressantes da escola 2MA em todas as variáveis analisadas. Entretanto, quando se analisa estatisticamente os resultados, as diferenças entre as médias dos estudantes em nenhuma variável são significativas.

**TABELA 16** - Análise descritiva e estatística das notas brutas do ENADE 2004 dos estudantes da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e a segunda melhor média do grupo MA (2MA).

CONCLUINTE	UEL			2MA			Valor-p*
	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Média	Desvio-Padrão	Mediana	
Parte objetiva na formação geral	72,76	19,08	75,00	68,18	15,02	62,50	0,102
Parte discursiva na formação geral	49,52	19,76	50,00	52,35	20,76	50,00	0,590
Formação geral	63,46	15,08	63,25	61,85	11,46	62,00	0,564
Parte objetiva no componente específico	73,53	11,72	76,50	70,95	15,70	76,50	0,561
Parte discursiva no componente específico	43,57	10,89	44,50	41,91	9,58	42,00	0,370
Componente específico	55,56	9,89	56,65	53,52	10,69	55,90	0,418
Prova	57,55	9,56	59,40	55,62	8,96	58,50	0,353
INGRESSANTE	UEL			2MA			Valor-p*
	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Média	Desvio-Padrão	Mediana	
Parte objetiva na formação geral	74,04	16,21	75,00	68,55	19,60	75,00	0,260
Parte discursiva na formação geral	56,41	21,24	58,75	54,11	19,84	55,00	0,616
Formação geral	66,99	14,05	66,25	62,77	15,18	65,50	0,232
Parte objetiva no componente específico	41,11	9,64	41,20	40,79	11,96	41,20	0,973
Parte discursiva no componente específico	10,28	6,68	10,25	8,84	5,47	8,00	0,317
Componente específico	22,61	6,16	22,70	21,62	5,65	22,70	0,577
Prova	33,71	6,82	34,80	31,91	5,85	33,00	0,193

\*Teste Não-Paramétrico Mann-Whitney para o caso de 2 amostras independentes (nível de significância de 0,05)

### - Concluintes UEL e 2MA – Questões Objetivas

Analisando a proporção de acerto dos concluintes nas questões objetivas do componente específico, em 13 das 17 questões a proporção de acertos dos estudantes da UEL é maior, mas em apenas uma delas a diferença é significativa (questão 17). Nas 4 questões em que o percentual de acerto dos estudantes da escola 2MA é maior, também em apenas uma, a diferença é significativa (questão 27).

Comparando-se o percentual de acerto dos concluintes pela classificação dos níveis, obtém-se seguinte resultado:

**TABELA 17** - Percentual de Acertos dos Concluintes UEL e 2MA - Questões Objetivas

INSTITUIÇÃO	UEL		2MA	
	Percentual de acerto	Nº	Questões	Nº
Entre 85 e 100%	9	9,10,15,16,20,22,24,25,28	8	9,10,15,16,24,25,27,28
Entre 55 e 84%	4	18,19,23,27	4	19,20,22,23
Entre 40 e 54%	3	11,13,17	2	13,18
Entre 0 e 39%	1	26	3	11,17,26

Analisando a frequência do percentual de acertos dos concluintes, observa-se que os estudantes da UEL apresentam melhor desempenho, com maior número de questões no nível mais alto e com menor número de questões no nível mais baixo.

Mesmo obtendo percentual de acerto mais alto em mais questões, e apresentando uma melhor distribuição do percentual de acerto nas categorias estabelecidas, não há diferença significativa entre as duas escolas.

### - Ingressantes UEL e 2MA – Questões Objetivas

Analisando o desempenho dos ingressantes da UEL e da escola 2MA, em 9 das 17 questões objetivas, os estudantes da escola 2MA apresentaram percentual de acerto maior, mas apenas em 2 questões a diferença é



significativa (23 e 25). Entre as 8 questões que os estudantes da UEL apresentaram percentual de acertos maior, também em apenas 2 questões a diferença é significativa (15 e 28).

Os ingressantes da UEL e da escola 2MA apresentaram o seguinte percentual de acerto:

**TABELA 18** - Percentual de Acertos dos Ingressantes UEL e 2MA - Questões Objetivas

INSTITUIÇÃO	UEL		2MA	
	Nº	Questões	Nº	Questões
Entre 85 e 100%	2	9,10	2	9,10
Entre 55 e 84%	4	15,19,24,28	2	19,24
Entre 40 e 54%	1	16	3	15,16,28
Entre 0 e 39%	10	11,13,17,18,20,22,23,25,26,27	10	11,13,17,18,20,22,23,25,26,27

No geral, os ingressantes da escola 2MA e da UEL apresentam desempenhos semelhantes. A única diferença é a frequência das questões com percentual de acerto maior. Os estudantes da UEL tiveram percentual de acerto entre 55 e 84% em 4 questões, enquanto os estudantes da escola 2MA tiveram em 2 questões, ampliando o número de questões com percentual de acerto menor (entre 40 e 54%).

Pode-se dizer que o desempenho dos ingressantes das duas escolas, nas questões objetivas do componente específico, é equivalente.

#### **- Resultados Gerais UEL e 2MA**

Considerando os resultados gerais na prova, com base nas médias, esse resultado é confirmado. A média obtida pelos concluintes da UEL

no componente específico foi 55,56 e pelos concluintes da escola 2MA foi 53,52. Os ingressantes da UEL obtiveram média 22,61 e os ingressantes da escola 2MA 21,62.

Quando se considera apenas as questões objetivas, da mesma forma que com os demais grupos, as duas escolas também apresentam melhor resultado, a UEL com média 73,53 e a escola 2MA com média 70,95. A média dos concluintes da UEL nas questões discursivas do componente específico é 43,57 e os concluintes da escola 2MA 41,91, ambas com resultados inferiores aos resultados obtidos nas questões objetivas.

Quanto aos ingressantes da UEL, nas questões discursivas estes obtiveram média 10,28 e os ingressantes da escola 2MA 8,84, ainda mais distante do desempenho que obtiveram nas questões objetivas.

Analisando os dois grupos de um modo geral, e considerando as médias e os percentuais de acerto, não há diferença significativa entre os resultados. Desse modo, conclui-se que a UEL e a escola 2MA obtiveram os mesmos resultados no ENADE.

#### **- Resultados da UEL em relação à melhor média MNA (1MNA)**

Observando a tabela a seguir, e analisando os resultados apresentados pelos estudantes da UEL e pelos estudantes da escola 1MNA, percebe-se que os concluintes da escola 1MNA apresentam média superior aos concluintes da UEL na parte discursiva da formação geral, na parte objetiva do componente específico, na parte discursiva do componente específico, no componente específico e na prova. No entanto, essa diferença só é significativa na parte discursiva, tanto no componente específico quanto na formação geral.

Os concluintes da UEL apresentam média superior em duas variáveis: a parte objetiva na formação geral, e a formação geral como um todo. Apenas na parte objetiva da formação geral essa diferença é significante. Já os ingressantes da UEL apresentam melhor média em todas as variáveis analisadas, com exceção da parte objetiva da formação geral. Embora a média seja superior, não existe diferença entre os desempenhos.

**TABELA 19** - Análise descritiva e estatística das notas brutas do ENADE 2004 dos estudantes da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e a melhor média do Grupo MNA (1MNA).

Concluinte	UEL			1MNA			
	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Valor-p*
Parte objetiva na formação geral	72,76	19,08	75,00	64,92	16,90	62,50	<b>0,038</b>
Parte discursiva na formação geral	49,52	19,76	50,00	59,52	18,35	60,00	<b>0,004</b>
Formação geral	63,46	15,08	63,25	62,76	12,46	63,00	0,768
Parte objetiva no componente específico	73,53	11,72	76,50	75,15	9,45	76,50	0,643
Parte discursiva no componente específico	43,57	10,89	44,50	48,39	6,63	48,50	<b>0,030</b>
Componente específico	55,56	9,89	56,65	59,09	5,85	59,40	0,118
Prova	57,55	9,56	59,40	60,03	6,33	60,00	0,272
Ingressante	UEL			MNA			
	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Valor-p*
Parte objetiva na formação geral	74,04	16,21	75,00	74,57	16,86	75,00	0,793
Parte discursiva na formação geral	56,41	21,24	58,75	50,60	21,85	52,50	0,326
Formação geral	66,99	14,05	66,25	64,98	15,83	65,00	0,814
Parte objetiva no componente específico	41,11	9,64	41,20	37,73	13,85	35,30	0,176
Parte discursiva no componente específico	10,28	6,68	10,25	8,28	7,47	5,50	0,078
Componente específico	22,61	6,16	22,70	20,06	7,99	19,50	0,068
Prova	33,71	6,82	34,80	31,30	8,57	32,70	0,210

\*Teste Não-Paramétrico Mann-Whitney para o caso de 2 amostras independentes (nível de significância de 0,05)

### - Concluintes UEL e IMNA – Questões Objetivas

Analisando a proporção de acerto dos concluintes nas questões objetivas do componente específico, os estudantes da escola IMNA apresentam percentual de acertos maior em 9 das 17 questões, mas em apenas em 3 a diferença tem significância (18,26 e 27).

Das 8 questões em que os concluintes da UEL apresentam percentual de acerto superior, apenas na questão 28 a diferença é significativa. Nessa questão, os estudantes da UEL obtiveram 100% de acerto.

Apresenta-se a seguir o percentual de acerto dos concluintes das duas escolas, de acordo com as categorias estabelecidas.

**TABELA 20** - Percentual de Acertos dos Concluintes UEL e IMNA - Questões Objetivas

INSTITUIÇÃO	UEL		IMNA	
	Nº	Questões	Nº	Questões
Entre 85 e 100%	9	9,10,15,16,20,22,24,25,28	7	9,10,16,22,25,27,28
Entre 55 e 84%	4	18,19,23,27	6	15,18,19,20,23,24
Entre 40 e 54%	3	11,13,17	4	11,13,17,26
Entre 0 e 39%	1	26		-

Analisando a frequência do percentual de acertos dos concluintes, observa-se novamente que os estudantes da UEL apresentam melhor desempenho, com maior número de questões na faixa entre 85% e 100% de acerto. No entanto, os concluintes da escola IMNA não tiveram percentual de acerto entre 0% e 39% em nenhuma questão, sendo que os concluintes da UEL tiveram em uma questão.

Considerando o percentual de acerto dos concluintes nas questões objetivas, a escola IMNA apresenta desempenho melhor, considerando que em 2 questões os estudantes da escola IMNA obtiveram percentual de acerto significativamente maior. Entretanto, quando se analisa a parte objetiva como um todo, não há diferença entre o desempenho das duas escolas.

### - Ingressantes UEL e 1MNA – Questões Objetivas

Analisando o desempenho dos ingressantes com base no percentual de acertos nas questões objetivas, os estudantes da UEL apresentam percentual de acerto superior em 9 das 17 questões objetivas. Apenas na questão 28 essa diferença é significativa.

Os ingressantes da escola 1MNA obtiveram percentual de acerto superior em 7 questões, entretanto, em nenhuma delas há diferença significativa.

Apresenta-se a seguir o percentual de acertos dos ingressantes de acordo com as categorias estabelecidas.

**TABELA 21** - Percentual de Acertos dos Ingressantes UEL e 1MNA - Questões Objetivas

INSTITUIÇÃO	UEL		1MNA	
	Nº	Questões	Nº	Questões
Entre 85 e 100%	2	9,10	2	9,10
Entre 55 e 84%	4	15,19,24,28	5	15,16,19,24,28
Entre 40 e 54%	1	16		-
Entre 0 e 39%	10	11,13,17,18,20,22, 23,25,26,27	10	11,13,17,18,20,22,23,25, 26,27

O desempenho entre os ingressantes das duas escolas é muito semelhante, não só porque apresentam praticamente o mesmo número de questões em cada categoria, com diferença apenas em uma questão, na qual os estudantes da UEL apresentam percentual de acerto menor, mas também por que são exatamente as mesmas questões que se enquadram em cada uma das categorias.

### - Resultados Gerais UEL e 1MNA

Considerando as médias e o percentual de acertos, no geral os ingressantes da UEL apresentam desempenho melhor quando se considera

que entre as diferenças apresentadas, em apenas uma questão, na qual os estudantes da UEL se sobressaem, a diferença é significativa.

Levando em conta a frequência do percentual de acertos, a escola 1MNA apresenta uma questão com percentual superior. No entanto, quando se analisa a parte objetiva como um todo, considerando as médias não há diferença entre as escolas.

Considerando os resultados gerais na prova, com base nas médias, esse resultado se confirma. A média obtida pelos concluintes da UEL no componente específico foi 55,56 e pelos concluintes da escola 1MNA foi 50,09. Os ingressantes da UEL obtiveram média 22,61, e os ingressantes da escola 1MNA 20,06. Quando se considera apenas as questões objetivas, assim como nos demais grupos, as duas escolas também apresentam melhor resultado, a UEL com média 73,53 e a escola 1MNA com média 76,15.

A média dos concluintes da UEL nas questões discursivas do componente específico é 43,57 e os concluintes da escola 1MNA 48,39, ambas com resultados inferiores aos resultados obtidos nas questões objetivas. Quanto aos ingressantes da UEL, nas questões discursivas estes obtiveram média 10,28 e os ingressantes da escola 1MNA 8,28, bem abaixo do desempenho que obtiveram nas questões objetivas.

Analisando as duas escolas de um modo geral, embora as médias sejam diferentes, algumas vezes a favor da escola 1MNA, e outras a favor da UEL, em nenhuma variável analisada existe diferença significativa. O mesmo ocorre com os percentuais de acerto, já que em apenas uma questão existe diferença, na qual a UEL apresentou o maior índice de acerto.

Sendo assim, pode-se afirmar que a UEL e a escola 1MNA obtiveram resultados equivalentes no ENADE.

#### **6.2.4 Conclusão em relação aos resultados do ENADE 2004**

Desde o início do estudo se tinha em mente que avaliar o Curso de Medicina da UEL, mais especificamente o desempenho dos seus estudantes, implicava em considerar a metodologia de ensino adotada pelo curso, entendendo que esta poderia ser um diferencial na formação de seus estudantes.

