

AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS E HABILIDADES PREVISTAS NO PERFIL PROFISSIOGRÁFICO DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ANHANGUERA-UNIDERP

PERCEPÇÃO DO EGRESSO

Taline Guerra – Universidade Anhanguera-Uniderp

Alessandra Helena Gonsalves de Andrade – Universidade Anhanguera-Uniderp

Caio Augustus Fernandes Araujo – Universidade Anhanguera-Uniderp

Ana Karolina Ferreira Gonçalves Romano – Universidade Anhanguera-Uniderp

Rejyane de Mattos Martins Kosloski – Universidade Anhanguera-Uniderp

Rodrigo Azato – Universidade Anhanguera-Uniderp

Thaís Lemos da Costa Dias – Universidade Anhanguera-Uniderp

RESUMO: O objetivo deste estudo foi identificar no egresso do curso de medicina da Universidade Anhanguera-Uniderp a aquisição de competências e habilidades previstas no Projeto Político Pedagógico do curso, bem como o seu nível de formação acadêmica atual e inserção no mercado de trabalho. Tratou-se de um estudo transversal prospectivo realizado com 229 egressos, formados entre os anos de 2005 a 2012, com aplicação de questionário estruturado, entre abril e julho de 2013. Evidenciou-se o predomínio de mulheres (64%), e a média de idade de 28 anos. A maioria referiu ter especialização (85%) e renda mensal entre R\$ 5 a R\$ 10 mil, com predomínio de dois ou mais vínculos empregatícios. Segundo a percepção dos egressos, houve satisfatória aquisição de habilidades e competências gerais, específicas e complementares. No entanto, habilidades como conhecer as características do mercado de trabalho, exame ortopédico, imobilização de fraturas e exame neurológico precisam ser aprimoradas.

ABSTRACT: This study aims to identify the acquisition of competences and abilities predicted by the Universidade Anhanguera-Uniderp university Pedagogical and Political Project, as well as the current academic training level and work placement. This is a transversal prospective study conducted with 229 medical course graduates at Universidade Anhanguera-Uniderp university, graduated between the years of 2005 and 2012, using a structured questionnaire as instrument which was sent to be filled online from April to July 2013. This study shows that 64% of the subjects are female and the average age is 28 years old. Most graduates (85%) alleged having specialization and a monthly income ranging from 5 to 10 thousand reais, with predominance of two or more jobs. According to graduates there was satisfactory acquisition of general, specific and complimentary competences and abilities. However, abilities such as knowledge of local and regional market characteristics, orthopedic exams, fracture immobilization and neurological exams need to improve.

PALAVRAS-CHAVE:

aprendizagem baseada em Problemas; avaliação educacional; educação médica.

KEYWORDS:

Problem Based Learning, educational evaluation, medical education

Informe Técnico

Recebido em: 07/03/2014

Avaliado em: 11/03/2014

Publicado em: 28/11/2014

Publicação

Anhanguera Educacional Ltda.

Coordenação

Instituto de Pesquisas Aplicadas e Desenvolvimento Educacional - IPADE

Correspondência

Sistema Anhanguera de Revistas Eletrônicas - SARE
rc.ipade@anhanguera.com

1. INTRODUÇÃO

Em 2008, a Anhanguera Educacional Ltda. adotou um plano de melhoria da qualidade de O Projeto Político Pedagógico do curso de medicina da Universidade Anhanguera-Uniderp foi construído em concordância com as necessidades pedagógicas contemporâneas, instituídas por meio das novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina (BRASIL, 2001), e em adequação às demandas do sistema de saúde vigente no Brasil.

Neste sentido, contempla um currículo inovador que se propõe a formar profissionais médicos humanizados, críticos, comprometidos com a promoção da saúde e prevenção de doenças. A formação da Universidade Anhanguera-Uniderp é pautada em princípios éticos e atentos às necessidades de toda à população, e utiliza como método de ensino o “PBL”, do inglês “Problem Based-Learning”, conhecido como ABP - Aprendizado Baseado em Problemas, em concordância com o ensino orientado para a comunidade (UNIDERP, 2000).

As referências teóricas do já referido projeto fundamentam-se nos pressupostos da educação médica ao considerar as mudanças sociopolíticas, a necessidade de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a inclusão de métodos pedagógicos que visam um maior envolvimento dos alunos na busca do conhecimento e o exercício da medicina no século XXI. Tais pressupostos baseiam-se nas principais recomendações da Educação Médica Mundial publicada nas últimas décadas: Declaração de Alma Ata (1978); e Projeto Educação Médica na América (CHAVES; ROSA, 1990).

Na América Latina, a “Network” foi a responsável pela divulgação da aprendizagem baseada em problemas e do ensino orientado para a comunidade como estratégias de ensino capazes de contemplar as recomendações atuais para a Educação Médica. Tais estratégias delinearam as metas para a transformação do ensino médico no Brasil e subsidiaram as discussões das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina estabelecidas pelo Ministério da Educação (MEC), em 2001 (UNIDERP, 2000).

Neste contexto, as Diretrizes trouxeram novos delineamentos de formação e desenvolvimento de habilidades e competências que instrumentalizam o médico para uma atuação que responda aos desafios do sistema de saúde e da educação continuada. Para tanto, é imprescindível assegurar a formação generalista, capaz de prestar atenção integral à saúde, que considere o aspecto biopsicossocial do processo de saúde-doença em consonância com a competência técnica necessária para a resolutividade dos problemas de saúde individual e da coletividade (UNIDERP, 2000).

