

Ministério da Educação
Ministério da Saúde



A Aderência dos Cursos de Graduação em
Enfermagem, Medicina e Odontologia
às Diretrizes Curriculares Nacionais

Brasília/DF
2006

© 2006 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Tiragem: 1.ª edição - 2006 - 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Departamento de Gestão da Educação na Saúde

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, Bloco G, 7.º andar, sala 725

CEP: 70058-900 - Brasília, DF

Tels.: (61) 3315-2858

Fax: (61) 3226-2862

E-mail: degex@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/sgtes

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas - Inep

Educacionais Anísio Teixeira

Esplanadas dos Ministérios, Bloco L, Anexo 1, 4o Andar, Sala 418

CEP: 70047-900 - Brasília-DF

Fones: (61) 2104-8438 / 8042

Fax: (61) 2104-9441

E-mail: editora@inep.gov.br

Organização:

Ana Estela Haddad (Deges/SGTES/MS)

Dilvo Ristoff (Inep/MEC)

Teresa Maria Passarella (Deges/SGTES/MS)

Comissão Assessora:

Ana Maria Lório Dias (ForGRAD)

Éfrem de Aguiar Maranhão (UFPE)

Geraldo Cunha Cury (Deges/SGTES/MS)

Iara de Moraes Xavier (UnB)

Jaime Giolo (DEAES/Inep/MEC)

José Ueleres Braga (UERJ)

Marcus Nunes Gallo (Inep/MEC)

Maria Celeste Morita (UEL)

Mário Pederneiras (Sesu/MEC)

Rosimeira Maria Peres Andrade (Deges/SGTES/MS)

Thais Campos Valadares Ribeiro (Deges/SGTES/MS)

Criação e editoração:

Dino Vinícius Ferreira Araújo

Apoio Institucional:

Fernando Haddad - Ministro da Educação

Nelson Maculan Filho - Secretário de Educação Superior

Mário Pederneiras - Diretor de Supervisão de Educação Superior

Reynaldo Fernandes - Presidente do Inep

Dilvo Ristoff - Diretor de Avaliação e Estatística da Educação Superior

José Agenor Álvares - Ministro da Saúde

Francisco Eduardo de Campos - Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Ana Estela Haddad - Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde

Revisão técnica:

Antonio Sergio de Freitas Ferreira

Luzia Cláudia Dias Couto

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação.

A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

162 p.: il. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 85-334-1299-1

1. Educação em odontologia. 3. Educação médica. 4. Educação em enfermagem. I. Título. II. Série.

NLM WA 18

Catálogo na fonte - Coordenação-Geral de Documentação e Informação - Editora MS - OS 2006/1475

Títulos para indexação:

Em inglês: The Adhesion of Graduation Courses of Nursing, Medicine and Odontology in the National Curricular Directives

Em Espanhol: La Adherencia de los Cursos de Graduación de Titulados en Enfermería, Medicina y Odontología a las Directrices Curriculares Nacionales

SUMÁRIO

1. Apresentação	5
2. Introdução	9
3. Metodologia	19
3.1. Os aspectos da avaliação dos cursos usados para a construção dos índices	20
3.2. A criação dos índices de aderência às DCN dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia	23
3.3. A análise qualitativa dos produtos de avaliações do MEC sobre a aderência às DCN dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia	26
4. Análise dos cursos	29
4.1. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem às diretrizes curriculares nacionais	31
4.1.1. Introdução	31
4.1.2. Marcos conceituais para os nexos entre educação superior, diretrizes curriculares e avaliação	34
4.1.2.a. As Diretrizes Curriculares Nacionais como produto do paradigma emergente e o Projeto Pedagógico de Curso como uma de suas expressões	35
4.1.2.b. O desafio da concretização do paradigma emergente na prática: a contribuição dos processos de avaliação	40
4.1.3. Metodologia	45
4.1.4. Resultados	51
4.1.4.a. Análise quantitativa sobre aspectos do I_{60}	51
4.1.4.b. Análise quantitativa sobre os aspectos do I_{60} , I_{11} e I_{10}	57