O uso de metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem foi uma das estratégias utilizadas pelo curso para mudar a concepção de formação do médico do modelo hegemônico para o modelo voltado ao paradigma da integralidade.

Entendendo que para dar esse passo seria necessário muito mais que uma simples mudança curricular, e acompanhando as tendências de mudança da educação médica, o curso que já vinha introduzindo novas estratégias de ensino no currículo antigo, em função de sua participação no Projeto UNI, apostou em uma mudança mais radical, onde a metodologia de ensino passou a ser a questão central do processo de mudança.

A adoção da aprendizagem baseada em problemas, sem dúvida, causou o impacto desejado e exigiu de todos, principalmente do corpo docente que atuava nas primeiras quatro séries do curso, uma revisão geral de sua atuação como educador. A mudança de paradigma da concepção do currículo se expressava na mudança de concepção de educação imposta pela nova metodologia.

Houve todo um investimento na capacitação para que o corpo docente pudesse dar sustentação às mudanças, começando pela própria função desempenhada, passando de professor-ministrante a professor-tutor e não mais ensinando conteúdos distribuídos em disciplinas, e sim orientando e apoiando os estudantes na construção do conhecimento em módulos que integravam os saberes de várias disciplinas.

Esse é apenas um exemplo do que significava a mudança iniciada pelo curso, que além de mudar o jeito de ensinar, mudou onde ensinar, e para quê ensinar. Como as metodologias ativas de ensino-aprendizagem eram a base da mudança, houve na época uma tendência equivocada de se referir ao novo currículo do Curso da UEL como um “currículo PBL”. Até mesmo pelo protagonismo na mudança da formação médica no país, em conjunto com outras escolas médicas, esse movimento repercutiu significativamente e “ser” um “currículo PBL” no Brasil naquele momento era como ter um selo de qualidade que diferenciava essas escolas das demais.

Tanto interna como externamente, essa ideia foi se fortalecendo ao mesmo tempo em que as escolas pertencentes a esse grupo foram

percebendo que o equívoco inicial já trazia consequências. No Curso da UEL, particularmente, isso foi sendo sentido pela comunidade interna à medida que as novas séries foram sendo implantadas e percebeu-se que as ações desenvolvidas não davam conta de sustentar todas as mudanças.

Utilizar novos cenários, introduzir novas práticas, voltadas para a atenção integral da saúde, integrar ensino e serviços vinculando a formação médica às necessidades sociais de saúde com ênfase no SUS, entre outras coisas, demandam muito mais do que a introdução de novas metodologias. A valorização das estratégias de ensino acabou por tirar a atenção de questões tão importantes quanto na formação médica, além de passar uma falsa imagem sobre o que significava a mudança da educação médica que se encontrava em construção.

Nas palavras do coordenador do Curso na gestão 2004-2006, confirmava-se a preocupação:

*(...) o currículo atual do curso de medicina da UEL não é um “Currículo PBL, como se disse de forma equivocada em alguns momentos, e que muitas incompreensões causou no seio do movimento de educação médica nacional, acarretando dissabores e conflitos entre professores e estudantes do nosso curso com os de outras escolas. (COLEGIADO, 2005d:1)*

Nesse sentido, houve um novo esforço da coordenação do Curso em conscientizar tanto a comunidade interna quanto a externa que o currículo integrado era muito mais que um “currículo PBL”. Deveria significar a integração dos conteúdos, saberes e habilidades; a integração entre ensino, serviços e comunidade; a integração entre ensino e trabalho; a integralidade no atendimento ao paciente; enfim, a superação do modelo hospitalocêntrico, centrado no professor e na doença.

No caso específico da UEL, o currículo integrado tem outras características importantes que se somam ao uso de metodologias ativas de ensino, tais como a interdisciplinaridade, a formação multiprofissional, o enfoque sobre os determinantes sociais das doenças, a aproximação com



os serviços de saúde e com as comunidades, a aproximação entre teoria e prática desde o início do curso, e a eliminação da divisão do curso entre ciclo básico e ciclo clínico.

Considerando a necessidade de superar a questão em relação à denominação do novo currículo, a coordenação do Curso decidiu aprofundar os conhecimentos a respeito da metodologia PBL e das demais metodologias utilizadas no curso, realizando inclusive um estudo sobre o percentual das metodologias de ensino utilizadas. Além do PBL, o Curso utiliza a *problematização* (módulos de interação ensino, serviços e comunidade); a *demonstração dirigida* (módulos de habilidades clínicas e atitudes); a *observação participante* (módulos de atualização); e a metodologia de aprendizagem em serviço (internato).

Segundo o estudo, 57% da carga horária do Curso está distribuída nas quatro primeiras séries. Dentro dessa carga horária, as atividades tutoriais e de estudo orientado, que caracterizam a metodologia PBL, totalizam 50%, sendo que o restante é distribuído entre os módulos de habilidades, os módulos de interação ensino, serviços e comunidade, e os módulos de atualização, além das demais atividades complementares. O internato, referente à 5ª e 6ª séries, significa 43% da carga horária do Curso, onde a metodologia utilizada é a aprendizagem em serviço. (COLEGIADO, 2005d).

Considerando essa distribuição, a metodologia PBL não chega a 30% da carga horária curricular total no Curso que ficaria assim distribuída:

**QUADRO 06** - Distribuição da Carga Horária do Currículo em Relação às metodologias de Ensino

% CARGA HORÁRIA	METODOLOGIA DE ENSINO
28,5%	PBL
28,5%	Problematização, demonstração dirigida e observação participante
43%	Aprendizagem em serviço

Esse esclarecimento a respeito do uso de metodologias ativas pelo Curso de medicina da UEL se faz necessário para compreender o estudo realizado com os resultados do ENADE. Quando se pensou em analisar os dados do ENADE e comparar o desempenho dos estudantes da UEL com outros cursos, o objetivo era conhecer o desempenho dos estudantes do currículo integrado em comparação com estudantes de medicina de outros cursos.

Considerando que a mudança curricular ficou atrelada à mudança da metodologia de ensino, embora como se viu, isso fosse parte de um todo, a expectativa em relação ao desempenho dos estudantes também era motivada principalmente por serem os primeiros a serem formados por um currículo que fazia uso de metodologias ativas.

Era como se os riscos da mudança ter impactado negativamente na qualidade da formação oferecida pelo curso da UEL, fossem decorrentes das dúvidas quanto à efetividade do uso dessas metodologias. Como se as outras mudanças não pudessem implicar na qualidade da formação. Em função disso, foi feita a opção de comparar os resultados de estudantes de escolas médicas que utilizam ou não as metodologias ativas como estratégia de ensino-aprendizagem.

Considerando todo o processo de mudança implementado no Curso e entendendo essas mudanças no contexto da mudança de paradigma na educação médica, percebe-se que a metodologia de ensino foi o alicerce da mudança, mas não a essência. Sendo assim, conforme já explicitado, o estudo não teve a pretensão de analisar a metodologia de ensino em si, mas saber se sendo formados com o uso de metodologias ativas, os estudantes da UEL apresentavam bom desempenho quando comparados com estudantes de outras escolas médicas, fossem essas usuárias ou não de metodologias ativas.

Considerando os resultados apresentados, pode-se dizer que os estudantes da UEL não só apresentam bom desempenho quando comparados com grupos de escolas que utilizam ou não metodologias ativas, como

apresentam bom desempenho quando comparados com as escolas que obtiveram as melhores médias no ENADE.

Se a metodologia de ensino era uma preocupação de parte do corpo docente, que receava que a mesma pudesse impactar negativamente no desempenho dos estudantes frente a egressos de outras escolas médicas, o estudo demonstrou que isso não procedia.

No entanto, não é possível afirmar que o uso das metodologias ativas seja tão importante na formação dos estudantes da UEL a ponto de distingui-los dos demais. Para tanto, seria necessário um estudo mais aprofundado sobre o uso das metodologias, com o estabelecimento de controle sobre as demais variáveis da formação que interferem nos resultados obtidos no exame. Os bons resultados dos estudantes da UEL podem ser consequência de muitos outros fatores que agregam valor à sua formação, não só baseados na proposta do currículo integrado, mas que podem ter origem na própria história do Curso.

Também seria importante aprofundar as análises considerando o conteúdo das questões, e relacionando o resultado obtido pelos estudantes da UEL aos conteúdos, competências e habilidades desenvolvidos pelo currículo integrado, complementando a compreensão já possibilitada pela aplicação do TPMed, permitindo um acompanhamento externo do desenvolvimento dos estudantes.

Como verificou-se na análise do perfil dos estudantes da UEL, algumas questões que chamam a atenção e que podem ter interferido nos resultados, dizem respeito às horas semanais dedicadas ao estudo, ao uso da biblioteca e ao uso da pesquisa nos módulos. Estas questões estão associadas às metodologias de ensino utilizadas que favorecem a autonomia de estudo e estimulam o aprendizado permanente.

São indicadores importantes em um processo educacional, mas com certeza insuficientes para garantir uma formação qualificada. Na educação médica, como se viu, os parâmetros para uma boa formação extrapolam os limites da universidade e exigem a compreensão das necessidades de saúde da população no contexto do Sistema Único de Saúde.

O que se pode concluir, analisando os resultados dos estudantes da UEL, é que estes superam e muito os resultados da média nacional, superam a média dos grupos estudados e equivalem aos resultados dos estudantes das melhores escolas do país, considerados os resultados do Sistema Nacional de Avaliação de Educação Superior - SINAES. Daí a dizer que o curso da UEL forma bons profissionais, é preciso um olhar mais ampliado, que remete à perspectiva da avaliação institucional, na qual a qualidade é analisada considerando múltiplos referentes, e os resultados no ENADE passam a ter sua importância relativizada.



## CAPÍTULO VII

# **Avaliação: avanços e desafios no processo de transformação da Educação Médica**

Resgatando os objetivos iniciais a que se propôs o estudo, entende-se que foi possível analisar e refletir sobre o processo de Avaliação do Curso de Medicina da UEL e conhecer o desempenho de seus estudantes em comparação com outros cursos de medicina do país.

Para perceber o impacto do processo avaliativo e a importância da avaliação no processo de mudança vivenciado pelo Curso, foi preciso analisar a experiência de avaliação realizada frente à proposta de avaliação da educação superior, e analisá-la com base na proposta de avaliação da educação médica, de forma a compreendê-la a partir do contexto da área e do real significado das mudanças introduzidas.

Mudanças aqui entendidas como alterações nos processos, relações e conteúdos da Educação Médica, que segundo Almeida (1999) ocorrem em

três planos: (a) inovação (mudanças superficiais com alterações isoladas de processos, de conteúdos ou de relações); (b) reforma (alterações combinadas nas relações, nos processos e nos conteúdos), e (c) transformação (alterações globais de conteúdos, processos e relações).

Como se pôde verificar a partir da análise do desenvolvimento da Educação Médica brasileira, as mudanças do Curso de medicina da UEL superaram os dois primeiros planos, alcançando o plano estrutural, onde ocorreu uma verdadeira transformação, que já o colocava em uma posição de vanguarda no país.

Essa transformação, que se deu ao longo dos últimos anos, esteve sempre pautada pela avaliação. Quando se analisa os principais processos avaliativos da Educação Médica brasileira a partir da década de 1990, e até meados dos anos 2000, identifica-se a participação do Curso de Medicina da UEL em todos eles e sempre de forma ativa, como verifica-se no quadro 07.

Embora esses processos se diferenciem na forma de adesão das escolas, alguns sendo de forma voluntária, como a CINAEM e a CAEM/ABEM, outros por edital que selecionou por mérito apenas algumas escolas médicas, como o PROMED e o PRÓ-SAÚDE, e o último, o MEXA, tendo sido uma escolha do MEC/SESu de apenas três escolas médicas do país, o Curso de Medicina da UEL esteve presente em todos, demonstrando sua predisposição para a avaliação e seu papel de destaque no cenário nacional. A evolução das iniciativas de avaliação e de acreditação da Educação Médica e dos Cursos de Formação do Médico no período subsequente, apresentada no posfácio, contextualiza no momento atual, e valoriza a trajetória do Curso, que segue participando ativamente de todos esses processos.

**QUADRO 07 - Comparação dos Processos Avaliativos da Educação Médica e a Participação do Curso de Medicina da UEL.**

PROCESSOS	CINAEM ABEM, CFM e outras (9)	PROMED MS/MEC	PRÓSAÚDE MS/MEC	CAEM ABEM	MEXA MEC E MERCOSUL	UEL
Escolas (152)	76	50	38	33	03	Participou em todos
Objetivos	Diagnóstico e estímulo p/ adoção da Gestão Estratégica	Incentivo às mudanças curriculares e avaliação permanente	Diagnóstico e incentivo à qualificação da formação profissional	Diagnóstico, Cultura de Avaliação e construção de indicadores	Acreditação e Mobilidade Acadêmica	Identificação de fragilidades e potencialidades Aprimoramento do Curso
Dimensões	3	3	3	5	4	9
Segmentos	Professores, estudantes, e instâncias sociais	Professores estudantes e dirigentes das escolas e gestores dos serviços	Professores, estudantes e dirigentes das escolas, gestores dos serviços e lideranças comunitárias	Professores, estudantes e técnico-administrativos	Professores, estudantes, dirigentes e funcionários das escolas, serviços e comunidade	Professores, estudantes, funcionários e dirigentes da escola /serviços, profissionais de saúde, pacientes e lideranças comunitárias
Etapas	Autoavaliação e Oficinas	Autoavaliação e Av. Externa	Autoavaliação e Av. Externa	Autoavaliação e Av. Externa	Autoavaliação e Av. Externa	Autoavaliação, Av. Externa e Reavaliação



A qualidade do Curso atestada pela comissão externa foi comprovada pelos resultados do desempenho dos estudantes no ENADE 2004, ficando entre os melhores resultados do país. A validação desse processo se deu com o credenciamento do Curso pelo Mecanismo Experimental de Avaliação no âmbito do Mercosul – MEXA, coordenado no Brasil pelo MEC. Em 2005, a Comissão de Pares Avaliadores que verificou “*in loco*” a pertinência do informe de autoavaliação e constatou o cumprimento dos critérios e indicadores essenciais estabelecidos pelo MEXA para acreditação dos cursos de medicina, destacou alguns aspectos<sup>33</sup>, que segundo eles traduziam a identidade e a consistência interna do curso de Medicina da UEL:

- *A inserção do curso na filosofia do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) e a importância conferida à Atenção Básica;*
- *O desenho curricular voltado para as necessidades de saúde da população;*
- *As mudanças curriculares adaptativas ocorridas ao longo dos anos e a vigilância realizada sobre os efeitos dessas mudanças; e*
- *A imersão do curso em uma cultura de avaliação existente.*

Além de demonstrar a efetividade do processo de avaliação construído e desenvolvido nos moldes do SINAES, atendendo seus princípios e diretrizes e cumprindo todas as etapas previstas (autoavaliação, avaliação externa e meta-avaliação), cujos relatórios embasaram o processo de acreditação, os aspectos destacados sinalizam a coerência da proposta curricular do Curso com as demandas ainda atuais da Educação Superior e da Educação Médica.