É oportuno então, destacar que, nas últimas décadas, inúmeras iniciativas de fortalecimento dos processos educacionais dos cursos de medicina e a redefinição do papel das escolas médicas têm sido implementadas (ALMEIDA *et al.*, 2007). Por outro lado, ainda são reduzidos os processos de avaliação dessas instituições e do impacto dessas mudanças sobre o perfil dos egressos.

Neste sentido, a avaliação institucional por meio da identificação das competências e habilidades dos egressos dos cursos de educação médica representa importante estratégia avaliativa, que pode ser utilizada para orientação institucional dos cursos (UNIDERP, 2000).

No cenário internacional, a Association of American Medical Colleges (AAMC) é o maior exemplo de avaliação institucional dos cursos de medicina. Há três décadas realiza anualmente a avaliação com os alunos concluintes que se destina a verificar as condições de ensino, em especial aquelas com relativa organização didático-pedagógica e desenvolvimento de competências.

No Brasil, o Ministério da Educação implantou em 2004 o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), com o propósito de avaliar três componentes das instituições de ensino: avaliação das instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes. Espera-se que os resultados do SINAES definam um panorama da qualidade dos cursos e instituições de educação superior no país e orientem as instituições, os órgãos governamentais e os estudantes.

No entanto, ainda são reduzidas as publicações sobre o tema da avaliação da educação médica no país. Nota-se que os estudos se propõem a estabelecer o perfil sócio demográfico, econômico e técnico-científico dos egressos sem, no entanto, investigar as competências e habilidades previstas no projeto pedagógico.

Correlacionando, por um lado, a importância da avaliação educacional por meio do reconhecimento de competências e habilidades desenvolvidas durante o curso, com as requeridas na atividade profissional dos egressos e, por outro, a reduzida produção científica e a necessidade de reflexão sobre o tema, o presente estudo teve por objetivos identificar a percepção do egresso quanto à aquisição de competências e habilidades previstas no Projeto Político Pedagógico do curso de medicina da Universidade Anhanguera-Uniderp, bem como o seu nível de formação acadêmica atual e inserção no mercado de trabalho.

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo geral

Identificar no egresso a aquisição de competências e habilidades previstas no Projeto Político Pedagógico do curso de medicina da Universidade Anhanguera-Uniderp, bem como o seu nível de formação acadêmica atual e inserção no mercado de trabalho.

2.2. Objetivos específicos

Identificar o nível de formação acadêmica, vínculo empregatício e renda atual dos egressos do curso de medicina da Universidade Anhanguera-Uniderp;

Avaliar as competências e habilidades gerais, específicas e complementares adquiridas pelo egresso do curso de medicina da Universidade Anhanguera-Uniderp, segundo sua percepção.

3. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal prospectivo descritivo, desenvolvido por meio de uma pesquisa quantitativa, que ocorreu entre abril e julho de 2013.

O estudo considerou todos os alunos formados entre dezembro de 2005 (primeira turma) e dezembro de 2012 (oitava turma) do curso de medicina da Universidade Anhanguera-Uniderp como possíveis participantes, totalizando 514 egressos. Destes, 229 participaram da pesquisa, o que correspondeu a uma amostra representativa, considerando-se margem de erro de 5% ($e=0,05$).

Os critérios de inclusão adotados foram formação acadêmica no curso de medicina da referida Universidade entre os anos de 2005 à 2012, a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e o preenchimento completo do questionário, enviado por correio eletrônico. Os critérios de exclusão foram o não preenchimento do questionário, bem como os que se recusaram a participar do estudo e os egressos que não foram contatados.

O questionário aplicado teve a sua construção e desenvolvimento orientados pelo Graduation Questionnaire (GQ) de 2009 da Association of American Medical Colleges (AAMC), sendo composto por perguntas estruturadas dissertativas e objetivas compreendendo as seguintes variáveis: nível de formação acadêmica, vínculo empregatício, renda, competências e habilidades gerais (atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente), competências e habilidades específicas (auto-aprendizagem, medicina baseada em evidências, visão social do médico) e complementares (procedimentos básicos de nível ambulatorial, de urgência/emergência e exame clínico básico e avançado).

Foi realizado teste piloto com dez egressos, para avaliar a compreensão das perguntas, tempo requerido para as respostas e clareza do questionário.

Uma carta de apresentação, contendo o objetivo geral e o convite para participar da pesquisa, foi enviada pelo correio eletrônico para o egresso utilizando o endereço eletrônico cadastrado na Universidade na data do seu ingresso no curso. A referida carta foi encaminhada por meio do endereço eletrônico exclusivo da pesquisa (medicina.anhanguerauniderp@gmail.com).

Após sete dias, o questionário foi enviado para o preenchimento on-line, utilizando-se o Programa Google Docs. A assinatura eletrônica do termo de consentimento livre e esclarecido foi o pré-requisito para visualização e preenchimento do questionário pelo egresso, que em nenhum momento teve de se identificar, garantindo o anonimato da sua

resposta. Após dez dias do primeiro envio, foi realizado novo envio aos egressos que não responderam o questionário.