4.1.4.c. Análise qualitativa	69
4.1.5. Discussão e algumas lições do processo	78
4.1.6. Perspectivas e desafios	81
4.1.7. Referências bibliográficas.....	83
4.2. A aderência dos cursos de graduação em medicina às Diretrizes Curriculares Nacionais	87
4.2.1. Introdução	87
4.2.2. Avaliação quantitativa	97
4.2.2.a. A criação dos índices de aderência às DCN do curso de medicina	99
4.2.2.b. Resultados	100
4.2.3. Avaliação qualitativa.....	109
4.2.4. Tendências, perspectivas e desafios.....	110
4.2.5. Referências bibliográficas.....	114
4.3. A aderência dos cursos de graduação em odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais.....	119
4.3.1. Introdução	119
4.3.2. Análise quantitativa	125
4.3.2.a. Resultados	128
4.3.2.b. Considerações finais	139
4.3.3. A análise qualitativa dos produtos de avaliações do MEC sobre a aderência às DCN dos cursos de odontologia	139
4.3.3.a. Dimensão 1: organização didático pedagógica	144
4.3.3.b. Dimensão 2: corpo docente	148
4.3.3.c. Dimensão 3: instalações	149
4.3.4. Conclusão, perspectivas e desafios.....	150
4.3.5. Referências bibliográficas.....	151
5. Considerações finais	153



1. Apresentação

Os ministérios da Educação e da Saúde vêm buscando implementar, numa série de estratégias articuladas, transformações dos processos formativos de forma a impactar positivamente as práticas profissionais em saúde e, por via de consequência, a saúde dos brasileiros. Estes objetivos movem e fazem ombrear em uma única empreitada os dois ministérios.

Por séculos a autonomia universitária, que num sentido favorável tanto a protegeu de intromissões, teve como efeito colateral indesejável a possibilidade de que a academia se afastasse da realidade sócio-epidemiológica da população brasileira. Mesmo as transformações concretas da modelagem assistencial, que caminha em todo o mundo na direção de um modelo mais holístico e promotor da saúde encontra retardo para penetrar nas instituições de ensino. Ali, a reprodução de modelos de práticas pretéritas muitas vezes ainda prevalece. Superar um modelo biologicista, unicausal e centrado exclusivamente no biológico é um grande desafio hodierno.

A substituição da cura pelo cuidado de caráter mais holístico, baseado na percepção de que o adoecer e morrer são imbricados fortemente na qualidade de vida é um desafio que se coloca para o futuro. E tal situação é certamente agudizada pelas possibilidades tecnológicas que se abrem, pela miniaturização e vulgarização de muitas tecnologias e pelo surgimento tanto da auto-educacao quanto do auto-cuidado.

A persistirem nas trajetórias que vinham tendo os cursos de graduação correriam o risco de cumprir apenas uma formalidade na vida acadêmica, deslocando-se a formação real cada dia mais para um currículo paralelo, este sim, mais aderente a realidade.

Portanto a recuperação do papel protagônico que este investimento social de alto custo e gerador e legitimador de prestígio que são as instituições acadêmicas ganha sentido para aqueles que acreditam que existe e existirá uma função pública reguladora que não deixe apenas à selva do mercado a regulação das práticas profissionais e assistenciais.

As Diretrizes Curriculares Nacionais fizeram sensíveis progressos, refletindo as opiniões da sociedade em sua construção. O problema que os gestores da saúde e da educação tem neste momento seria como promover sua efetivação prática...

Desta forma, o Ministério da Educação, por meio do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) e da Secretaria de Educação Superior (Sesu), e o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), apresentam esta nova

publicação, que analisa a aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais.

O estudo constitui-se em mais uma contribuição para o desenvolvimento de políticas de formação e inserção profissional no campo da saúde, no percurso rumo às mudanças tão necessárias para a qualificação dos serviços prestados à população brasileira!

Francisco Eduardo de Campos
Secretário Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde



2. Introdução

Construir uma articulação entre as instituições formadoras e o Sistema Único de Saúde (SUS), tem sido um desafio permanente para os que fazem saúde e educação no Brasil. Para o desempenho adequado de suas funções, são requeridas, além do conhecimento e das habilidades específicas, competências gerais associadas a um perfil profissional e humano. Este perfil ganha definição e se completa no âmbito dos processos de tomada de decisão, na comunicação com os pares e com a sociedade, na capacidade para liderar mudanças, na sensibilidade administrativa e gerencial, inseridos num processo de educação permanente e de atenção às questões da saúde e da formação.

Decorridas quase duas décadas de implementação do SUS, observamos avanços importantes, por exemplo, em relação ao controle social e ao processo de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. Porém, problemas no campo da formação e do desenvolvimento dos profissionais de saúde ainda apresentam-se como desafios a serem enfrentados, desde sua criação pela Constituição Federal de 1988, até os dias atuais, visto que a educação é uma das variáveis centrais para a efetiva consolidação do sistema. De fato, a investigação e reflexão sobre as práticas de atenção à saúde demonstram um distanciamento da formação profissional às reais necessidades do SUS.