Ao contrário, e até hoje, o modelo hegemônico da formação médica encontra respaldo no modelo hegemônico da ciência e da tecnologia, que segundo Dias Sobrinho (2006) é focado no produto e orientado a demandas pontuais caras e ambientalmente insustentáveis com baixa capacidade de impacto socioeconômico. Para ele, uma tecnologia social, orientada

---

33. Relatório de Avaliação do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina – Paraná – Brasil no Mecanismo Experimental de Credenciamento do Setor Educacional do MERCOSUL – MEXA/MEC. Outubro de 2005.

aos processos e não aos produtos, além de mais barata tem um impacto socioeconômico potencialmente maior que as tecnologias convencionais à medida que estimula o potencial criativo dos sujeitos na identificação e na solução dos problemas e controle dos processos. “Tem um grande potencial educativo, pois amplia o conhecimento da realidade, possibilita o exercício da responsabilidade social, socializa as condições de aprendizagem e fortalece o compromisso com a qualidade da vida comunitária”. (DIAS SOBRINHO, 2006:10)

A Educação Médica vem buscando a superação desses modelos redimensionando a formação do médico, na perspectiva do atendimento ao Sistema Único de Saúde, produzindo a chamada tecnologia social, construída a partir da realidade, onde os beneficiários tornam-se sujeitos desse processo. Entretanto, essa não é a realidade na grande maioria das Escolas Médicas brasileiras, e é, portanto, o grande desafio da Educação Médica.

A avaliação do Curso de Medicina da UEL demonstrou que esse foi o caminho trilhado pelo Curso que vinha modificando seus processos pedagógicos, ampliando e integrando conteúdos, e fortalecendo as relações entre a academia, os serviços e a comunidade, enfim, buscando a humanização da formação do médico.

Apesar dos resultados positivos do processo de avaliação, que fortaleceram a proposta curricular nos anos 2000 e, em consequência, a concepção de educação contida na mesma, é importante ressaltar que já havia sinais de desgaste na proposta.

Embora muito significativas no conjunto, demonstrando que era um caminho sem volta, em alguns campos as mudanças ainda precisavam ser consolidadas, e em todos precisariam ser permanentemente acompanhadas, avaliadas e alimentadas para que se mantivessem e se renovassem. Em qualquer processo educacional isso seria necessário. Na implementação de uma inovação educacional de grande amplitude como a adoção das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, e demais mudanças introduzidas pelo curso que geram conflitos, isso se torna imprescindível.

A cultura avaliativa existente no Curso se mostrou fundamental para o acompanhamento das mudanças e vinha orientando a gestão na definição das ações prioritárias que contribuíssem para a sua consolidação e para a superação de problemas. Durante dois anos (2003-2005), intensificou-se as ações avaliativas e estabeleceu-se um processo participativo, democrático, legítimo e transparente, com estratégias que possibilitavam que os problemas fossem identificados e que se aprofundasse a discussão entre os interessados, buscando meios para superá-los. Os instrumentos utilizados permitiam que as questões fossem abordadas com ou sem a identificação dos envolvidos, que podiam manifestar sua opinião sobre tudo o que dizia respeito ao Curso de Medicina, fossem elogios, sugestões, críticas ou até mesmo denúncias.

No entanto, por mais que os instrumentos e as estratégias de avaliação aprofundassem as discussões dos problemas, acabavam não dando conta de trazer à tona as questões de âmbito político que interferem no desenvolvimento dos processos e muitas vezes suplantam as questões técnicas. No caso específico da avaliação do Curso, o Sistema de Avaliação adotou estratégias que favorecessem o enfrentamento das questões técnicas, éticas, políticas e sociais, embora a decisão de explicitá-las seja sempre de caráter pessoal. Avançou-se em muitas questões, mas ficou claro que conviviam-se diariamente com outras que passavam ao largo da avaliação, tais como os conflitos nas relações humanas, o preconceito com a mudança, o desrespeito à diversidade, a falta de compromisso com a instituição, entre outras mais voltadas à postura pessoal e profissional, e até mesmo da própria formação dos envolvidos no processo de formação, grande parte egressa do modelo tradicional.

Essas questões afetavam diretamente a gestão do curso que dependia das estruturas gerenciais da universidade pública, e que não dispõe de mecanismos que permitam o seu enfrentamento. Nesse particular, a tomada de decisão, a partir dos resultados da avaliação, ficava submetida às estruturas de poder existentes na instituição e, por consequência, à legitimidade e à força política dos grupos que as ocupavam.

A impressão que ficou foi que a avaliação foi muito eficiente para compreender as ações e procedimentos administrativos e acadêmicos presentes do processo de formação, mas não tão eficiente para compreender as relações que se estabeleceram e que movem esse mesmo processo.

Os limites presentes nessa experiência permeiam a avaliação de instituições educacionais em todos os níveis e em todos os sentidos, dado o caráter social e público da educação. Por esse motivo a necessidade de fazer do processo avaliativo uma ação democrática e participativa, de forma a garantir a isenção necessária para lidar com seus limites e seus potenciais e para ter legitimidade e o respaldo da comunidade acadêmica na implementação e na manutenção das mudanças.

Quanto à questão central do estudo, não resta dúvida que os estudantes formados pelo currículo integrado do Curso de medicina da UEL apresentaram bom desempenho quando comparados aos estudantes de outros cursos do país, como se constatou nas análises dos resultados do ENADE 2004.

Naquele momento, as análises realizadas estavam focadas na comparação entre os grupos, mas são inúmeras as possibilidades de aprofundamento identificadas a partir dos resultados do ENADE, não mais apenas da primeira participação dos estudantes, mas de forma mais aprofundada, possibilitada pela série histórica dos resultados do Curso nos últimos 15 anos. O cruzamento do desempenho dos estudantes com os conteúdos e os momentos do currículo integrado, pode indicar fragilidades ainda não percebidas e ao mesmo tempo, iluminar potenciais não identificados, promovendo uma análise mais cuidadosa sobre a relação entre as práticas pedagógicas e os conteúdos propostos e os resultados obtidos, agora focado nas Diretrizes Curriculares de 2014.

A continuidade da aplicação do Teste de Progresso aos estudantes pela gestão do Curso, permite o acompanhamento sistemático de seu desenvolvimento cognitivo, mas não tem a abrangência do ENADE, que possui caráter nacional e engloba conteúdos de formação geral. O ENADE permitiria ainda verificar se ocorreram mudanças que possam ser atribuídas à trajetória dos estudantes na instituição, ou seja, identificando o valor

agregado durante sua permanência no curso de graduação, sua grande missão quando de sua criação.

Nesse particular cabe relembra os limites da comparação entre ingressantes e concluintes apresentados no Capítulo VI e o entendimento de que os indicadores de ganho somente poderiam ser plenamente conhecidos se os ingressantes de um curso avaliado prestassem o exame como concluintes três anos depois (Limana e Brito, 2005). Na área da medicina isso não é possível, já que os ingressantes que prestam o Exame em um ano como ingressantes, não fazem a prova como concluintes em outra fase do ciclo avaliativo. Para que isso fosse possível, seria necessária a alteração do cronograma proposto pelo INEP para o curso de medicina, que tem duração de 6 anos. Entendendo as dificuldades de um Exame Nacional atender às especificidades de cada área, fica o desafio de analisar o desempenho dos estudantes de medicina de forma a conhecer o real valor agregado pelo curso.

Como abordado na apresentação e no prefácio, o Curso de Medicina da UEL completou 50 anos de existência, e 20 anos do currículo integrado, que com certeza trouxeram o amadurecimento do processo de mudança, mas que segue enfrentando dificuldades para a manutenção de sua qualidade, potencializadas pelos limites orçamentários que hoje afetam todas as instituições de ensino superior no país. A retomada do processo avaliativo, seja interno, ou ainda pelo aprofundamento da análise dos resultados dos processos avaliativos externos, pode ser uma luz na difícil tarefa de manter os envolvidos engajados na luta diária e permanente da mudança.

Para finalizar, considerando os avanços e desafios no processo de transformação da Educação Médica, espera-se que as reflexões que permearam o texto tenham contribuído para ampliar a compreensão do papel da avaliação nos processos de mudança da Educação Superior, e particularmente no processo de mudança da Educação Médica e de outros cursos da área da saúde, quem sabe, até mesmo de outras áreas do conhecimento.

O seu desenvolvimento tornou possível conhecer e refletir sobre uma realidade concreta, onde os processos educacionais se renovam e se transformam apresentando uma nova perspectiva para a Educação Superior.

Compreender esse processo de formação para além de suas ações e relações, é uma tarefa árdua, somente possível se fizermos uso da avaliação em seu sentido mais amplo, tão bem definido por Dias Sobrinho:

*A avaliação tem muitas faces. Significa muitas coisas, se apresenta de muitos modos e busca cumprir distintas finalidades. Também oculta muitos significados. Não a podemos compreender simplesmente como instrumento ou mecanismo técnico. Ela produz sentidos, consolida valores, afirma interesses, provoca mudanças, transforma. (DIAS SOBRINHO, 2002b: 37)*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEM. (2003) **Avaliação da Educação** - Documento elaborado durante a Oficina ocorrida para discussão do SINAES - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA – ABEM. Brasília, 17 e 18 de outubro de 2003. 2p. <http://www.abem-educmed.org.br/>

ABEM. (2004) **XIV Fórum de Avaliação da Educação Médica - Documento base para discussão**. Elaborado para o XLII CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA – Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM. Vitória, Novembro de 2004. 7p. <http://www.abem-educmed.org.br/>

ABEM. (2005) **Sistematização dos Relatórios de Grupos da I Oficina Nacional sobre Avaliação das Condições de Ensino** - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA – ABEM. Brasília, Abril, 2005. 10p. <http://www.abem-educmed.org.br/>

ABEM. (2006) **Análise do Instrumento de Avaliação de Cursos apresentado pela CONAES em 2006 e posição do Conselho Deliberativo da ABEM** – aprovada no XLIV Congresso Brasileiro de Educação Médica, Gramado, setembro de 2006. 2p. <http://www.abem-educmed.org.br/>

ABEM. (2007) A Comissão de Avaliação das Escolas Médicas da Associação Brasileira de Educação Médica (CAEM/ABEM) completa o primeiro momento da Avaliação. **Boletim Virtual Número 24 – 2007**. [http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/boletim\\_virtual/boletim\\_virtual\\_24\\_2007.htm](http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/boletim_virtual/boletim_virtual_24_2007.htm)

AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. **Estratégias de Avaliação e a Transformação da Educação Médica no Brasil**. Texto produzido para o Boletim da ABEM para divulgação no **XIV Fórum de Avaliação da Educação Médica** realizado no XLII CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA – Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM. Vitória, Novembro de 2004. 5p. <http://www.abem-educmed.org.br/>

ALMEIDA, Marcio. (org) (2005) **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde**. Londrina: Rede Unida, 2005. 2ª ed.

ALMEIDA, Marcio. (1999) **Educação Médica e Saúde: Possibilidades de Mudança**. Londrina: Ed. UEL. Rio de Janeiro: ABEM, 1999. 196 p.

ALMEIDA, Marcio. (2001) **Desafios na Organização e na Gestão da Universidade**. In: ALMEIDA, Márcio. (org) **A Universidade Possível**. São Paulo, Cultura editores associados. Londrina, EDUEL, 2001. 344 p. p. 17-56.

ARAÚJO, Claisy. (2004) O desenvolvimento de Competências no ENADE: a mediação da avaliação nos processos de desenvolvimento psicológico e profissional. **Avaliação: Revista**

da Rede de Avaliação Institucional da Educação Superior Campinas. RAIES. Campinas, Ano 9, v.9, n.4. p. 77-97, dez 2004.

BANCO MUNDIAL. (1995) **La Enseñansa Superior: las lecciones derivadas de la experiencia**. Washington, 1995.

BELLEI, Sergio Luiz P. (2006) Universidade, Mercado e Crise do Pensamento. In: RISTOFF, Dilvo. I., SEVEGNANI, Palmira (org) Seminário: “Universidade e compromisso social” Brasília, 25 e 26 de Agosto de 2005, Brasília – DF. **Coleção Educação Superior em Debate**; v. 4– Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, Brasília, 2006.

BELLONI, Isaura; BELLONI, José Ângelo. (2003) Questões e propostas para uma avaliação institucional formativa. In: FREITAS, Luiz Carlos, 2003. **Avaliação de Escolas e Universidades**. Campinas: Komedi, 2003.

BERTOLIN, Júlio C. G. (2004) A transformação do SINAES: da proposta emancipatória à Lei híbrida. **Avaliação**: Revista da Rede de Avaliação Institucional da Educação Superior. RAIES. Campinas, v.9, n.4. p. 67-76, dez 2004.

BOGADO, Mara Lucia Garanhani et al. (1999) Superando desafios na construção de amplas reformas curriculares. In: ALMEIDA, Marcio Jose; FEUERWERKER, Laura e LLANOS C., Manuel. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina. Teoria e prática de um movimento em mudança**. São Paulo: Ed. HUCITEC, Buenos Aires: LUGAR EDITORIAL S/A, Londrina: Ed. UEL, 1999.