O contato por telefone foi realizado após o segundo envio realizado sem resposta do egresso ou na obtenção de falha de envio do questionário para endereço eletrônico cadastrado. Então, via telefone, foi realizada a apresentação do objetivo, o convite para participar da pesquisa e coleta do novo endereço eletrônico para encaminhamento do questionário.

Os dados foram armazenados e processados eletronicamente com o programa Microsoft Office Excel 2007. Por tratar-se de estudo descritivo, os dados foram apresentados como médias e frequências absolutas e percentuais.

O levantamento de dados teve início após apreciação e aprovação do projeto de número 100/2012 no Comitê de Ética em Pesquisa na Universidade Anhanguera-Uniderp. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado conforme a Resolução CNS n.º196/96 como forma de convite aos participantes.

Não houve qualquer dano ou risco físico, psicológico, intelectual, social em qualquer fase da pesquisa aos participantes. Os participantes foram informados de que não teriam nenhum benefício direto e que sua participação traria benefício aos alunos, professores e coordenação do curso de medicina e comunidade científica ao apresentar e promover a discussão sobre a situação dos egressos, quanto à aquisição de competências e habilidades previstas no Projeto Político Pedagógico.

4. RESULTADOS

Dos 514 questionários encaminhados, 229 (44,5%) foram respondidos e 285 não foram respondidos, pois não foram localizados ou se recusaram a participar da pesquisa.

A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra.

Tabela 1 – Caracterização da amostra segundo a distribuição por sexo e estado civil dos egressos do Curso de medicina da Universidade Anhanguera-Uniderp, formados entre 2005 a 2012, Campo Grande–MS, 2013 (n=229).

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	78	34
Feminino	146	64
Sem informação	5	2
Estado civil		
Casado	68	30
Solteiro	151	66
União estável	8	3
Divorciado	2	1

A tabela 2 demonstra a distribuição de respostas de acordo com o ano de conclusão de curso dos egressos.

Tabela 2 – Distribuição das respostas de acordo com o ano de conclusão do curso pelos egressos do Curso de medicina da Universidade Anhanguera-Uniderp, formados entre 2005 a 2012, Campo Grande–MS, 2013 (n=229).

Qual ano de conclusão do curso	N	%
2005	23	10
2006	23	10
2007	19	8
2008	19	8
2009	29	13
2010	33	14
2011	37	16
2012	43	19
Resposta Inadequada	3	1
Total	229	100

A tabela 3 realiza o comparativo entre renda e vínculo empregatício dos egressos.

Tabela 3 – Comparativo entre renda e vínculo empregatício dos egressos do curso de medicina da Universidade Anhanguera-Uniderp, formados entre 2005 a 2012, Campo Grande–MS, 2013 (n=229).

	Vínculo Empregatício	TOTAL						
		0	1	2	3	4	mais que 4	
	0	6	-	-	-	-	-	6
	R\$ 0,0 a 3.000,00	24	4	-	-	-	-	28
R	R\$ 3.001,00 a 5.000,00	2	18	10	1	-	-	31
E	R\$ 5.001,00 a 10.000,00	1	35	24	6	-	-	66
N	R\$ 10.001,00 a 15.000,00	-	10	11	17	4	1	43
D	R\$ 15.001,00 a 20.000,00	-	6	7	5	6	4	28
A	Mais de R\$ 20.000,00	-	7	3	6	6	5	27
	TOTAL	33	80	54	35	16	10	229

Na tabela 4 há a apresentação dos dados quanto ao nível de formação acadêmica.

Tabela 4 – Nível de formação acadêmica referido pelos egressos do curso de medicina da Universidade Anhanguera-Uniderp, formados entre 2005 a 2012, Campo Grande-MS, 2013 (n=229).

NÍVEL DE FORMAÇÃO ACADÊMICA	N	%
Doutorado concluído	-	-
Doutorado em andamento	3	1
Especialização concluída (lato sensu)	7	3
Especialização em andamento (lato sensu)	6	3
Estagio reconhecido pelo MEC concluído	6	3
Estagio reconhecido pelo MEC em andamento	5	2
Mestrado concluído	1	-
Mestrado em andamento	6	3
Não realizou	34	15
Residência médica especializada concluída	49	21
Residência médica especializada em andamento	47	21
Residência médica geral concluída	15	7
Residência médica geral em andamento	50	22

No questionário foi indagado sobre as competências e habilidades gerais adquiridas pelos egressos do curso de medicina da Anhanguera-Uniderp durante a graduação. A avaliação neste estudo foi em relação a: Atenção à saúde, Tomada de decisões, Liderança, Administração e Gerenciamento e Educação permanente. As Tabelas 5, 6 e 7 apresentam os dados quanto a estes itens.

Tabela 5 – Opinião dos egressos do curso de medicina da Universidade Anhanguera-Uniderp, formados entre 2005 a 2012 quanto à competência à atenção à saúde, Campo Grande –MS, 2013 (n=229).

Habilidade	Ruim		Regular		Bom		Muito Bom	
	N	%	N	%	N	%	N	%
a) Desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde tanto em nível individual, quanto coletivo.	-	-	6	3	110	48	113	49
b) Realizar a prática saúde de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde.	-	-	8	3	123	54	98	43
c) Realizar a prática de saúde dentro dos padrões de qualidade e dos princípios de bioética.	-	-	8	3	93	41	128	56

Tabela 6 – Percepção dos egressos do curso de medicina da Universidade Anhanguera-Uniderp, formados entre 2005 a 2012 quanto às competências gerais, Campo Grande–MS, 2013 (n=229).