Os processos formativos e as práticas profissionais em saúde demonstram comprometimento com diversos interesses, mas muitas vezes excluem os dos usuários do SUS. Em geral, o panorama que observamos na área da Saúde, seja nos níveis federal, estadual ou municipal, seja na gestão, no ensino ou nos serviços, perpetua modelos conservadores e parece distanciado de um modelo lógico, que seria o “usuário-centrado” e da missão primeira que seria um cuidado adequado às necessidades da população.

A educação, sem dúvida, é um instrumento potente para corrigir o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS. Constitui-se em uma ferramenta para superação da distância entre algumas conquistas da Reforma Sanitária (como ter trazido para lugar de destaque as discussões acerca da importância da integralidade da atenção e do conceito ampliado de saúde) e as práticas de saúde vigentes no País.

A discussão acerca de mudanças na formação dos profissionais de saúde, aproximando-a das reais necessidades sociais é, sem dúvida, polêmica e conflituosa, instigando os que se mobilizam nesse sentido. A busca pela integralidade da atenção à saúde, necessariamente implica em avançarmos na

superação de antigos embates: atenção básica/atenção especializada; ações preventivas/ações curativas; cuidados individuais/cuidados coletivos e Unidades Básicas de Saúde/hospitais.

Fazem-se necessárias ações públicas visando à transformação do perfil dos futuros trabalhadores da saúde, com estratégias e políticas no campo da formação e desenvolvimento dos profissionais construídas à luz dos princípios e diretrizes do sistema público de saúde. Neste sentido, a Política Nacional de Educação em Saúde, desenvolvida pelo Ministério da Saúde, traz à tona alguns aspectos, como o conceito ampliado de saúde; a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que considerem o trabalho como eixo estruturante das atividades; o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar; a integração entre o ensino e os serviços de saúde; o aperfeiçoamento da atenção integral à saúde e a qualificação da gestão.

Para que haja uma efetiva reorientação do modelo de atenção e mudanças de práticas (transcendendo declarações, portarias, leis e normas e passando de fato a integrar nosso cotidiano), é preciso haver transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área da Saúde, qualificando a atenção e a gestão do SUS e, portanto, fortalecendo o sistema. Essas proposições de qualificação estão presentes, inclusive, no recente Pacto pela Saúde, do Ministério da Saúde (pactuado na Comissão Intergestores Tripartite e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2006), no sentido de aumentar a legitimidade social do sistema de saúde, que vem sofrendo com as dificuldades em prover, adequada e qualitativamente, as ações e os serviços demandados pelos cidadãos brasileiros.

Questões relacionadas ao trabalho em saúde, com a implementação de programas, projetos e políticas de saúde ao longo do desenvolvimento da Reforma Sanitária, vêm sendo colocadas em prática, como elemento essencial para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

A expressão “Reforma Sanitária” foi recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, utilizada para se referir ao conjunto de idéias que se tinha em relação às transformações necessárias na área da Saúde. Essas mudanças não diziam respeito apenas ao sistema, mas a todo o setor Saúde, introduzindo uma nova visão na qual se esperava a melhoria das condições de vida da população como resultado, e já apontando para o conceito ampliado de saúde. Os princípios básicos da Reforma Sanitária não se limitam à criação do sistema público de saúde vigente, mas demonstram que o conceito

de saúde e doença está ligado ao trabalho, saneamento, lazer e cultura, além de outras condições sócioeconômicas.

Os princípios da Reforma Sanitária Brasileira, consagrados no texto da Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde nº 8.088/1990, são aliados às premissas da Educação Superior Brasileira, expressas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior (LDB) nº 9.394/1996; no Plano Nacional de Educação, Lei nº 10.172/2001; no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), Lei nº 10.861/2004 e Decreto nº 5.773/2006, além da proposta de reforma da educação superior coordenada pelo Ministério da Educação.

A premência por mudanças no campo da formação em saúde, a partir destes vários referenciais e experiências, foi incorporada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área da Saúde e está expressa no Parecer CNE/CES nº 1.133/2001, resultado de uma construção coletiva que buscou integrar a educação com a saúde.

As DCN têm como ideário básico a flexibilização curricular, com vistas a possibilitar uma sólida formação de acordo com o estágio de desenvolvimento do conhecimento em cada área, permitindo ao graduado enfrentar as rápidas mudanças do conhecimento e seus reflexos no mundo do trabalho. Desde a sua aprovação, os currículos devem ser propostos de modo a contemplar, para cada curso, o perfil acadêmico e profissional, as competências, as habilidades e os conteúdos nelas estabelecidos, a partir de referências nacionais e internacionais.