BRASIL. (1999) **Exame Nacional de Cursos**. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais – INEP. Brasília, 1999.

BRASIL. (2002) **PROMED – Programa de incentivo às mudanças curriculares nos cursos de medicina. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde**. Brasília, DF. MS/MEC: Mimeo, 2002.

BRASIL. (2003a) IDES. Índice de Desenvolvimento do Ensino Superior – A nova geração da avaliação do ensino superior brasileiro. MEC/SESu, Brasília, dez. 2003.

BRASIL. (2003b) Avaliação Institucional e das condições de ensino nas carreiras de saúde. **Informação**. MS/SEGTES/DEGES. Brasília, DF, julho, 2003.

BRASIL. (2005a) **Anteprojeto de Lei**. Reforma da Educação Superior. Ministério da Educação – MEC. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. (2005b) **Resumo Técnico: ENADE 2004**. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP/MEC. Brasília, DF, 2005. 142p.



BRASIL. (2005c) **Relatório Síntese – Medicina – ENADE 2004**. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – DEAES/INEP/MEC e Fundação CESGRANRIO. Brasília, DF, 2005. 184p.

BRASIL. (2005d) **Relatório do Curso de Medicina da UEL – ENADE 2004**. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP/Mec. Brasília, DF, 2005. 21p.

BRASIL. (2005e) **PRO-SAÚDE: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 77 p.

CAEM/ABEM. (2006) **Projeto de Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação das Escolas Médicas Brasileiras**. Comissão de Avaliação da Educação Médica da Associação Brasileira de Educação Médica – CAEM/ABEM. <http://www.abem-educmed.org.br/caem/index.htm>. Rio de Janeiro, RJ. 2006. 21p.

CASANOVA, Pablo. Gonzáles. (2001) A Nova Universidade. In: GENTILI, Pablo. (org). **Universidades na Penumbra: Neoliberalismo e reestruturação universitária**. São Paulo, Cortez, 2001.

CAMPOS, João J. B. et al. (1994) Gestión de calidad de la enseñanza médica: el caso Londrina, Brasil. **Encuentro Continental de Educacion Medica**. Organizacion Panamericana de la Salud y FAcultad de Medicina dela Republica, Punta Del Este, Uruguay, 1994.

CASTRO, Magali de. (1997) Gestão de universidades do terceiro milênio: alguns desafios e perspectivas. **Ensaio – Avaliação e políticas públicas em educação**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 17, p. 463-475, out./dez. 1997.

CATANI, Afrânio Mendes. e OLIVEIRA, João Ferreira. (1999) A UNIVERSIDADE PÚBLICA NO Brasil: identidade e projeto institucional em questão. In: TRINDADE, Héglio. (org). **Universidade em Ruínas na República dos professores**. Petrópolis, Vozes. Porto Alegre, CIPEDES, p. 179 a 189. 1999.

CINAEM. (1997) **Avaliação do ensino médico no Brasil: relatório geral 1991-1997**. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico, Brasília. 1997.

COLEGIADO DO CURSO DE MEDICINA DA UEL. (2003) **Sistema Integrado de Avaliação do Curso de Medicina da UEL - SIAMed**. Centro de Ciências da Saúde – UEL. Londrina, 2003.

COLEGIADO DO CURSO DE MEDICINA DA UEL. (2004) **Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina da UEL - PPPMed**. Centro de Ciências da Saúde – UEL. Londrina, 2004.

COLEGIADO DO CURSO DE MEDICINA DA UEL. (2005a) **Manual Geral do Estudante**. Centro de Ciências da Saúde – UEL. Londrina, 2005. 35p.

COLEGIADO DO CURSO DE MEDICINA DA UEL. (2005b) Instrumento de Auto-avaliação dos Cursos de Graduação. **Mecanismo Experimental de Credenciamento – MEXA - dos Cursos de Medicina**, no âmbito do Setor Educacional do Mercosul, coordenado pelo Ministério da Educação. Centro de Ciências da Saúde – UEL. Londrina, 2005.

COLEGIADO DO CURSO DE MEDICINA DA UEL. (2005c) Informe Institucional. **Mecanismo Experimental de Credenciamento - MEXA - dos Cursos de Medicina**, no âmbito do Setor Educacional do Mercosul, coordenado pelo Ministério da Educação. Centro de Ciências da Saúde – UEL. Londrina, 2005.

COLEGIADO DO CURSO DE MEDICINA DA UEL. (2005d). **Coletânea de Pré-propostas para o VI Fórum do Curso de Medicina da UEL**. Centro de Ciências da Saúde, UEL, Londrina, 2005. 20p.

COMISSÃO ESPECIAL DE AVALIAÇÃO. (2003) **SINAES. Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – Bases para uma nova proposta de Avaliação da Educação Superior Brasileira**. MEC/SESu. Brasília, set. 2003.

COMISSÃO NACIONAL DE AVALIAÇÃO. (1993) **Documento Básico Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras: Uma proposta Nacional**. Brasília, 26 de novembro de 1993.

COSTA NETO, P. L. O. **Estatística**. São Paulo, Edgar Blucher ed., 1977.

CRUB. (2000) **Proposta de modelo de Avaliação Institucional para as Universidades Brasileiras**. CONSELHO DE REITORES DAS UNIVERSIDADES BRASILEIRAS. Brasília, 2000.

CONTERA, Cristina. (2002) Modelos de Avaliação da Qualidade da Educação Superior. In: DIAS SOBRINHO, José e RISTOFF, Dilvo I. **Avaliação Democrática: Para uma universidade cidadã**. Florianópolis: Insular, 2002.

DIAS SOBRINHO, José e RISTOFF, Dilvo I. (2002) **Avaliação Democrática: Para uma universidade cidadã**. Florianópolis: Insular, 2002.

DIAS SOBRINHO, José. (2004) Sobre a proposta do “Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior” **Avaliação**. Campinas. RAIES. p.113-126. Ano 9, vol. 9, nº1 Dezembro, 2004.

\_\_\_\_\_. (2003d) SINAES. Múltiplos instrumentos para uma avaliação mais ampla e consistente. Entrevista coletiva à imprensa de Londrina e publicada no **Boletim Informativo da Rede Unida**, Ano XVIII, nº 41, Londrina, 2003.

\_\_\_\_\_. (2003c) Editorial. **Avaliação**: Revista da Rede de Avaliação Institucional da Educação Superior. Campinas, v. 8, n 1, mar, 2003.

\_\_\_\_\_. (2003b) **Avaliação - Políticas Educacionais e Reformas da Educação Superior**. São Paulo, Cortez, 2003.

\_\_\_\_\_. (2003a) Autonomia e Avaliação. Texto apresentado no **Seminário Universidade XXI**, org. pelo Ministério da Educação – MEC, Brasília, nov. 2003.

\_\_\_\_\_. (2002c) Campo e caminhos da avaliação: a avaliação da educação superior no Brasil. In: FREITAS, Luiz Carlos de. **Avaliação: construindo o campo e a crítica**. Florianópolis: Insular, 2002.

\_\_\_\_\_. (2002b) Educação e Avaliação: Técnica e Ética. In: DIAS SOBRINHO, José; RISTOFF, Dilvo I. **Avaliação Democrática: Para uma universidade cidadã**. Florianópolis: Insular, 2002.

\_\_\_\_\_. (2002a) **Universidade e avaliação: entre a ética e o mercado**. Florianópolis: Insular, 2002.

\_\_\_\_\_. (1999b) Avaliação e privatização do ensino superior. In: TRINDADE, H. (Org.) **Universidade em ruínas: na república dos professores**. Petrópolis: Vozes, Porto Alegre, CIPEDES 1999.

\_\_\_\_\_. (1999a) Concepções de universidade e de avaliação institucional. In: TRINDADE, H. (org). **Universidade em Ruínas na República dos professores**. Petrópolis, Vozes. Porto Alegre, CIPEDES, 1999.

\_\_\_\_\_. (1998b) (Org.). Funcionamento e modos sociais da Avaliação Institucional. **Avaliação**: Revista da Rede de Avaliação Institucional da Educação Superior. Campinas, v. 3, n. 1, p. 65-76, jun. 1998.

\_\_\_\_\_. (1998a) Editorial. **Avaliação**: Revista da Rede de Avaliação Institucional da Educação Superior. Campinas, v. 3, n. 1, p. 5-8, mar. 1998a.

\_\_\_\_\_. (2005) **Dilemas da Educação Superior no Mundo Globalizado: Sociedade do conhecimento ou economia do conhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. 258 p.

FERLA, Alcindo Antonio. Avaliação CINAEM do ensino médico: medicalização ou inovação. **Avaliação**. Revista da Rede de Avaliação Institucional da Educação Superior. Campinas. v. 3. nº 2. p.53-64, jun, 1998.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. (2002) **Mudanças na educação medica: os casos de Londrina e Marília**. São Paulo: HUCITEC; Londrina: Rede UNIDA; Rio de Janeiro: ABEM, 2002.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. LIMA, Valéria Vernaschi de. (2002) **Os Paradigmas da Atenção à Saúde e a Formação de Recursos Humanos**. Texto produzido para publicação patrocinada pela Secretaria de Política do Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília, DF. 2002. 12p.

FREITAS, Luiz Carlos de. (2003) Questões e propostas. Avaliação Institucional de Escolas e Universidades: o debate. In: FREITAS, Luiz Carlos. **Avaliação de Escolas e Universidades**. Campinas, Komedi. 2003.

FRIEDMAN, Milton. (1962) **Capitalism and Freedom**. Chicago. University of Chicago Press, 1962.

GENRO, Tarso. (2005) A Reforma da Educação Superior no Brasil. Texto apresentado no **Seminário Internacional Reforma e Avaliação da Educação Superior - Tendências na Europa e na América Latina**. São Paulo, 2005. 51 p.

GENTILI, Pablo. (2001) A Universidade na Penumbra: O círculo vicioso da precariedade e a privatização do espaço público. In GENTILI, Pablo. (org). **Universidades na Penumbra: neoliberalismo e reestruturação universitária**. São Paulo, Cortez, 2001.

GOERGEN, Pedro. (2005a) Prefácio. In: DIAS SOBRINHO, José. **Dilemas da Educação Superior no Mundo Globalizado: Sociedade do conhecimento ou economia do conhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 11-19.

\_\_\_\_\_. (2005b) Universidade e compromisso social. Texto apresentado no Seminário **“Universidade e compromisso social”** realizado pelo INEP/MEC em 25 e 26 de Agosto de 2005, Brasília - DF.

\_\_\_\_\_. (2002) Ensino Superior e Formação: elementos para um olhar ampliado da avaliação. In: DIAS SOBRINHO, José; RISTOFF, Dilvo I (Orgs.) **Avaliação Democrática para uma universidade cidadã**. Florianópolis: Insular, 2002.

HANSEN, Gilvan Luiz. (2001) Limites e Potenciais das novas modalidades de Gestão Universitária. In: ALMEIDA, Márcio. **A Universidade Possível**. São Paulo, Cultura editores associados. Londrina, EDUEL, 2001. 344 p. p. 285 – 304.

J.H.C. MOUST, H.J.M. VAN BERKEL & H.G. SCHMIDT. (2005) Sinais de desgaste: reflexões sobre três décadas de aprendizagem baseada em problemas na Universidade de Maastricht. Artigo publicado na Revista **Higher Education** (2005) 50:665-683 e traduzido por Kilda Gimenez, com contribuições de Gerson Zanetta de Lima, Rosa Elisa Linhares e Marcio Almeida, para uso no Curso de Medicina da UEL. Centro de Ciências da Saúde – UEL. Londrina, 2007.15p.

KOMATSU, Ricardo S. (2004) **Aprendizagem Baseada em Problemas: Sensibilizando o olhar para o idoso**. Londrina: Rede Unida. Rio de Janeiro: ABEM. São Paulo: SBGG. 2003. 188 p.

LAMPERT, Jadete. (2002) **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil. Tipologia de escolas**. HUCITEC-ABEM, 2002.

LAMPERT, Jadete. et al. **Projeto de Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação das Escolas Médicas Brasileiras**. Comissão de Avaliação da Educação Médica da Associação Brasileira de Educação Médica – CAEM/ABEM. <http://www.abem-educmed.org.br/>. Rio de Janeiro, RJ. 2006. 21p.

LEHER, Roberto. (2001) Projetos e Modelos de Autonomia e Privatização das Universidades Públicas. In: GENTILI, Pablo. (org) **Universidades na Penumbra: Neoliberalismo e reestruturação universitária**. São Paulo, Cortez, 2001.

LEITE, Denise B. C. (1997) Avaliação e tensões Estado, universidade e sociedade na América Latina. **Avaliação**: Revista da Rede de Avaliação Institucional da Educação Superior. Campinas, v. 2, mar., 1997.

\_\_\_\_\_. (1998) Editorial. **Avaliação**. Ano 3, Vol. 3, nº2(8), Junho,1998. Campinas RAIES.

LEITE, Maria Cecília Lorea. (1998) Avaliação e Relações de Poder: PAIUB e Exame Nacional de Cursos. **Avaliação**: Revista da Rede de Avaliação Institucional da Educação Superior. Campinas - Ano 3, Vol.3 nº 1- março. 1998.

LIMA, E. (1996) A trajetória do curso de medicina: 29 anos de ensino médico em Londrina. In: **Anais do 1º Seminário de Avaliação do Curso de Medicina**. 79p. Londrina, 1996.

LIMANA, Amir. BRITO, Márcia R. (2005) O modelo de avaliação dinâmica e o desenvolvimento de competências: algumas considerações a respeito do ENADE. **Avaliação**: Revista da Rede de Avaliação Institucional da Educação Superior Campinas. RAIES. p.9-32. Ano 10, Vol. 10, nº 2, junho. 2005.

MINAYO, M.C.S. (2005) Conceito de Avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M.C.S., ASSIS, S.G., SOUZA, E.R. (2005) (org.) **Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005. p.19-51.