Habilidade	Ruim		Regular		Bom		Muito Bom	
	N	%	N	%	N	%	N	%
a) Tomar decisões considerando a eficácia e o custo-efetividade de medicamentos, equipamentos, procedimentos e práticas.	1	-	19	8	112	49	97	42
b) Ser capaz de ultrapassar as barreiras culturais na integração com os diferentes pacientes e grupo de trabalho.	1	-	5	2	106	46	117	51
c) Ser capaz de interagir e articular com outros profissionais de saúde.	-	-	3	1	89	39	137	60
d) Ser capaz de manter a confidencialidade das informações.	-	-	2	1	71	31	156	68
e) Ser capaz de desenvolver formas de comunicação verbal, não verbal e habilidades de leitura e escrita.	-	-	13	5	100	44	116	51

Tabela 7 – Percepção quanto à educação permanente dos egressos do curso de medicina da Universidade Anhanguera-Uniderp, formados entre 2005 a 2012, Campo Grande–MS, 2013 (n=229).

Habilidade	Ruim		Regular		Bom		Muito Bom	
	N	%	N	%	N	%	N	%
a) Ser capaz de aprender continuamente tanto em relação à formação acadêmica, quanto a prática profissional.	-	-	7	3	102	45	120	52
b) Ter compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais.	1	-	38	17	114	50	76	33

Os egressos também foram questionados em relação à aquisição de habilidades e competências específicas, conforme demonstrado na Tabela 8.

Tabela 8 – Percepção dos egressos do curso de medicina da Universidade Anhanguera-Uniderp, formados entre 2005 a 2012 quanto à aquisição de habilidades e competências específicas, Campo Grande–MS, 2013 (n=229).

Habilidade	Ruim		Regular		Bom		Muito Bom	
	N	%	N	%	N	%	N	%
a) Utilizar procedimentos diagnósticos e terapêuticos validados cientificamente.	-	-	15	7	142	62	72	31
b) Utilizar procedimentos diagnósticos e terapêuticos conhecendo critérios de indicação, contraindicação, limitações e riscos.	-	-	25	11	137	60	67	29
c) Dominar técnicas de leitura crítica frente à diversidade de informações e da transitoriedade de conhecimentos.	2	1	31	14	121	53	75	33
d) Dominar os conhecimentos científicos básicos e de natureza biopsicossocial.	-	-	11	5	134	59	84	37

e) Dominar os conhecimentos de fisiopatologia, do tratamento e reabilitação das doenças de maior prevalência epidemiológica e aspectos da saúde ao longo do ciclo biológico, com as peculiaridades de cada sexo.	-	-	9	4	134	59	86	38
f) Realizar referência e contra-referência.	1	-	19	8	104	45	105	46
g) Ser capaz de exercer a medicina com postura ética e humanística.	-	-	2	1	58	25	169	74
h) Ter uma visão social do papel do médico e disposição para o engajamento em atividades de política e de planejamento em saúde.	3	1	44	19	110	48	72	31
j) Realizar educação em saúde individual e coletiva.	-	-	8	3	120	52	101	44
k) Conhecer as características do mercado de trabalho local e regional, considerando a política de saúde vigente.	7	3	52	23	117	51	53	23
l) Atuar em equipe multiprofissional e assumir, quando necessário, o papel de responsável técnico.	-	-	26	11	121	53	82	36

Por fim, quanto à aquisição de competências e habilidades complementares, as respostas estão apresentadas na Tabela 9.

Tabela 9 – Opinião dos egressos do curso de medicina da Universidade Anhanguera-Uniderp, formados entre 2005 a 2012 quanto à aquisição de competências e habilidades complementares, Campo Grande–MS, 2013 (n=229).

Variável	Ruim		Regular		Bom		Muito Bom	
	N	%	N	%	N	%	N	%
a) Estabelecer relação médico-paciente conjuntiva.	-	-	3	1	80	35	146	64
b) Realizar exame físico correlacionando com as referências anatômicas.	1	-	16	7	106	46	106	46
c) Realizar exame físico geral e segmentar.	-	-	6	3	102	45	121	53
d) Realizar exame físico especial gineco-obstétrico.	4	2	48	21	110	48	67	29
e) Realizar exame especial pediátrico.	2	1	29	13	113	49	85	37
f) Realizar exame especial neurológico.	17	7	96	42	91	40	25	11
g) Realizar exame especial ortopédico.	35	15	123	54	61	27	10	4
h) Realizar abordagem do paciente em situação de urgência/ emergência.	5	2	40	17	119	52	65	28

i) Realizar atendimento ao paciente politraumatizado.	6	3	39	17	114	50	70	31
j) Realizar manobras de suporte básico de vida.	2	1	25	11	109	48	93	41
k) Realizar manobras de suporte avançado de vida.	17	7	60	26	96	42	56	24
l) Ser capaz de indicar solicitar e interpretar exames complementares para confirmação diagnóstica.	-	-	15	7	148	65	66	29
m) Realizar procedimentos essenciais (acesso venoso periférico, curativos, sondagem vesical, sondagem nasogástrica, punção capilar).	16	7	78	34	78	34	57	25
n) Realizar sutura de pele e mucosas e retirada de pontos e drenagem de abscessos.	2	1	32	14	106	46	89	39
o) Realizar imobilização de fraturas.	86	38	103	45	28	12	12	5
p) Realizar parto normal.	15	7	77	34	102	45	35	15
q) Dominar técnicas de biossegurança.	3	1	32	14	133	58	61	27

