

## ANÁLISE DAS PROVAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA DE MINAS GERAIS E A ADEQUAÇÃO ÀS NOVAS DIRETRIZES CURRICULARES DO CURSO DE MEDICINA

**Autores:** RAFAEL RODRIGUES CARDOSO, ANA CLARA FERREIRA MACIEL, VIRGÍNIA SIMÕES LIMA, ÉRIKA SOARES CALDEIRA

### Introdução

A inserção do Ensino no Serviço deu-se de modo acelerado, principalmente nos anos 70, quando estágios práticos eram realizados em centros de saúde e hospitais. No entanto, essas estratégias não modificaram o ensino hospitalocêntrico e a prática fragmentada em inúmeras especialidades (DURÁN GONZÁLEZ & ALMEIDA, 2010).

A Residência Médica entra como uma opção para o treinamento profissional dos médicos que teria se fortalecido a partir da concepção flexneriana de educação médica (FEUERWERKER, 1998).

O cenário atual da educação médica brasileira, ainda que heterogêneo, permite caracterizar o predomínio de uma cultura avaliativa relativamente pobre, que privilegia os aspectos cognitivos e os procedimentos somativos, e pouco considera o impacto educacional da avaliação sobre os estudantes e as instituições. Em especial, raramente são abordadas as características pessoais dos estudantes, bem como seu progresso no domínio de habilidades, competências e atitudes favoráveis à prática da profissão (ZEFERINO et al, 2009).

Existem dificuldades que tiram o foco do internato, como a necessidade de estudar para o exame de residência médica, a saída para os cursinhos preparatórios, os plantões ilegais remunerados e até mesmo os estágios extracurriculares com bolsas em algumas instituições (STREIT, MACIEL & ZANOLLI, 2009).

Os desenhos curriculares tradicionais, nesses novos contextos, precisam ser completamente redesenhados. Os cenários e as estratégias de ensino-aprendizagem necessitam ser repensados e reestruturados, e o processo de avaliação da aprendizagem deve sofrer uma total ressignificação. A certificação e a acreditação das escolas médicas também estão sofrendo grandes modificações (PAGLIOSA & DA ROS, 2008).

A melhor estratégia talvez não seja modificar os critérios, mas o conteúdo das provas, ficando como um desafio para as escolas médicas, particularmente para as universidades, elaborar novas formas de seleção que permitam a inclusão e análise dos outros dois aspectos da formação (NUNES, 2004).

Este Plano de Desenvolvimento Pessoal tem como objetivo analisar o conteúdo das Provas de Residência Médica de Minas Gerais, tendo como referência as competências/habilidades propostas para o curso médico. Especificamente, objetiva correlacionar as competências/habilidades das DCN com as questões de concurso em que são desenvolvidas.

### Materiais e Métodos

A base empírica desta pesquisa foi constituída por questões objetivas de provas de Acesso Direto de três concursos para Residência Médica de Minas Gerais (Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais e Processo de Seleção Unificado – PSU) dos anos de 2012 à 2015 e do documento das DCN para o curso de Medicina de 2001 e 2014.

Na organização e análise do material utilizou-se Análise de Conteúdo, que contempla três etapas: pré-análise;

exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na pré-análise, o material foi preparado para composição de texto para análise, selecionando: das DCN, o rol de competências que o documento propõe; e das questões de concurso informações sobre os conteúdos propostos e presentes nos respectivos editais.

A etapa de seleção foi complementada pela leitura exaustiva de todas as provas e diretrizes, de forma a verificar o contexto da existência dos conteúdos nos documentos. A fase de tratamento dos resultados, inferência e interpretação iniciou-se com a correlação dos termos das competências das DCN com as competências das Questões das provas de Residência Médica. Para isso, os termos foram reorganizados em planilha Microsoft Word.

A análise dos conteúdos e sua correlação com as DCN foram realizadas por disciplinas dirigidas, dentro de cada grande área da Medicina (Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Medicina Preventiva e Social). A análise de conteúdo permitiu a emergência de categorias interpretativas, e a discussão foi sustentada pela literatura pertinente ao assunto.