MINAYO, Cecília. (2006) **O Desafio do Conhecimento; pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro. 9ª ed. revista e aprimorada. São Paulo, Hucitec, 2006.

MORAES, Reginaldo. C. (2002) Reformas Neoliberais e Políticas Públicas: hegemonia ideológica e redefinição das relações Estado – Sociedade. **Educação e Sociedade**, vol. 23, número especial. São Paulo, Cortez. Campinas, CEDES, 2002.

MORIN, Edgar. (1999) **Complexidade e Transdisciplinaridade: a reforma da universidade e do ensino fundamental**. Tradução de Edgard de A. Carvalho. Natal: EDUFRN, 1999.

NEAVE, Guy. (1998) On the cultivation of quality, efficiency and enterprise: na overview of recents trends in higher education in Western Europe. **European Journal of Education**, n. 1/2, 1988.

PAIM, Jairnilson. TEIXEIRA, Carmem. (2002) Conjuntura atual e formação de pessoal em saúde: Problemas, desafios e oportunidades. Texto elaborado para o **Congresso Nacional da Rede UNIDA**. Londrina, 2003.13p.

PALHARINI, Francisco de Assis. (2001) Tormento e Paixão pelos caminhos do PAIUB. **Avaliação**: Revista da Rede da Avaliação Institucional da Educação Superior. Campinas, v. 6, n. 6, p. 15-26. mar. 2001.

PEREIRA, E.M.A. (2003) **As implicações da pós modernidade para a universidade**. Texto apresentado à disciplina de Filosofia e Currículo da Educação Superior da Faculdade de Educação da UNICAMP. Campinas. Maio, 2003.

PERIM, Gianna L.; ZANETTI, Rosângela R. (2001) Avaliando para transformar: A experiência da UEL com a Avaliação Institucional. In: ALMEIDA, Márcio. **A Universidade Possível**. São Paulo, Cultura editores associados, 2001. p. 247- 273

PERIM, Gianna L.; et al. (2005) Sistema Integrado de Avaliação do Curso de Medicina da UEL: SIAMed. **Avaliação**: Revista da Rede da Avaliação Institucional da Educação Superior. Campinas, v.10, n. 10, p. 135-169. mar. 2005.

PERIM, Gianna L.; et al. (2008) Avaliação Institucional no Curso de Medicina da UEL: uma experiência inovadora. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 217-229. Jun. 2008.

PRIMI, Ricardo. (2005) Evidências de Validade das Provas do ENADE 2004. In: RISTOFF, D., LIMANA, A., BRITO, M. R. F. (orgs) “ENADE, perspectivas de avaliação dinâmica e análise de mudança” 18 e 19 de agosto de 2005, Brasília. DF. **Coleção: Educação Superior em debate**, v. 2 Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. 222p. p 59 a 76.

REDE UNIDA. (2003) Análise crítica da Rede UNIDA & ABEM sobre a proposta do INEP para avaliação das condições de ensino dos cursos de medicina. **Cadernos da Rede UNIDA – Série Documentos Técnicos**. v. 1 – n° 1. fev/2003. Londrina, 2003.

REDE UNIDA. (2005) **Os Projetos PROMED: Processos, Resultados e Avaliação**. Relatório Oficina N° 44 do VI Congresso Nacional da Rede UNIDA. Belo Horizonte, julho de 2005.

RIFKIN, S.B. MULLER, F. BICHMANN, W. (1988) **Primary health care: on measuring participation**. Soc. Sci. Med. v. 26, n° 9, pp 931-940, 1988.

RISTOFF, Dilvo. GIOLO, Jaime. PACHECO, Roberto. MORALES. Aran BAY Tcholakian. (2006) BASIS – Banco de Avaliadores do SINAES e perfil dos Integrantes. **Avaliação**. Revista da Rede de Avaliação Institucional da Educação Superior. Campinas. V. 11. n° 4. p.153-173, dez. 2006.

SANTOS, Boaventura de Sousa. (2001) Da ideia da universidade à universidade de ideias. In: SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.

SANTOS FILHO, José Camilo dos. (1999) Especificidade da universidade: Implicações para a avaliação institucional. **Revista Pró-Posições**. Campinas, v. 6, n.1, p: 9-21, mar. 1999.

SGUISSARDI, Valdemar. (1999) Dearing Report: novas mudanças na educação superior inglesa? In: TRINDADE, H (org). **Universidade em Ruínas na República dos Professores**. Petrópolis, Vozes. Porto Alegre, CIPEDS, 1999.

SORDI, Mara Regina Lemes de. (2002) Entendendo as lógicas da avaliação institucional para dar sentido ao contexto interpretativo. In: VILLAS BOAS, Benigna Maria de Freitas (Org.). **Avaliação: Políticas e práticas**. [s.l], 2002. p. 65-81. (Coleção Magistério: Formação e Trabalho Pedagógico).

\_\_\_\_\_. (2006) A avaliação como promotora da qualidade social nos cursos da área da saúde: das palavras aos atos. **Avaliação: Revista da Rede de Avaliação Institucional da Educação Superior** Campinas. RAIES. p.87-101. Ano 11, vol. 11, n° 2. junho, 2006.

STELLA, Regina Celes de Rosa. (2007) A prática médica no contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina. São Paulo, SP. 2007.14p.

TEIXEIRA, Anísio. **A universidade de Ontem e de Hoje**. Coleção Universidade. Organização e introdução: Clarisse Nunes. Rio de Janeiro. EdUERJ, 1998. 104p.

VENDRAMINI, Claudete. (2005) Avaliação Multidimensional de Desempenho do Estudante. **Avaliação**: Revista da Rede de Avaliação Institucional da Educação Superior Campinas. RAIES. p.27-40. Ano 10, vol. 10, nº3 Setembro, 2005.

WALTON, H. (1994) 'World Summit on Medical Education'. **Medical Education**, 28 Supplement 1, 142-149, 1994.

Sites consultados

[http://www.inep.gov.br/superior/enade/enade\\_default.htm](http://www.inep.gov.br/superior/enade/enade_default.htm)

<http://www.inep.gov.br/superior/enade/consulta/>

[http://www.mec.gov.br/reforma/Noticias\\_Detalhe.asp?Codigo=8210](http://www.mec.gov.br/reforma/Noticias_Detalhe.asp?Codigo=8210)

<http://www.abem-educmed.org.br/>



# ÍNDICE REMISSIVO

## A

- ABEM. *Ver* Associação Brasileira de Educação Médica
- ABEM, 2003 - 97
- ABEM, 2004 - 96
- ABEM, 2005 - 98
- ABEM, 2006 - 98, 102, 103, 104, 105
- ABEM, 2007 - 106
- ABESC. *Ver* Associação Nacional das Universidades Concessionais
- ABP. *Ver* Aprendizagem Baseada em Problemas
- ABRUEM. *Ver* Associações das Universidades Públicas Estaduais e Municipais
- Acreditação - 39, 226, 228, 263
- Aguiar, 2004 - 96
- Almeida, Marcio - vii, viii, 3, 76, 240
- Almeida, Marcio José de - iv, ix, 6, 20
- Almeida, 1999 - 62, 63, 66, 67, 76, 109, 116, 147, 225
- Almeida, 2005 - 73, 75
- American Educational Research Association* - 180, 181
- American Psychological Association* - 180, 181
- Amorim Filho, João - 7
- ANASEM. *Ver* Avaliação Nacional Seriada do Estudante de Medicina
- ANDES. *Ver* Associação Nacional dos Docentes
- ANDIFES. *Ver* Reitores das Universidades Federais
- Antunes, Carlos Roberto - 48
- ANUP. *Ver* Associação Nacional das Universidades Particulares
- Aprender SUS - 18
- Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) - 8, 15, 120, 122, 123, 124, 127, 191, 240. *Ver também* Problem Based Learning (PBL)
- Aprendizagem em serviço - 124, 220
- Araújo, 2004 - 166
- ARCU-SUL. *Ver* Sistema de Acreditação Regional de Cursos Universitários Mercosul
- ASCOM/MEC, 2006 - 32
- Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) - iv, viii, ix, x, 2, 3, 4, 5, 11, 17, 22, 71, 73, 78, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 114, 116, 122, 142, 234, 226, 227, 234, 236, 239, 240, 242, 260, 262, 263
- das Universidades Públicas Estaduais e Municipais (ABRUEM) - 36
- Européia de Escolas (AMEE) - 122
- Nacional das Universidades Concessionais (ABESC) - 36
- Nacional das Universidades Particulares (ANUP) - 36
- Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES) - 36
- Nacional dos Docentes (ANDES) - 35
- Atenção Primária em Saúde - 67
- Ativadores dos Processos de Mudança - 18
- Atos autorizativos - 59
- regulatórios - 59
- Autoavaliação Institucional - 47
- Autonomia universitária - 29, 30
- Avaliação da Educação Médica - x, 11, 15, 21, 23, 24, 35, 38, 50, 53, 54, 57, 71, 77, 95, 96, 100, 101, 127, 132, 148, 160, 171, 223, 234, 235, 236, 238, 240, 242
- da Educação Superior - 11, 15, 21, 23, 35, 38, 50, 53, 54, 57, 96, 101, 127, 132, 148, 160, 171, 223, 235, 238, 242
- das Condições de Ensino - x, 47, 92, 95, 97, 128, 234
- diagnóstica - 256
- do Curso de Medicina da UEL VII, 21, 22, 134, 144, 162, 225, 236, 241
- do Modelo Pedagógico das Escolas Médicas - 80

(Continuação)

- dos Cursos de Graduação (ACG) - 98, 142
  - emancipatória - 256
  - formativa - 256
  - in loco - 52, 97, 171
  - institucional - ix, 11, 15, 21, 23, 35, 36, 38, 44, 47, 50, 53, 54, 56, 57, 79, 96, 101, 127, 132, 148, 160, 171, 223, 235, 237, 239, 240, 241, 238, 242, 243
  - institucional externa - 47
  - inter-pares - 131
  - Avaliação Nacional Seriada do Estudante de Medicina (ANASEM) - 259, 260
  - pelo tutor - 131
  - regulatória - 256
  - somativa - 256
- Avaliadores - 42, 47, 56, 57, 59, 92, 94, 128

## B

- Baldy, José Luís da Silveira - 8
- Banco de Avaliadores do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (BASis) - 56, 57, 58, 242
- BASis. *Ver* Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
- Batista, Nildo Alves - iv, viii, 4
- Belloni, 2003 - 39, 130
- Bertolin, 2004 - 49
- Bogado *et al*, 1999 - 117
- Brandina, Lauro - 8
- Bransford *e cols*. 1999 - 124
- Brasil, 1999 - 40
- Brasil, 2002 - 82, 83, 84, 85
- Brasil, 2003a - 49
- Brasil, 2003b - 93, 99
- Brasil, 2005a - 28, 29, 30
- Brasil, 2005b - 168, 169, 171
- Brasil, 2005c - 169, 171, 172, 173, 174, 175, 183
- Brasil, 2005d - 190
- Brasil, 2005e - 88, 91, 92
- Brito, Ângela Sarah Jamuce de - 8

Buarque, Cristovam - 46, 49

## C

- CAEM. *Ver* Comissão de Avaliação das Escolas Médicas
- CAES. *Ver* Comissão de Avaliação das Escolas da Área de Saúde
- CAMEM. *Ver* Comissão de Acompanhamento e Monitoramento de Escolas Médicas
- Campos, João José Batista de - iv, vii, 2, 10
- Campos *et al*, 1994 - 117
- CAPES. *Ver* Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- Case Based Learning - 15
- Castro, 1997 - 33
- CAVMed. *Ver* Comissão de Avaliação do Curso
- CCS. *Ver* Centro de Ciências da Saúde
- CEA. *Ver* Comissão Especial de Avaliação
- CEA, 2003 - 132
- Censo da Educação Superior - 258
- Centro Colaborador em Educação e Prática Médica pela Organização Mundial da Saúde - 116
- Centro de Ciências da Saúde (CCS) - 7, 16, 110, 115, 116, 120, 134, 144, 156, 157, 160, 162, 236, 237, 240
- CFM. *Ver* Conselho Federal de Medicina
- Changing Medical Education and Practice - 16
- Chaves, Mario - 17
- CINAEM, 1997 - 79, 116, 117, 118
- CINAEM. *Ver* Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
- CIVITAS. *Ver* Instituto Internacional de Estudos Avançados em Ciência, Técnica e Cultura
- CNA. *Ver* Comissão Nacional de Avaliação
- CNE. *Ver* Conselho Nacional de Educação
- CNPq. *Ver* Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- COBEM. *Ver* Congresso Brasileiro de Educação Médica
- CPA. *Ver* Comissão Própria de Avaliação
- Coelho, Izabel Cristina Meister Martins - viii

Colegiado, 2003 - 134  
 Colegiado, 2004 - 122, 126, 133  
 Colegiado, 2005a - 111  
 Colegiado, 2005b - 125, 147  
 Colegiado, 2005d - 219, 220  
 Collaborative Active Based Learning -15  
 Comissão  
   de Avaliação das Escolas Médicas (CAEM)  
   - 22, 265, 99, 101, 102, 103, 104, 105,  
   226, 227, 234, 236, 240, 260  
   de Avaliação das Escolas da Área de Saúde  
   (CAES) - 260  
   de Avaliação do Curso (CAVMed) - 11, 21,  
   129, 134, 136, 157  
   de Acompanhamento e Monitoramento de  
   Escolas Médicas (CAMEM) - 259  
   Especial de Avaliação (CEA) - 46, 49, 132  
   Interinstitucional Nacional de Avaliação  
   do Ensino Médico (CINAEM) - x, 4, 17,  
   21, 71, 73, 78, 79, 80, 81, 82, 93, 100,  
   101, 115, 116, 117, 118, 131, 226, 227,  
   236, 239  
   Nacional de Avaliação, 1993 - 38  
   Nacional de Avaliação (CNA) - 267, 36,  
   37, 47, 53, 98, 262  
   Nacional de Educação Superior (CONAES)  
   - 31, 261  
   Própria de Avaliação (CPA) - 51, 55, 258  
   Técnica de Acompanhamento da Avaliação  
   (CTAA) - 56  
 Componente específico - xi, 169, 170, 171,  
 172, 173, 174, 176, 180, 182, 183, 186, 188,  
 189, 190, 195, 197, 198, 199, 200, 201, 202,  
 203, 204, 205, 206, 207, 208, 210, 211, 212,  
 213, 214, 215, 217  
 CONAES. *Ver* Comissão Nacional de Educação  
 Superior  
 Conferência Andina - 66  
 Conferência Mundial de Educação Médica - 66,  
 67, 71, 118  
 Conferência Mundial de Educação Superior - 71  
 Congresso  
   Brasileiro de Educação Médica (COBEM) -  
   98, 105, 116, 234  
   Paulista de Educação Médica - 86