5. DISCUSSÃO

Este é o primeiro inquérito postal que procurou avaliar a situação profissional dos egressos do curso de medicina da Universidade Anhanguera-Uniderp, sendo, então, pioneiro em abrangência, na medida em que teve como população-alvo todo o universo de egressos graduados, desde a primeira turma até hoje (2005 a 2012). Surge, então, a questão norteadora deste trabalho: as competências e habilidades previstas no Projeto Político Pedagógico do curso de medicina da Universidade Anhanguera-Uniderp estão sendo adquiridas pelos egressos do curso?

Mediante aos resultados apresentados acima, podemos verificar em primeiro plano que o presente estudo obteve um índice de resposta (44,5%) superior ao estudo realizado com egressos do curso de medicina da Universidade Estadual de Londrina, na qual obtiveram 29,9% de respostas positivas, segundo Sakai e Cordoni (2004). O procedimento de coleta de dados deste estudo pode ter contribuído para o maior índice de resposta, já que o correio eletrônico é acessível a médicos presentes em todos os estados brasileiros. Soma-se a isso a estratégia de contato telefônico pôde ter ampliado a possibilidade de participantes.

Observou-se predomínio do sexo feminino, discordante da demografia médica nacional realizada pelo Conselho Federal de Medicina, a qual, apesar de mostrar o fenômeno da feminilização da profissão médica, revela que 58,74% dos médicos pertencem ao sexo masculino (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2011). Este dado evidencia

que o processo de feminilização médica é mais acentuado na Universidade Anhanguera-Uniderp. Constatou-se também a juvenização dos médicos formados por esta universidade. A média demográfica brasileira é jovem (46 anos), mas ainda é discrepante da idade dos egressos deste estudo (28 anos). No entanto é importante salientar que a primeira turma da Universidade Anhanguera-Uniderp formou-se em 2005, logo, o resultado obtido representa profissionais recém-formados. Quanto ao estado civil, observou-se predomínio de egressos solteiros, podendo ser relacionado a este processo de juvenização.

No Brasil, 55,09% dos médicos são especialistas e 44,91% são generalistas (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2011). O índice de médicos sem especialização é alto, pois o país prescinde de uma formação sólida na graduação médica e não há vagas de Residência Médica para todos os egressos de cursos de medicina (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2011). É importante destacar que o perfil da formação acadêmica de pós-graduação dos egressos da Universidade Anhanguera-Uniderp diverge da realidade brasileira, já que apenas 15% deles referem ser generalistas, os demais informaram especialização, mediante Programas de Residência Médica, concluída ou em andamento. O ingresso de formandos nos Programas de Residência Médica tem se tornado cada vez mais difícil, pelo grande número de escolas médicas criadas no país nos últimos anos (CREMESP, 2007). Pode-se inferir, deste modo, que a proporção de ex-alunos que tem acesso a programas de Residência Médica credenciados acaba se tornando um indicador indireto da qualidade do curso de graduação.

Para efeito do levantamento citado acima, no presente estudo foi contada apenas a primeira especialidade registrada, obtida pela Residência Médica ou por título da sociedade de especialidade. Sabe-se que há profissionais com duas ou mais especialidades. Assim, da mesma forma que um médico generalista é contado como “um” generalista, o especialista também está sendo contabilizado como “um” especialista, mesmo que tenha feito e exerça mais de uma especialidade, não ocorrendo assim uma limitação metodológica.

Quanto ao vínculo empregatício, metade dos egressos do curso de medicina da Anhanguera-Uniderp tem dois ou mais vínculos, concordante com a demografia médica nacional (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2011). O elevado número de vínculos empregatícios é explicado pela organização fragmentada do sistema de saúde brasileiro. Hoje, a maioria dos médicos tem vínculos públicos e privados, cumprem carga horária de trabalho excessiva e acumulam vários empregos. Os médicos atuam em média em três diferentes postos de trabalho, sendo que mais de 30% acumulam quatro ou mais locais de trabalho, dividindo a atuação em consultório, com recebimento por produção, com a atuação geralmente assalariada em serviços públicos e privados (CREMESP, 2007).

Verifica-se que aproximadamente um terço dos participantes referiu renda salarial entre R\$ 5.001,00 a 10.000,00 e, 43% mais que R\$10.000,00. Pode-se constatar que a renda dos

egressos da Anhanguera-Uniderp é superior quando comparada com a dos médicos paulistas em geral, pois 45% deles ganham até R\$ 9 mil reais (CREMESP, 2007). Vale ressaltar que o reduzido número de egressos sem renda (3%) corresponde aos recém-formados que estão apenas estudando para a residência, confirmando que a parcela dos egressos que não exerce a profissão é mínima, no que difere das outras profissões, pois esta é uma particularidade da medicina: a adesão ao projeto profissional (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2011). Outra observação é a relação entre vínculo empregatício e renda. A maioria dos egressos que apresentam maior renda tem três ou mais vínculos empregatícios.