## Resultados e Discussão

### A Evolução da Educação Médica

Foi publicado em 1910 o Relatório Flexner (Flexner Report) e é considerado o responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial. O relatório continua a gerar debates e polêmicas até os dias de hoje (PAGLIOSA & DA ROS, 2008).

Nas escolas médicas, predominou em grande parte do século passado a concepção de ensino-aprendizagem comportamentalista, com foco no ensino de fatos e habilidades específicos em uma sequência hierárquica. A avaliação seguiu o mesmo caminho (MENEZES, 2009).

A consolidação do Modelo “Médico Assistencial” na década de 70 no Brasil, associada a reforma de ensino, fortaleceram a formação médica voltada à subespecialidades, retratada através de uma fragmentação da forma de abordagem dos conteúdos e práticas do processo ensino-aprendizagem (PIRES & MARINS, 2004).

A educação médica está passando por críticas quanto aos métodos de ensino e aos conteúdos, vivendo um processo de transformação explicitado nas reformas curriculares em diversas escolas médicas<sup>1</sup> (FRANCO, 2014).

Para favorecer o movimento, torna-se vital conferir direção convergente aos inúmeros processos de mudança, a fim de facilitar a consecução dos objetivos propostos, sempre com o foco no SUS, sem se esquecer dos interesses individuais, apenas colocando-os depois do interesse coletivo (DURÁN GONZÁLEZ & ALMEIDA, 2010).

### Residência Médica e o Acesso à Residência Médica

A Residência em Medicina constitui modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. Os programas de Residência Médica são desenvolvidos, preferencialmente, em uma das seguintes áreas: Clínica



Médica; Cirurgia Geral; Pediatria; Obstetrícia e Ginecologia; Medicina Preventiva e Social (BRASIL, 1977).

É no processo de especialização, no treinamento prático que a Residência propicia, que se dá a verdadeira “iniciação profissional” do médico. Tanto que, para a inserção no mercado de trabalho, é mais importante e significativa a instituição onde os médicos fizeram seu processo de especialização do que a escola médica de origem (FEUERWERKER, 1998). Tradicionalmente, a avaliação direciona o estudante para a “aquisição” do que será solicitado nos exames. O tipo de exame, por sua vez, determina o que se espera do estudante: em grande parte, memorização de fatos ou repetição de procedimentos técnicos. Está é a versão simplificada do processo de aprendizagem (MENEZES, 2009).

No atual momento da educação médica brasileira, é urgente discutir que providências devem ser tomadas para neutralizar o impacto negativo de processos seletivos, como os concursos para residência médica, sobre a formação do estudante. Reconhece-se que o modo atual de desenvolvimento destes concursos, exclusivamente voltado ao domínio de conteúdos e extremamente competitivo, desestimula a participação do estudante dos últimos anos do curso em atividades de maior valor formativo (ZEFERINO et al, 2009).

### **Conteúdo baseado nas Competências propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso Médico e pela Resolução nº 09/83 do CFE**

Competências gerais: Deverão ser determinadas pelo núcleo docente estruturante do curso, com base na peculiaridade dos agravos da saúde física e mental, as enfermidades mais prevalentes e relevantes do adulto e do idoso, considerando o perfil sociodemográfico, epidemiológico e cultural (ZANOLLI et al, 2012).

A clínica é o instrumento de articulação da patologia ao conhecimento da subjetividade dos pacientes, pois na clínica estão presentes várias dimensões de subjetividade: sintomas, reação ao sofrimento e à dor, situação de vida etc. Se o conhecimento científico é essencial à construção de hipóteses, a prática clínica é essencial para exercitar a capacidade de apreensão da realidade. E essa é uma habilidade que se adquire e exercita na prática concreta, no exercício acumulado, descrevendo a prática médica no período da medicina liberal (FEUERWERKER, 1998).

A Saúde Coletiva tem sido definida como um campo de saber e de práticas que toma como pressuposto a compreensão da saúde como um fenômeno eminentemente social, coletivo, determinado historicamente pelas condições e modos de vida dos distintos grupos da população. Este fenômeno busca superar as concepções vigentes no âmbito das ciências da saúde tradicionais, que, embora se intitulem da “saúde”, de fato tratam da doença e de suas condições de ocorrência e distribuição, geralmente descritas e analisadas em sua expressão individual (TEIXEIRA, 2004).