Conselho  
   de Reitores das Universidades Brasileiras  
   (CRUB) - 35  
   Federal de Medicina (CFM) - 78, 79, 227,  
   262  
   Nacional de Desenvolvimento Científico e  
   Tecnológico (CNPq) - 56  
   Nacional de Educação (CNE) - 10, 18, 72,  
   98, 3, 75, 76, 94, 110, 172  
   Conselho Regional de Medicina do Estado  
   de São Paulo (CREMESP) - 261  
 Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de  
 Nível Superior (CAPES) - 41, 45, 47  
 Costa, Fernando - 8  
 Costa, Neide Tomimura - iv, vii, 10  
 CRUB. *Ver* Conselho de Reitores das  
 Universidades Brasileiras  
 CRUB, 2000 - 35  
 Currículo integrado - x, 8, 13, 14, 21, 110,  
 111, 112, 115, 119, 120, 125, 126, 131, 133,  
 136, 147, 150, 151, 153, 155, 156, 157, 159,  
 161, 219, 221, 222, 231, 232  
 Currículo integrado do curso de medicina da  
 UEL - 13  
 Curso de Especialização em Saúde da Família  
 - 114  
 Curso de Medicina da Universidade Estadual  
 de Londrina - iv, vii, ix, x, 4, 7, 8, 9, 10, 21,  
 22, 23, 24, 25, 109, 115, 120, 121, 122, 131,  
 132, 134, 144, 156, 157, 160, 162, 188, 217,  
 225, 226, 227, 229, 232, 236, 237, 240, 241  
**D**  
 DEAES. *Ver* Diretoria de Estatísticas e  
 Avaliação da Educação Superior  
 Declaração de Edimburgo - 71  
 DCN. *Ver* Diretrizes Curriculares Nacionais  
 Demonstração dirigida - 220  
 De Sordi, 2006 - 166  
 Dias Sobrinho, 1998a - 41  
 Dias Sobrinho, 1998b - 158, 136, 143, 158  
 Dias Sobrinho, 1999b - 33  
 Dias Sobrinho, 2002 - 39, 130  
 Dias Sobrinho, 2002a - 31, 34, 36

Dias Sobrinho, 2002b - 44, 233, 255  
Dias Sobrinho, 2003b - 42, 134, 145  
Dias Sobrinho, 2003c - 46  
Dias Sobrinho, 2003d - 48, 46  
Dias Sobrinho, 2004 - 55  
Dias Sobrinho, 2005 - 27, 28, 33  
Dias Sobrinho, 2006 - 228, 229  
Diretoria de Estatísticas e Avaliação da  
Educação Superior (DEAES) - 98, 163, 171,  
173, 174, 183, 189, 190, 194, 236  
Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) - 4,  
5, 10, 15, 16, 17, 265, 70, 71, 75, 76, 84, 88,  
93, 99, 120, 144, 172, 234, 243, 260  
Diretrizes Curriculares para os Cursos de  
Medicina - 18, 83

## E

### Educação

Médica - iv, vii, viii, ix, x, 3, 4, 5, 16, 22,  
23, 24, 25, 61, 62, 66, 67, 68, 69, 71, 75,  
76, 77, 78, 81, 86, 92, 94, 95, 96, 98, 100,  
101, 102, 105, 106, 109, 113, 116, 117,  
118, 120, 129, 132, 142, 144, 225, 226,  
227, 228, 229, 232, 234, 236, 240, 241,  
260, 261, 262

Médica Latino-americana - 66

Educación Médica y Salud - 67

EGov. *Ver* Escolas de governo

Eixos de avaliação - 84, 85, 90, 91, 101, 102,  
103

e-MEC - 58

ENADE. *Ver* Exame Nacional de Desempenho  
dos Estudantes

ENADE 2004 - xi, xii, 170, 171, 173, 174, 175,  
176, 180, 182, 183, 184, 185, 188, 189, 190,  
191, 192, 193, 194, 195, 197, 198, 199, 204,  
210, 214, 217, 228, 231, 235, 236, 242

ENC. *Ver* Exame Nacional de Cursos

Encontro Continental de Educação Médica -  
16, 117

Ensino-aprendizagem - 8, 15, 64, 69, 75, 84,  
93, 112, 116, 117, 120, 121, 122, 124, 126,  
127, 130, 131, 145, 146, 151, 157, 167, 174,  
196, 218, 221, 229

Ensino-pesquisa-extensão - 113

Ensino/serviço/comunidade - 113, 111, 135, 140

Escala de Likert - 139, 141

ESCS. *Ver* Escola Superior de Ciências da Saúde

Escolas de governo (eGov) - 58

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)  
- 193

Estratégia de Saúde da Família - 88

Eugênio Vilaça, 2019 - 20

### Exame

do CREMESP - 261. *Ver também* Conselho  
Regional de Medicina do Estado de São  
Paulo

de Cursos (ENC) - ix, 14, 39, 40, 41, 42,  
43, 48, 49, 53, 55, 82, 97, 128, 162, 165,  
194, 235, 240

Nacional de Desempenho dos Estudantes  
(ENADE) - xi, xii, 9, 14, 22, 24, 262, 263,  
52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 97, 128, 132,  
133, 142, 159, 161, 162, 163, 164, 165,  
166, 167, 168, 170, 171, 172, 173, 174,  
175, 176, 180, 182, 183, 184, 185, 188,  
189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196,  
197, 198, 199, 203, 204, 209, 210, 213,  
214, 217, 221, 222, 223, 228, 231, 234,  
235, 236, 240, 242, 257, 258

Exame Nacional de Revalidação de  
Diplomas Médicos (REVALIDA) - 261

## F

### Faculdade

de Ciências Médicas da Santa Casa São  
Paulo (FCMSCSP) - 193

de Medicina de Marília (FAMEMA) - 163,  
193

Faculdades Pequeno Príncipe - iv, viii, ix, 2, 3,  
5, 6, 20

FAMEMA. *Ver* Faculdade de Medicina de  
Marília

Federação Pan-Americana de Faculdades e  
Escolas Médicas (FEPAFEM) - 16, 67

FEPAFEM. *Ver* Federação Pan-Americana de  
Faculdades e Escolas Médicas

Ferla, 1998 - 79, 80, 81

Ferreira, 1994 - 65

Ferreira, José Roberto - 17

Feuerwerker, 2002 - 62, 63, 64, 68, 69, 70,  
74, 80

Feuerwerker e Lima, 2002 - 65, 69, 85  
Flexneriano - 63, 65, 102, 105, 260. *Ver também*  
Paradigma flexneriano; flexneriano  
FNEPAS. *Ver* Fórum Nacional de Educação das  
Profissões na Área de Saúde  
Formação  
    geral - xi, 9, 52, 55, 63, 68, 119, 121, 123,  
    124, 127, 143, 164, 168, 169, 170, 180,  
    183, 184, 185, 188, 189, 190, 195, 197,  
    198, 199, 203, 204, 209, 210, 213, 214,  
    231  
    Médica - 78  
Fórum  
    de Avaliação das Escolas Médicas - 105  
    de Debates do Curso Médico da UEL - 115  
    Nacional de Educação das Profissões na  
    Área de Saúde (FNEPAS) - 98  
Fraga, Antônio Marcos Arnulf - 8  
Fraiz, Ipojuca Calixto - iv, xii, 255  
Fundação Kellogg - 9, 15, 66, 114, 142. *Ver*  
*também* Uma Nova Iniciativa na Educação  
dos Profissionais de Saúde: União com a  
comunidade (UNI)

## G

Genro, Tarso - 50  
GERES. *Ver* Grupo Executivo para a  
Reformulação do Ensino Superior  
Gordan, Pedro Alejandro - 8  
Grimaldi, Dora Grimaldi - 8  
Grupo Executivo da Reforma Universitária - 28  
Grupo Executivo para a Reformulação do  
Ensino Superior (GERES) - 35  
Guerra, João - 8

## H

Hadji, 2001 - 130  
Harari, Yuval - 12  
Hospitalocêntrico - 63, 65, 138, 219. *Ver*  
*também* Modelo hospitalocêntrico  
Hulsmeyer, Axel Werner - 8

## I

IDA. *Ver* Integração Docente Assistencial  
IDD. *Ver* Indicador de Diferença entre o  
Desempenho Observado e o Esperado  
IDES. *Ver* Índice de Desenvolvimento do  
Ensino Superior  
IES. *Ver* Instituição de Ensino Superior  
II Fórum Nacional de Avaliação do Ensino  
Médico - 116  
Indicador de Diferença entre o Desempenho  
Observado e o Esperado (IDD) - 55.  
Índice  
    de Desenvolvimento do Ensino Superior  
    (IDES) - 49, 235  
    de Discriminação - 173, 174, 175  
    de Facilidade - 173  
INEP. *Ver* Instituto Nacional de Estudos e  
Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira  
iNESCO. *Ver* Instituto de Estudos em Saúde  
Coletiva  
Informes avaliativos (medicin@) - 152, 154,  
157, 159  
Instituição de Ensino Superior (IES) - 12, 17,  
19, 34, 35, 38, 39, 41, 42, 43, 46, 54, 56, 58,  
59, 83, 89, 142, 163, 164, 165, 166, 170,  
256, 258, 261, 262  
Instituto  
    de Estudos em Saúde Coletiva (iNESCO)  
    - iv, vii, ix, 1, 2, 3.  
    Internacional de Estudos Avançados em  
    Ciência, Técnica e Cultura (CIVITAS) - 44  
    Nacional de Estudos e Pesquisas  
    Educação Anísio Teixeira (INEP) - x,  
    14, 45, 51, 53, 55, 56, 58, 59, 82, 92, 94,  
    96, 97, 98, 99, 128, 132, 133, 142, 162,  
    164, 170, 171, 173, 174, 183, 186, 188,  
    189, 190, 194, 195, 232, 235, 239, 236,  
    242, 258, 261, 262

Instrumento de avaliação - 94, 97, 98, 102, 104  
I Seminário Internacional dos Projetos UNI -  
116. *Ver também* UNI; Fundação Kellogg

## J

Jeolás, Luiz Carlos Coelho Neto - 7

## **K**

Kellogg. *Ver* Fundação Kellogg

## **L**

Lamper, Jadete - 101

Lampert - 100, 101, 102, 103

Lampert, 2002 - 61, 62, 63, 65, 73, 74, 101, 102, 138

LDB. *Ver* Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) - 32, 70, 88

Leite, 1996 - 34, 110

Leite, 1997 - 35, 36

Lidz, 1991 - 167

Limana e Brito, 2005 - 165, 166, 167, 168, 232

Lopes, Ascêncio Garcia - 7

Lopes, Pedro Garcia - 8

## **M**

Manela Neto, José Manela - 7

Marchese, Lucio Tedesco - 7

Matriz de avaliação - 144, 150, 152

MEC. *Ver* Ministério da Educação

Mecanismo Experimental de Credenciamento (MEXA) - 11, 21, 128, 226, 227, 228, 237

medicin@. *Ver* informes avaliativos

Meta-avaliação - xi, 101, 106, 136, 145, 146, 228

Método da Roda - 260. *Ver também* Comissão de Avaliação das Escolas da Área de Saúde (CAES)

MEXA. *Ver* Mecanismo Experimental de Credenciamento

Metodologias

ativas de ensino - 8, 74, 75, 117, 155, 193, 196, 218, 219, 229

ativas de Ensino-aprendizagem - 191, 198, 208

MEXA. Consulte Mecanismo Experimental de Credenciamento

Minayo, 2005 - 151, 152, 153, 156, 160

Minayo, 2006 - 148, 149

Ministério da Educação (MEC) - x, 9, 12, 14, 18, 22, 266, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 38, 39, 43, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 57, 58, 72, 73, 78, 82, 83, 87, 88, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 114, 128, 132, 142, 164, 170, 173, 174, 183, 189, 190, 194, 195, 226, 227, 128, 235, 236, 237, 238, 239, 258, 261

Mocelin, Altair Jacob - 8

Modelo

acadêmico - 116

biomédico - 18, 65

da integralidade - 63, 102, 260

de avaliação - xi, 265, 38, 99, 130, 134, 167, 240, 260

flexneriano - 265, 63, 102, 105, 260

hegemônico - 68, 70, 74, 105, 218, 228

hospitalocêntrico - 138, 219

médico hegemônico - 93

pedagógico - x, 64, 80, 84, 117, 118, 120, 122, 123

tradicional - 64, 101, 105, 230

Moraes Jr., Lamartine Correia de - 8

Morrone, Nelson - 8

Moust *et al*, 2005 - 124

Muarrek, Faissal - 8

Mudança curricular - x, 4, 8, 115, 218, 221

## **N**

National Council on Measurement in Education - 180, 181

Neave, 1988 - 34

NETWORK - 16

Network of Community-oriented Educational Institutions for Health Sciences - 66, 116

Novaes, Humberto de Moraes - 7

## **O**

Observação participante - 220

Oliveira, Ismar - 8

OPAS. *Ver* Organização Pan-Americana de Saúde

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) - 71

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) - 9, 16, 66, 67, 71, 73, 79, 66, 239

## P

Pacheco e Ristoff, 2005 - 30, 31, 53, 170

PAIDEIA. *Ver* Processo de Avaliação Integrada do Desenvolvimento Educacional e da Inovação da Área

Paim e Teixeira, 2002 - 62

PAIUB. *Ver* Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras

Paradigma

- da integralidade - 64, 65, 84, 102, 114, 120, 218
- flexneriano - 63, 65, 102. *Ver também* Modelo flexneriano; flexneriano