Quanto à aquisição de competências e habilidades gerais, a maioria dos egressos considerou-se com perfil muito bom no quesito atenção à saúde, ou seja, estão aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, de forma integrada e contínua, respeitando os padrões de qualidade, concordante com o projeto pedagógico do curso. Do mesmo modo, vale a pena ressaltar que a aquisição destas competências e habilidades pelos egressos, já previstas nas Diretrizes Nacionais Curriculares (BRASIL, 2001), contempla uma reorientação efetiva da educação médica para atender as necessidades de saúde da sociedade contemporânea e que estejam em consonância com a política pública de saúde vigente.

Uma das estratégias indutoras da aquisição destas competências é o ensino orientado para a comunidade, ao promover a inserção ativa do estudante nos diferentes cenários de práticas, como Unidades Básicas de Saúde da Família e Unidades de Média e Alta Complexidade.

Como preconiza as Diretrizes do MEC, cada profissional deve assegurar a realização de sua prática de forma integral e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde (BRASIL, 2001). Dentro deste aspecto, exige-se uma competência específica do médico que, como preconizado desde 1978 pela Declaração de Alma Ata, o atendimento deve ser apoiado nos sistemas de referência integrados, sendo imprescindível a capacidade de realizar referência e contra referência. A aplicação dessa competência facilita a superação do distanciamento político-institucional entre atenção primária e outros níveis de atenção à saúde. Também relacionados à importância dos cuidados primários ressaltados pelo documento citado, estes são essenciais e, nesta visão, considera que os principais problemas de saúde da comunidade devem ser abrangidos, considerou-se neste estudo bom a muito bom o domínio dos conhecimentos quanto a fisiopatologia, tratamento e reabilitação de doenças de maior prevalência.

No que diz respeito à aquisição de competências e habilidades para desenvolver seu papel social, no engajamento em atividades de política e planejamento em saúde e de realizar educação em saúde tanto individual quanto coletiva, a maioria dos egressos referiu estar apta. Um dos componentes para a real mudança do perfil profissional é o estímulo da capacidade deste agir como protagonista na diminuição da desigualdade social, um fator

também contribuinte para a educação em saúde preconizada pelo Ministério da Saúde (DAS GUPTA et al., 2006).

Soma-se a isto a elevada satisfação do egresso com o aprendizado de atitudes éticas e humanísticas. Diferentemente dos resultados obtidos por Sakai e Cordoni (2004), em que a ética foi a área mais criticada em relação a formação pelo curso, o que foi evidenciado na prática profissional dos egressos pelo desconhecimento da integralidade do paciente e da concepção humana.

A organização curricular adotada pelo curso de medicina da Universidade Anhanguera-Uniderp, baseada na PBL, incentiva o aluno a assumir um papel cada vez mais ativo e cooperação para o trabalho em equipe. A dinâmica tutorial é primordial para a aquisição destas habilidades, desenvolvendo comunicação, trabalho em equipe, solução de problemas e desenvolvimento de postura crítica (TOLEDO et al., 2008). Deste modo, os profissionais formados referiram ter maior capacidade de liderança, tomada de decisões e de atuar em equipe multiprofissional.

Vinculada a estas competências, observa-se que a equipe multiprofissional é considerada a melhor abordagem do paciente, conforme Sakai e Cordoni (2004). Assim, os profissionais devem assumir posições de liderança tendo em vista o bem estar da comunidade, como ressaltado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais. No entanto, a capacidade de assumir a função de gestor e/ou empregador equiparou a avaliação dos egressos, 45% deles consideraram-se regular ou ruim e 55% bom ou muito bom.

Observou-se que a maioria dos egressos referiu ser capaz de aprender continuamente tanto em relação a sua formação acadêmica quanto a prática profissional. A importância desta habilidade concerne a necessidade de atualização do médico para sua permanente capacitação, caso contrário, ocorre queda da qualidade considerando as constantes transformações ocorridas na sociedade, como afirmado por Sakai e Cordoni (2004).

Sabe-se que a educação permanente é um dos principais aspectos do PBL, ao permitir a formação de um aluno que esteja apto a construir o seu próprio conhecimento e continuar gerindo o seu processo ensino-aprendizagem. Tal capacidade é fundamental na área médica, em que é reconhecidamente crescente o surgimento de novos conhecimentos, práticas e tecnologias (TORRES, 2003; MITRE et al., 2008).

Destaca-se também o fato da maioria dos egressos considerar como boas ou muito boas suas técnicas de leitura crítica. Neste aspecto, os estudos comparativos por Albanese e Mitchell (1993) e Vermon e Blake (1993), destacam a maior utilização dos recursos da biblioteca pelos estudantes da metodologia PBL por mostrarem tendência a realizar análise crítica de seus estudos, refletindo em melhor qualidade das fontes de estudo e permitir o aluno atuar com papel preponderante sobre sua educação (TOLEDO, 2008). Observa-se então a premissa básica da UNESCO de que a Universidade não deve limitar o conhecimento

dos alunos, no entanto, exige-se um conhecimento basal uniforme e essa deve fornecer subsídios e acesso ao conhecimento científico (BERNHEIM, 2008).