### ***Considerações finais***



Percebeu-se que há uma dicotomia na Educação Médica do país. De um lado, o pensamento evolutivo e moderno que acompanha as mudanças no cenário da saúde e defende um novo jeito de ensinar a Medicina. Do outro lado estão os valores enraizados da categoria médica e seus respectivos departamentos que insistem em conservar o modelo cartesiano e o utilizam como forma de ingresso na Residência Médica.

É necessário que o diálogo entre os setores (Ensino e Serviço) aconteça. Novas propostas já inseridas nas Diretrizes Curriculares de 2014 pretendem solucionar esse conflito e introduzir de maneira permanente a avaliação baseada em competências como substituto ao tradicional concurso de residência.

A Educação Médica passa por uma crise atual. Crise significa crescimento, evolução. Esse crescimento necessita de cuidados adequados, que virão da capacidade dos diferentes segmentos envolvidos para se desarmar e discutir com maturidade as possibilidades de solução.

## Referências bibliográficas

- 1) BRASIL. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1, parte 1, p. 11.787, 7 de setembro de 1977.
- 2) SILVA, CAJ da. Relato de Experiências: Interação Escola Médica–Serviços. Boletim da ABEM. Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 13-15, 2002.
- 3) DURÁN GONZÁLEZ, Alberto; DE ALMEIDA, Marcio José. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. Physis-Revista de Saúde Coletiva, v. 20, n. 2, 2010.
- 4) FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. Editora Hucitec, 1998.
- 5) FRANCO, Camila Ament Giuliani dos Santos; CUBAS, Marcia Regina; FRANCO, Renato Soleiman. Currículo de medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. Rev. bras. educ. méd, v. 38, n. 2, p. 221-230, 2014.
- 6) GUSSO, G. et al. Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina-SBMFC e ABEM. Cad ABEM, v. 5, p. 13-20, 2009.
- 7) LAMPERT, Jadete Barbosa. Na transição paradigmática da educação médica: o que o paradigma da integralidade atende que o paradigma flexneriano deixou de lado. Boletim da ABEM, v. 31, n. 4, p. 5, 2003.
- 8) MENEZES, F. A. A avaliação dos estudantes: entre a indução da aprendizagem e a avaliação das intervenções educacionais. Cad ABEM, v. 5, n. 0, p. 34-41, 2009.
- 9) MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. 09 nov 2001.
- 10) MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Parecer Homologado: Despacho do Ministro, publicado no D.O.U. de 6/6/2014, Seção 1, Pág. 17.
- 11) NUNES, Maria do Patrocínio Tenório. Residência médica no Brasil: situação atual e perspectivas. Cad ABEM, v. 1, p. 30-2, 2004.
- 12) PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. Revista brasileira de educação médica, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.
- 13) PIRES, A. C.; MARINS, J. J. N. A formação Profissional no contexto das políticas públicas–a análise e as práticas no processo de reforma curricular em medicina. Cadernos ABEM, v. 1, p. 37-40, 2004.
- 14) STREIT, D. S.; MACIEL, D. T.; ZANOLLI, M. B. Contribuição para a formação de médicos de acordo com as necessidades da sociedade: interação com as políticas de articulação ensino, serviço, sociedade implementadas pelo Ministério da Saúde. Cadernos ABEM, v. 5, p. 21-9, 2009.
- 15) TEIXEIRA, Carmen Fontes. Ensino da saúde coletiva na graduação. Cadernos ABEM, v. 1, p. 20-2, 2004.

Realização:



SECRETARIA DE  
DESENVOLVIMENTO  
CIENTÍFICO, TECNOLÓGICO  
E INOVAÇÃO SUPERIOR



Apoio:



16) ZANOLLI, Mauricio Braz et al. “Internato Médico”-Diretrizes Nacionais da Abem para o internato no curso de graduação em medicina, de acordo com as diretrizes curriculares nacionais. In: Streit DS, Barbosa Neto F, Lampert JB, Lemos JMC, Batista NA. 10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina. Rio de Janeiro: ABEM; 2012. p. 57-85.

17) ZEFERINO, A. M. B. et al. Avaliação do estudante de Medicina. Cad ABEM, v. 5, n. 0, p. 30-3, 2009.