Pareja, José Carlos - 7

PARU. *Ver* Programa de Avaliação da Reforma Universitária

Passos, Elias - 8

Passos, Joselina - 8

PBL *ver* Problem Based Learning

PECS. *Ver* Programa de Pós-graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe

Perim *et al*, 2005 - 131

Perim *et al*, 2008 - 136

Perim e Zanetti, 2001 - 34, 41

PET-Saúde - 18

Pickering e Bowers, 1990 - 166

Plano Nacional de Educação - 45

Plataforma Lattes - 56

Polos de Educação Permanente em Saúde - 18

Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) - 44, 193

PPPMed. *Ver* Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina da UEL

Prática integradora - 121

Primi, 2005 - 180, 181, 182

Problemática - 69, 124, 191, 220

Problem Based Learning (PBL) - 8, 122, 124, 191, 218, 219, 220. *Ver também* Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)

Processo de Avaliação Integrada do Desenvolvimento Educacional e da Inovação da Área (PAIDEIA) - 47, 52

Pro-ensino - 18

PROFAE. Consulte Profissionalização de Trabalhadores da Área de Enfermagem

Profissionalização de Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) - 114

Programa

- de Avaliação da Reforma Universitária (PARU) - 35
- de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras (PAIUB) - ix, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 59, 79, 101, 134, 240, 241
- de Incentivo às Mudanças Curriculares no Ensino Médico (PROMED) - x, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 92, 95, 100, 101, 114, 142, 143, 226, 227, 235, 242
- de Pós-graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe (PECS) - 5. *Ver também* Faculdades Pequeno Príncipe
- Programa de Saúde da Família (PSF) - 82, 88, 113, 139
- Programa Mais Médicos - 18, 255, 260
- Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) - x, 17, 87, 88, 89, 90, 100, 101, 114, 226, 236

Projeto Mais Médicos para o Brasil - 255. *Ver também* Programa Mais Médicos

Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina da UEL (PPPMed) - 115, 120, 237

PROMED. *Ver* Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares no Ensino Médico

Pro-residência - 18

PRÓ-SAÚDE. *Ver* Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

Protocolo de Avaliação das Escolas Médicas - 79

Provão. *Ver* Exame Nacional de Cursos (ENC)

PUCPR. *Ver* Pontifícia Universidade Católica do Paraná

## Q

Questionário do Estudante - 163

## R

RAIES. *Ver* Rede de Avaliação das Instituições de Educação Superior

RANA. *Ver* Rede de Agências Nacionais de Acreditação

Ranking - 35, 42, 53

Ranqueamento - 97, 256, 257, 259, 262

Rede

de Agências Nacionais de Acreditação (RANA) - 262

de Avaliação das Instituições de Educação Superior (RAIES) - 44, 235, 238, 240, 242, 243

Integração Docente Assistencial (IDA) -15  
UNIDA - 4, 5, 16, 17, 71, 72, 73, 86, 87, 92, 93, 95, 239, 241, 242

Rede UNIDA, 2003 - 93, 94, 95

Rede UNIDA, 2005- 87

Reforma Curricular dos Cursos de Medicina e Enfermagem - 114

Reforma Sanitária - 66, 78

Rego Filho, Eduardo - 8

Reis José Mario Marcondes dos - 7

Relatório

da Avaliação Interna - 144

da Comissão Externa - 144

REVALIDA. *Ver* Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos

Rifkin, 1988 - 138, 140

Ristoff *et al*, 2006 - 56

Rocha, Vinicius Ximenes Muricy da - 19

## S

SAEME - *Ver* Sistema de Acreditação de Escolas Médicas

Santos, Nelson Rodrigues dos - 7

Santos, 1997 - 79

Santos Filho, 1999 - 38,39

Schutz, 1982 - 148, 149

Secretaria

de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC) - 58

Secretaria de Educação Superior (SESU) - 36, 39, 41, 44, 45, 58, 71, 72, 83, 88, 94, 226, 235, 237, 259

de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) - 18

de Regulação e Supervisão da Educação Superior do Ministério da Educação (SERES) - 41, 58, 259, 262

Seminário

Avaliar Para Quê? Avaliando as Políticas de Avaliação Educacional - 45

Internacional de Avaliação Institucional na Educação Superior - 44

SERES. *Ver* Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior do Ministério da Educação

SESU. *Ver* Secretaria de Educação Superior

SETEC. *Ver* Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica

SGTES. *Ver* Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

SIAMed. *Ver* Sistema Integrado de Avaliação do Curso de Medicina da UEL

Silva, Samuel Silva da - 8

SINAES. *Ver* Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior

SINAPES. *Ver* Sistema Nacional de Avaliação e Progresso do Ensino Superior

Siqueira, José Eduardo - 8

Siqueira, Philadelpho - 17

Sistema

de Acreditação de Escolas Médicas (SAEME) - 262

de Avaliação - 6, 146, 230

Integrado de Avaliação do Curso de Medicina da UEL (SIAMed) - vii, xi, 11, 15, 22, 132, 133, 134, 136, 137, 141, 143, 144, 146, 148, 155, 156, 157, 162, 236, 241, 236, 241

Sistema

de Acreditação Regional de Cursos Universitários Mercosul (ARCU-SUL) - 262



(Continuação)

Integrado de Avaliação do Curso de Medicina da UEL - vii, 22, 134, 144, 162, 236, 241

Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) - ix, xi, 9, 12, 18, 19, 22, 23, 24, 31, 32, 46, 47, 48, 50, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 88, 91, 96, 97, 101, 129, 132, 133, 134, 142, 159, 163, 164, 171, 223, 228, 234, 235, 237, 238, 257, 258, 262

Nacional de Avaliação e Progresso do Ensino Superior (SINAPES) - 48

Único de Saúde (SUS) - 4, 6, 9, 10, 17, 18, 19, 20, 25, 64, 66, 68, 70, 71, 73, 76, 78, 79, 82, 83, 84, 85, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 99, 101, 123, 219, 222, 228, 229

Soares, Darli Antônio - 7

Soares, Elza Cotrin - 8

Sobrinho, José Dias - vii, 11, 46

Sordi, 2002 - 42

Steering Committe on Medical Educationin the Americas Region - 66

Stella, 2007 - 70, 71, 72, 73, 75, 82

SUS. *Ver* Sistema Único de Saúde

## T

### Teste

de Progresso - 132, 133, 163, 231, 259, 260, 263

Exato de Fisher - 209

Kolmogorov-Smirnov - 196

Mann-Whitney - 195

para proporções de acertos - 196

de Progresso do Curso de Medicina (TPMed) - 133, 222

Qui-quadrado de Pearson - 196, 209

t-student - 196

Thomson, João Carlos - 7

Thomson, Zuleika - 8

Towards Unity for Health (TUFH) - 16

TPMed. *Ver* Teste de Progresso do Curso de Medicina

Triangulação de métodos - 148, 149, 150, 241

TUFH. *Ver* Towards Unity for Health

Tuma Netto, Rachid - 8

## U

UBS. *Ver* Unidade Básica de Saúde

UEL. *Ver* Universidade Estadual de Londrina

UFRJ. *Ver* Universidade Federal do Rio de Janeiro

Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a comunidade (UNI) - 4, 15, 16, 17, 66, 71, 116, 131, 218. *Ver também* Fundação Kellogg

UnA-SUS. *Ver* Universidade Aberta do SUS

UNB. *Ver* Universidade de Brasília - 35

UNESCO. *Ver* Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNI. *Ver* Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a comunidade

UNIDA. Consulte Rede UNIDA

Unidade de análise dos resultados - 164

Unidade Básica de Saúde (UBS) - 113, 140

Universidade

Aberta do SUS (UnA-SUS) - 18

de Harvard - 122

de Maastrich - 122

de MacMaster - 122

de São Paulo (USP) - 7, 34, 35

Estadual de Campinas (Unicamp) - 1, 8, 11, 35, 45

Estadual de Londrina (UEL) - iv, vii, ix, x, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 16, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 109, 110, 115, 120, 121, 122, 123, 129, 131, 132, 134, 144, 156, 157, 160, 162, 188, 191, 193, 198, 208, 210, 214, 217, 225, 226, 227, 228, 229, 232, 236, 237, 240, 241, 255

Estadual de Maringá (UEM) - 194

Estadual de Santa Cruz (UESC) - 193

Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) - 194

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP - Botucatu) - 193  
de Brasília - 35

Federal de Pernambuco (UFPE) - 194

Federal de Roraima (UFRR) - 193

Federal de São Paulo (UNIFESP) - 194

Federal do Paraná (UFPR) - 35, 44, 194

Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - 35, 194

Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)  
- 194  
para o Desenvolvimento do Estado e da  
Região do Pantanal (UNIDERP) - 193

USP. *Ver* Universidade de São Paulo

## **V**

Vendramini, 2005 - 165, 166

VER-SUS - 18

VIII Conferência Nacional de Saúde - 66, 71

## **W**

Walton, 1994 , 117, 118

WFME. *Ver* World Federation of Medical  
Education

World Federation of Medical Education - 71,  
262

## **X**

XLIV Congresso Brasileiro de Educação Médica  
- 98, 234

XXX Congresso Brasileiro de Educação Médica  
- 116

## **Y**

Yuval Harari. *Consulte* Harari

## **Z**

Zeitune, José Murilo R. - Zeitune 8

## **Símbolos**

2ª Conferência Mundial de Educação Médica -  
66, 67, 71



## POSFÁCIO

### O desafio da avaliação de curso de medicina no Brasil: situação atual

Ipojucan Calixto Fraiz\*

Coube a mim escrever um posfácio para esse trabalho que transitou de forma instigante pela discussão da avaliação dos cursos de Medicina. Embora o trabalho esteja focado na análise do desempenho dos estudantes da Universidade Estadual de Londrina, a autora nos premiou com uma revisão histórica da avaliação de cursos no Brasil. Cabe neste posfácio trazer a situação atual da avaliação de cursos de Medicina no país.

Um bom ponto de partida é a citação que a pesquisadora fez ao final do capítulo anterior, na qual Dias Sobrinho (2002b p.37) afirma que a avaliação “produz sentidos, consolida valores, afirma interesses, provoca mudanças, transforma.” Nesse sentido, podemos entender a avaliação para além de seus instrumentos, mas com estratégias presentes em um campo de disputas, no qual diferentes interesses estão em jogo.

O panorama da formação médica no Brasil se tornou mais complexo a partir da Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, a qual instituiu o Programa Mais Médicos, com três grandes vertentes: a) o provimento de médicos para a Atenção Básica à Saúde, por meio do Projeto Mais Médicos para o Brasil; b) a reordenação da formação médica; e, c) a expansão de cursos de Medicina.

No que se refere à expansão dos cursos de Medicina, esse processo foi acelerado e contemplou regiões com problemas de estrutura nos serviços de saúde e oferta de profissionais com perfil para assumir a docência. Os impactos dessa expansão em andamento ainda não foram analisados, porém a preocupação com a qualidade da oferta está presente em todos os entes

---

\* Médico e Doutor em Sociologia. Professor do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná. Especialista em Educação Médica.

envolvidos. A avaliação de cursos apresenta-se como instrumento para o diagnóstico da situação e possibilidade de correção de rumos.

Atualmente existem no Brasil 349 cursos de medicina com a oferta de 45.896 vagas para ingressantes.

No Brasil, há uma diversidade de processos avaliativos, o que muitas vezes torna a gestão dos cursos de Medicina mais trabalhosa. Porém, por outro lado, essa multiplicidade de avaliações oferece múltiplas oportunidades para mudanças.

A avaliação pode ser diagnóstica, formativa ou somativa. Essas modalidades não são excludentes. Por muito tempo se trabalhou um certo antagonismo entre a avaliação somativa e a formativa, como se devêssemos abandonar a somativa para avançarmos para a avaliação formativa. Entendemos que não haja essa oposição e que se trate de uma falsa antinomia. A avaliação pode ser ao mesmo tempo somativa e formativa, o que talvez deva ser evitado é que ela se reduza à dimensão somativa, o que significaria perder a característica mais importante da avaliação que é o aprendizado que ela propicia e transformá-la em ato punitivo, desencadeador de estresse, medo e, principalmente, fracasso escolar. A avaliação formativa ocorre no processo de aprendizagem e permite a correção de rumos, sendo que a avaliação somativa, em geral, ocorre ao final de uma disciplina ou módulo.

A avaliação pode ser regulatória ou emancipatória. Quando regulatória, ela se baseia em critérios mínimos de qualidade, estabelecidos pelo Estado. Ela é emancipatória quando permite à própria IES, seu corpo docente e estudantes, além da gestão, repensar suas práticas pedagógicas, seus objetivos e, a partir da avaliação, construir caminhos de desenvolvimento.

Há sempre o risco de que a avaliação possa produzir ranqueamento, o que, uma vez tornado público, passa a ser utilizado como estratégia de *marketing* pelas instituições de educação superior.

Por quê avaliar?

Salientaremos aqui três motivos para que sejam avaliados os cursos de graduação. O primeiro deles é que a avaliação ao ter uma natureza formativa permite mudanças e redirecionamento dos processos de formação médica. O segundo é que ao se avaliar os cursos se está prestando contas à sociedade,

a qual precisa ter a segurança de que a concessão de títulos profissionais esteja sendo feita com qualidade e ética, não oferecendo riscos em função de eventuais deficiências na formação desses profissionais. Por último, a avaliação deve ser entendida como instrumento de gestão.

Alguns desafios estão colocados pela avaliação:

1. É necessário construir uma cultura de avaliação, a qual deve ser sistêmica e permanente. É preciso perder o medo de ser avaliado e entregar-se honestamente a esse processo, tornando-o transparente e transformador. Para tanto, é preciso reduzir a sua dimensão punitiva e trabalhar com os resultados da avaliação para construir novos caminhos na gestão dos cursos;
2. É preciso discutir-se formas de enfrentamento ao ranqueamento e uso mercadológico de seus resultados. Esse uso pode provocar uma necessidade de se buscar bons resultados na avaliação, muitas vezes sem que os mesmos mostrem as dificuldades enfrentadas. Esse processo de ocultamento da realidade faz com que a avaliação perca seu caráter emancipador e transformador;
3. É necessário minimizar a responsabilização excessiva dos formandos pelos resultados da avaliação. É recorrente que propostas surjam no sentido de impedir o exercício da profissão pelos egressos, em função da avaliação do desempenho do estudante ao final do processo de formação. Há que se considerar se é justa a punição ao estudante ao final de um processo que não dependeu apenas das suas ações.