Dentro deste aspecto, habilidades específicas e conteúdos obrigatórios são preconizados tanto pelas Diretrizes Curriculares quanto pelo Projeto Pedagógico do curso. Os egressos avaliam suas habilidades em boas ou muito boas quanto a conhecimentos científicos básicos, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, conhecimento dos princípios básicos do exame geral físico com o reconhecimento da anatomia *in vivo*, exame pediátrico, manobras de suporte básico, indicar e interpretar exames complementares e realizar procedimentos básicos.

Apesar de as habilidades supracitadas serem possíveis, mais facilmente, de serem desenvolvidas em laboratórios e treinamento simulados, a inserção precoce dos acadêmicos em atividades práticas e nos diversos níveis de atenção à saúde pode ter contribuído para o resultado da pesquisa.

No entanto parcela significativa considera regular sua habilidade em realizar exame especial neurológico, atendimento ao paciente politraumatizado e manobras de suporte avançado e, grande parcela, considera entre ruim e regular a realização de exame ortopédico e imobilização de fraturas. Habilidades complexas como atendimento ao politraumatizado e suporte avançado de vida necessitam não somente de cenário simulados. Apesar do curso de medicina da Universidade Anhanguera-Uniderp oferecer internato em dois anos, os egressos ainda não ficaram satisfeitos com o nível adquirido nestas habilidades. Vale ressaltar que, apenas a partir de 2011, iniciou-se internato específico no cenário urgência e emergência, o que pode ter suprido esta deficiência, no entanto, não é possível afirmar tal fato, visto que não foi objetivo desta pesquisa a comparação entre as turmas de egressos.

O exame neurológico é uma habilidade desafiadora para o estudante de medicina (SAFDIEH et al., 2011). Apesar de sua importância, com o declínio do ensino à beira do leito, esta habilidade vem sendo reduzida nas escolas médicas (CHARLES; SCHEROKMAN; JOZEFOWICZ, 1999). Apesar de previstos na matriz curricular e haver espaço destinado especificamente para desenvolvimento destas habilidades, ainda houve considerável insatisfação por parte dos egressos. Aquisição de novos métodos como pacientes simulados podem ser uma alternativa para suprir esta necessidade, já que há resultados positivos com esta experiência na literatura (SAFDIEH et al., 2011).

Mesmo com os raros itens com respostas ruins ou regulares, como a maioria dos egressos demonstrou considerar suas competências e habilidades como boas ou muito boas, podemos considerar o egresso formado como um médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, como preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Ao analisarmos o processo de formação do médico durante a graduação, na percepção dos egressos, os resultados foram a integração do conhecimento adquirido e o entendimento

da importância dos conteúdos ministrados pelos módulos, levando ao raciocínio completo, com a noção do todo, do integral, provavelmente devido método do aprendizado baseado em problemas, uma vez que estas habilidades foram ressaltadas por Toledo et al. (2008) ao discorrer sobre o método.

Apesar destes aspectos positivos, este estudo apresenta algumas limitações, que devem ser consideradas. A primeira delas é a taxa de resposta, uma questão central nos estudos transversais. O percentual obtido (44,5%) pode ser considerado satisfatório, uma vez que o esperado em enquetes postais é de 30% a 40% e que nenhuma turma ficou sem representação na amostra. No entanto, o percentual de resposta de cada turma foram o que limitou a comparação ano a ano. Outro aspecto diz respeito ao viés das respostas. Não se pode descartar a possibilidade de que os egressos que avaliaram de maneira mais satisfatória sua formação e prática profissional tenham tendido a responder à enquete, enquanto alunos com uma avaliação menos favorável possivelmente não participaram. Por fim, o desenho transversal do estudo impossibilita conclusões sobre causalidade, indicando apenas associações entre os desfechos e possíveis variáveis explicativas.

A avaliação do perfil dos egressos da Anhanguera-Uniderp serviu de base para mudanças no curso, fornecendo subsídios para melhoria da qualidade de ensino e respondendo às necessidades do acadêmico durante a graduação.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dos estudos nos permitiram concluir que:

Os egressos do curso de medicina da universidade Anhanguera-Uniderp deram continuidade ao processo de formação, 85% com residência médica concluída ou em andamento.

Os egressos apresentam considerável número de vínculos empregatícios (50% têm dois ou mais vínculos). Paralelamente apresentam renda mensal acima de 10mil reais (43%).

Segundo a percepção dos egressos, houve satisfatória aquisição de habilidades e competências gerais, específicas e complementares. No entanto, habilidades como conhecer as características do mercado de trabalho local e regional, exame ortopédico, imobilização de fraturas e exame neurológico precisam ser aprimoradas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Márcio José de et al. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em Medicina no Paraná. Revista brasileira de educação médica, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, 2007.

ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. GQ Medical School Graduation Questionnaire – All Schools Summary Report. Washington DC, 2010. P. 43.

BARROWS, H.S. Practice-based learning: problem-based learning applied to medical education.

Springfield: Southern Illinois University School of Medicine, 1994.

BARROWS, H.S.; TAMBLYN, R.M. Problem-based learning: an approach to medical education. New York: Springer, 1980.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.4, CNE/CES de 7/11/2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p. 38. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>> Acesso em: 18 jun. 2012.

BERNHEIM, Carlos Tünnermann; CHAUI, Marilena de Souza. Desafios da universidade do conhecimento: cinco anos depois da conferência mundial sobre educação superior. Brasília: UNESCO, 2008. 44p.

CAOVILLA, Fábio; LEITZKE, Lionel; Menezes, HONÓRIO SAMPAIO; Martinez, PAULA FLORES. Perfil do médico egresso do Curso de Medicina da Universidade Luterana do Brasil (Ulbra). Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 52 (2): 103-109, abr.-jun. 2008. Disponível em: <<http://www.amrigs.com.br/revista/52-02/ao04.pdf>>. Acesso em: 06 junho. 2012.

CASTELLANOS, M.E.p. et al. Perfil dos egressos da Faculdade de Medicina do ABC: o que eles pensam sobre atenção primária em saúde?. Arq. bras. ciênc. saúde; 34(2):71-79, maio-ago. 2009.

CHARLES, P. D.; SCHEROKMAN, B; JOZEFOWICZ, R. F.. How much neurology should a medical student learn? A position Statement of the AAN Undergraduate Education Subcommittee. Academy of Medicine, 1999.

CHAVES, Mario; ROSA, Alice Reis. Projeto EMA: Organização de Educação médica nas Américas - "O Desafio dos anos 90". São Paulo: Cortez, 1990.

SCHEFFER, Mário; BIANCARELLI, Aureliano; CASSENOTE, Alex Jones. Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades. Demografia Médica no Brasil, São Paulo: Cremesp, 2011. v.1, 118p. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_medica_brasil_29112011.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. O Trabalho Médico no Estado de São Paulo. São Paulo: Cremesp, 2007. 23 p. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/centro_de_dados/arquivos/mercado_de_trabalho.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2011.

CONFERENCIA INTERNACIONAL, Alma-Ata, 6-12 Setembro 1978 - Cuidados primários de saúde: declaração de Alma-Ata. Lisboa: Gabinete de Estudos e Planeamento, 1978.

DAS GUPTA, S.; FORNARI, A; GEER, K.; HAHN, L; KUMAR, V; JOON, H Lee; RUBIN, S; GOLD, M. Medical Education for Social Justice: Paulo Freire Revisited. Journal of Medical Humanities 2006; 27: 245-251.

GOMES, R. et al. Medical training grounded in problem-based learning: a qualitative evaluation. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, n.28, p.71-83, jan./mar. 2009.

MEIRA, Maria; KURCGANT, Paulina. Avaliação de curso de graduação segundo egressos. São Paulo: Rev Esc Enferm USP, 2009.

MITRE, Sandra Minardi. SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; GIRARDI-DE-MENDONÇA, José Márcio. MORAIS-PINTO, Neila Maria; MEIRELLES, Cynthia de Almeida Brandão; PINTO-PORTO, Cláudia; MOREIRA, Tânia; HOFFMANN, Leandro Marcial Amaral. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2133 - 2144, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata, 1978. - Alma-Ata, 1978. Disponível em: <http://www.paho.org/English/DD/PIN/alma-ata_declaration.htm> Acesso em: 01 set. 2012.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe Dawson Sobre El Futuro de los Servicios Medicos y Afines. Washington DC, 1964. 38 p.

ROCHA, Belchior de Oliveira; FILGUEIRA, João Maria; COSTA, Liznando Fernandes Da;

- GALVÃO, Leisia; VIANA, Rafael. Egressos do Cefet/RN: Avaliação da formação, inserção no mundo do trabalho e perspectiva de de requalificação. *Revista de Divulgação Científica e Tecnológica do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte*, v.3, 2005. Disponível em: < <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/80/85>>. Acesso em: 18 jun. 2012.
- SAFDIEH, Joseph E.; LIN, Andrew; AIZER, Juliet; MARZUK, Peter M.; GRAFSTEIN, Bernice; STOREY-JOHNSON, Carol; KANG, Yoon. Standardized patient outcomes trial (SPOT) in neurology. *Medical Education Online*, 2011.
- SAKAI, Márcia Hiromi; JUNIOR, Luiz Cordoni. Os egressos da medicina da Universidade Estadual de Londrina: sua formação e prática médica. *Revista Espaço para a Saúde, Londrina*, v.6, n.1, p.34-47, dez. 2004. Disponível em:< <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v6n1/avaliacao.pdf>>. Acesso em: 30 maio. 2012.
- SOUSA, Sidinei de Oliveira. Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL – Problem Based Learning): estratégia para o ensino e aprendizagem de algoritmos e conteúdos computacionais. 2011. 270f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Presidente Prudente, 2011.
- TOLEDO JUNIOR, A. C. C.; IBIAPINA, C. C.; LOPES S. C. F.; RODRIGUES, A. C. P.; SOARES S. M. S. Aprendizagem baseada em problemas: uma nova referência para a construção do currículo médico. *Revista Médica de Minas Gerais. Belo Horizonte*, 2008; 18(2): 123-131.
- TORRES, Carlos Alberto. Democracia, Educação e multiculturalismo. Dilemas da Cidadania em um Mundo Globalizado. São Paulo, 2003.
- TOPPING, Peter A. Liderança e Gestão. Tradução Afonso Celso da Cunha Serra. Rio de Janeiro: Campus, 2002. UNIDERP. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Campo Grande: UNIDERP, 2000.