Uma vez colocadas essas considerações iniciais deste posfácio, podemos analisar as modalidades mais comuns de avaliação de cursos no Brasil.

### **SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior**

Mais conhecido por um dos seus componentes, o ENADE – Exame Nacional de Desempenho do Estudante, o SINAES acaba por ser fortemente

regulatório, embora a sua proposta traga uma dimensão pedagógica importante e pautar a gestão das IES brasileiras.

A avaliação do SINAES se propõe, e deve, ser formativa e emancipatória, e não apenas regulatória. Ainda, deve aprofundar as responsabilidades sociais das instituições. A divulgação de seus resultados não deixa de ser a prestação de contas à sociedade sobre a qualidade da formação superior no país.

Por tratar-se de um sistema, existem três componentes que avaliam: a) as instituições, b) os cursos e c) o desempenho dos estudantes. O sistema propõe uma avaliação integrada envolvendo a autoavaliação, por meio da Comissão Própria de Avaliação (CPA); a avaliação externa com visitas de especialistas selecionados pelo MEC/Inep e ENADE; e, Censo da Educação Superior (MEC/Inep).

Em relação à avaliação de cursos, são verificadas três dimensões, 51 indicadores de qualidade e 18 requisitos legais e normativos. As dimensões são: a) organização didático-pedagógica, b) perfil do corpo docente e c) instalações físicas.

O ENADE é periódico e segue os ciclos avaliativos, que ocorrem, para cada grupo de cursos, a cada três anos, ou seja, o curso de Medicina não tem todos os seus egressos avaliados, mas somente aqueles cuja conclusão do curso coincida com o ciclo avaliativo correspondente. As maiores críticas a este exame são pelo fato de ser uma prova única, ao final do processo de formação, com avaliação predominantemente cognitiva, sem possibilidade de avaliação de habilidades e atitudes.

Essa avaliação tem sido importante mobilizadora de busca de qualidade dos cursos de Medicina, apesar de também ser muito utilizada como ferramenta de propaganda e mesmo de adequações para melhorar a posição da IES no mercado.

Alguns desafios estão presentes. Como melhorar o comprometimento dos estudantes durante a realização do exame que, sendo obrigatório, não penaliza o estudante por eventual mau resultado? Como melhorar a qualidade da informação fornecida pelo estudante quando do preenchimento

do questionário que avalia as condições de oferta do curso? Como minimizar os efeitos do ranqueamento dos seus resultados?

### **CAMEM – Comissão de Acompanhamento e Monitoramento de Escolas Médicas**

No escopo da Lei 12.871, de 2013, houve abertura de cursos de Medicina no país com uma lógica muito diferente daquela utilizada até então. A partir dessa lei foram publicados editais primeiramente para habilitação de municípios com critérios previamente selecionados. Uma vez selecionados os municípios, as instituições se candidataram a ofertar cursos de medicina nestas cidades.

Havia um trabalho a ser feito que envolvia especialistas na área para o processo de credenciamento das instituições, autorização dos cursos e monitoramento desses cursos, tanto do setor privado quanto público.

A CAMEM tem prestado esse apoio que envolve dois processos diferentes, com instrumentos diferentes para o privado e o público. Por meio da SESu se avalia os processos das instituições públicas (no caso as federais) e pela SERES, as privadas.

Colocam-se, nesse momento, muitos desafios em função da expansão rápida das escolas médicas. Garantir a qualidade da formação é a prioridade e os sistemas de avaliação e monitoramento são essenciais. Resta saber se a racionalidade do processo não sucumbirá aos interesses diversos em jogo, sejam eles econômicos, políticos ou corporativos, entre outros.

### **ANASEM - Avaliação Nacional Seriada do Estudante de Medicina e TP – Teste de Progresso**

O Brasil já construiu e vem construindo uma certa tradição no que chamamos de Teste de Progresso. Esse teste normalmente ocorre após a formação de consórcio entre um grupo, em geral, de uma dezena de escolas médicas. Existe todo um processo de construção de itens de avaliação pelos docentes dessas escolas que produz, além da prova, uma cultura de melhoria da qualidade na elaboração dos itens. A prova é aplicada para



todos os alunos das escolas, de todas as séries ou períodos, ao mesmo tempo. Estudos comparativos do desempenho dos alunos são utilizados tanto na gestão do curso, como há devolutiva individual ao estudante, que pode redirecionar seus estudos frente aos resultados. Esse é um processo claramente formativo e acontece ao longo de todo o curso.

A partir da Lei do Programa Mais Médicos tentou-se implantar no Brasil a Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina – ANASEM. Inspirada no Teste de Progresso, essa avaliação aconteceria no segundo, quarto e sexto anos de formação do estudante de medicina. Houve a aplicação de apenas uma prova, no ano de 2016, e a ideia foi deixada de lado em função das dificuldades logísticas na sua elaboração e aplicação.

### **Comissão de Avaliação das Escolas da Área de Saúde (CAES)**

Inicialmente Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (CAEM), depois renomeada para CAES em função de que o método poderia ser utilizado para outros cursos da área da saúde, é um projeto ligado à Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), que vem produzindo transformação nas escolas médicas e publicações de seus resultados. Esses resultados estão publicados desde 2016 no livro “Ensino da saúde: modelo de avaliação CAES/ABEM na construção de mudanças”.

Conhecido como Método da Roda, trabalha com cinco dimensões: a) projeto pedagógico; b) abordagem pedagógica; c) cenário da prática; d) desenvolvimento docente; e, e) mundo do trabalho.

Essa avaliação gera a classificação das escolas em três tipos: a) situação tradicional do modelo flexneriano; b) situação de inovação intermediária; e, c) situação avançada, considerando as transformações, com vistas ao modelo da integralidade e ao atendimento às Diretrizes Curriculares Nacionais.

Esse modelo de avaliação trabalha claramente com um tipo ideal de escola médica colocada como avançada e se caracteriza pela ideia de processo permanente de mudança. A escola é classificada em “situação de”, ou seja, não “congela” a escola como tradicional, mas aponta intencionalmente o sentido da mudança e opta pela integralidade e pelas Diretrizes Curriculares.

## **Exame do CREMESP**

Em 2018, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) divulgou uma publicação intitulada “O exame do CREMESP no contexto da expansão do ensino médico”. O título e o subtítulo desse material apontam ao mesmo tempo para o Exame de Qualificação Profissional e Autoavaliação para Médicos no Estado de São Paulo, que já faz parte da história da avaliação desde 1990, época da primeira edição do exame; e, para a contemporaneidade do tema ao evocar a expansão do ensino médico no país. Esse exame ensejou no país, desde a sua criação, acaloradas discussões sobre a qualidade da formação médica e as formas de sua avaliação. Essa discussão sempre esteve em torno do receio de que o resultado desse Exame viesse penalizar estudantes egressos de cursos de Medicina, impedindo-os de exercer a profissão de médico. A questão, também conhecida como exame de ordem, por analogia ao exame da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), sempre encontrou oposição de grande parte dos estudantes e suas entidades representativas.

## **Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (REVALIDA)**

O REVALIDA foi realizado pela última vez em 2017, o que por si só já se constitui em um problema, visto que todos os médicos formados no exterior que queiram exercer a medicina no Brasil, sejam estrangeiros ou brasileiros, necessitam realizar esse exame. O exame é realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), ligado ao Ministério da Educação (MEC). O exame é realizado em duas fases, sendo a primeira uma prova de conhecimentos com questões objetivas e discursivas. A segunda fase se constitui em uma avaliação de habilidades clínicas, com dez estações.

As críticas que esse exame recebe estão ligadas ao baixo índice de aprovação e a periodicidade irregular.

Existe ampla discussão nacional a respeito do REVALIDA envolvendo o MEC, as entidades médicas, entidades de educação médica, entre outras.

### **Sistema de Acreditação de Escolas Médicas (SAEME)**

A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), em parceria com o Conselho Federal de Medicina, patrocinou a criação do SAEME. Esse sistema é oriundo de pesquisas educacionais que levaram à elaboração de um sistema ao mesmo tempo voltado para os parâmetros educacionais brasileiros e internacionais.

Não há concorrência com o SINAES, na medida em que o processo é de acreditação e não de regulação. As escolas participantes são voluntárias.

São analisados 80 subdomínios nas áreas de: a) gestão educacional; b) programa educacional; c) corpo docente; d) corpo discente; e, e) ambiente educacional. Como esse sistema não é classificatório, não permite ranqueamento.

Em 2019, o SAEME foi acreditado internacionalmente pela *World Federation for Medical Education*.

### **Sistema de Acreditação Regional de Cursos Universitários Mercosul (Sistema ARCU-SUL)**

Criado em 2008, envolve a acreditação de cursos, sendo um deles o curso de Medicina, nos países Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Paraguai e Uruguai. Em cada país esse sistema é coordenado por um membro da Rede de Agências Nacionais de Acreditação (RANA), sendo que no Brasil a Agência Nacional de Acreditação é composta pela Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES), Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) e Secretaria de Regulação da Educação Superior (SERES).

### **Considerações Finais**

O estado atual da avaliação dos cursos de Medicina no Brasil aponta para a diversidade de meios avaliativos, tanto na dimensão regulatória como emancipadora. Podemos antever, em função do número de novos cursos de Medicina, uma saturação do sistema gerido pelo governo federal, colocando-se o desafio de encontrar novas formas de operacionalização da avaliação dos cursos.

O Teste de Progresso, importante processo emancipatório para as escolas de Medicina, tem sido incentivado por iniciativas regionais, a partir das próprias escolas, e nacional por meio de linha de ação da Associação Brasileira de Educação Médica. É capaz de criar uma nova cultura de avaliação a partir da colaboração entre as escolas e oferecer seus resultados à gestão dos cursos para as transformações necessárias.

A acreditação dos cursos nas esferas nacional, regional e internacional deve se consolidar e ampliar a sua abrangência como esforço pela qualidade da formação médica.

Portanto, consolidar uma cultura de avaliação em cada IES no Brasil é o que se faz necessário nesse momento de expansão do ensino médico. Tanto a autoavaliação como a avaliação externa, seja esta regulatória ou não, apontam para a necessidade de que os resultados desse processo sejam utilizados como ferramentas de gestão e de mudança.

A avaliação deve ser contínua e incorporada às práticas do cotidiano dos cursos de Medicina. Não sendo punitiva pode se constituir em ato pedagógico que leva a melhorias dos processos de trabalho dentro das instituições. Pode ser prazerosa e confiável, na medida em que, como já foi dito, “produz sentidos, consolida valores, afirma interesses, provoca mudanças, transforma” e, acrescentamos, ilumina o caminho em direção à busca da qualidade da formação médica esperada pela sociedade brasileira.



*“A avaliação tem muitas faces. Significa muitas coisas, se apresenta de muitos modos e busca cumprir distintas finalidades. Também oculta muitos significados. Não a podemos compreender simplesmente como instrumento ou mecanismo técnico. Ela produz sentidos, consolida valores, afirma interesses, provoca mudanças, transforma.”*  
(DIAS SOBRINHO, 2002)

Foi a partir desse olhar da avaliação, tão bem sintetizado pelo Professor José Dias Sobrinho que este estudo foi desenvolvido. Seu trabalho não apenas inspirou a pesquisa e o próprio Sistema de Avaliação do Curso de Medicina da UEL. Foi orientador da tese que resultou neste livro, um dentre inúmeros outros trabalhos que compõem a sua inestimável contribuição para a Educação Superior no País.

## **GIANNA LEPRE PERIM**

Doutora em Educação pela UNICAMP (2007). Professora da Universidade Estadual de Londrina – UEL (1986-2016), onde foi Diretora do Centro de Educação Física e Desportos (1998-2002), Pró-Reitora de Graduação e Presidente da Comissão de Avaliação Institucional (1996-2002). A experiência com o curso de medicina na UEL a levou a se aprofundar na Avaliação da Educação Médica, passando a compor a Comissão de Avaliação das Escolas Médicas da ABEM (2006-2008). Na Educação, seu maior interesse sempre foi a Avaliação, e motivada por seu orientador, o renomado Professor José Dias Sobrinho (UNICAMP), realizou a pesquisa sobre a avaliação do curso médico no contexto da avaliação institucional e da avaliação da educação superior.





“Ostra faz pérola. Mas não é toda ostra que faz pérola. Só a ostra que sofre. O ato criador, seja na ciência ou na arte, surge sempre de uma dor. Não é preciso que seja uma dor dóida. Por vezes a dor aparece com o nome de curiosidade.”

Rubem Alves

Fruto de um longo processo, a pérola se forma da dor da ostra, de um incômodo. Quando a ostra é invadida por corpos estranhos, inclusive a areia, ela precisa adaptar-se organicamente a esta nova circunstância para não morrer. Ela envolve a areia num manto, em seu interior, e a incorpora. Mas o que se inicia então evoluirá ao longo de vários anos, dando vida a uma jóia...

Esta é uma interessante analogia em relação à evolução da Educação Superior. Há que se olhar para ela de maneira inquisidora, transformando perguntas e respostas em métricas que permitam avaliá-la. Refiro-me a uma mudança consequente e planejada. Este processo gera incômodo, porque ao mesmo tempo que emergem pontos positivos, também os negativos veem à tona.

É um longo caminho possibilitado pela avaliação. Mas, não só a Educação Superior passa por esta trilha. O próprio processo da metodologia de avaliação segue o mesmo destino. É preciso adaptar-se, encontrar formas que melhor se adequem ao objeto avaliado. E apenas esta caminhada de retroalimentação constante pode gerar resultados de excelência.

ISBN 9786587839011



9 786587 839011 >