O perfil do profissional de saúde definido nas diretrizes é de um indivíduo com formação generalista, técnica, científica e humanista, com capacidade crítica e reflexiva, preparado para atuar, pautado por princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção. Enfatiza-se a perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Desta forma, as diretrizes orientam para currículos que contemplem elementos de fundamentação essencial no seu campo do saber ou profissão, numa concepção de que o indivíduo deve aprender a aprender, engajado num processo de educação permanente. Propõe-se que os cursos de graduação sejam baseados em aprendizagem ativa, centrada no aluno, como sujeito da aprendizagem e no professor, como facilitador e mediador deste processo de ensino-aprendizagem. Enfoca-se o aprendizado baseado em competências, em evidências científicas, na solução de problemas e orientado para a comunidade.

A diversificação de cenários e ambientes de aprendizagem centra-se na prática e na inserção do estudante no sistema público de saúde vigente, já no início da sua formação.

As diretrizes curriculares orientam a elaboração dos projetos pedagógicos e seus currículos, e devem ser adotadas por todas as Instituições de Educação Superior (IES). Elas trazem a perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes.

Dentre outras ações, cabe ao Ministério da Educação definir as políticas de formação na educação superior, regular as condições de sua oferta, supervisionar a implementação dos projetos pedagógicos recomendados e avaliar a qualidade desta formação no sistema federal (que abrange as instituições federais e privadas). Como uma das ações direcionadas à recuperação do papel regulador do Estado, o atual governo criou, na Secretaria de Educação Superior (Sesu), o Departamento de Supervisão do Ensino Superior (Desup), no qual foram congregadas as ações relacionadas à formalização do ingresso e permanência das instituições e cursos do Sistema Federal de Educação Superior.

A avaliação, como um dos eixos centrais do programa de governo, consolida-se por meio da implantação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior, operacionalizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), por meio da Diretoria de Estatísticas e Avaliação da Educação Superior (Deaes).

É oportuno destacar que as Diretrizes Curriculares Nacionais devem ser observadas, tanto pelos cursos supervisionados pelo sistema federal, como por aqueles pertencentes aos sistemas estaduais. A avaliação dos cursos, dentre outros aspectos, analisa em que medida as diretrizes foram atendidas, tanto no que se refere à concepção do curso como à sua implementação. Esta avaliação, enquanto parte do Sinaes, é referencial básico no processo de regulação e supervisão (autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos). Assim, na implementação de seus respectivos projetos pedagógicos, os cursos de enfermagem devem atender à Resolução CNE/CES nº 3/2001, os de medicina à Resolução CNE/CES nº 4/2001 e os de odontologia à Resolução CNE/CES nº 3/2002.

Por outro lado, ao Ministério da Saúde compete, além de outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos na área da Saúde (Inciso III do Art. 200, da Constituição Federal de 1988).

Valorizando os trabalhadores da saúde e colocando em destaque os temas da gestão do trabalho e da educação na saúde, foi criada em 2003, na estrutura regimental do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), composta por dois departamentos: o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges).

A política de educação na saúde implementada pelo Deges/SGTES tem como um de seus eixos estruturantes a integração entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, caracterizada por ações que visam à mudança das práticas de formação e de atenção, do processo de trabalho e da construção do conhecimento, a partir das necessidades dos serviços.

A ação articulada entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, formalizada pela Portaria Interministerial nº 2.118, de 03 de novembro de 2005, instituiu a cooperação técnica entre os dois ministérios, para a formação e o desenvolvimento de recursos humanos na saúde, envolvendo o nível técnico, a graduação e a pós-graduação na área de Saúde.

Uma das ações desencadeadas a partir desta articulação foi o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) que tem por objetivo geral, incentivar transformações no processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo saúde-doença. O Pró-Saúde busca integrar a formação de graduação e as necessidades da atenção à saúde, na direção apontada pelas DCN, englobando, inicialmente, os cursos de enfermagem, medicina e odontologia. No edital de seleção dos projetos, lançado em novembro de 2005, em Portaria Interministerial dos ministérios da Saúde e da Educação, foram selecionados 90 cursos, com impacto inicial sobre aproximadamente 46 mil estudantes de graduação da área da Saúde.

Sinal da importância do tema em questão, a Organização Mundial da Saúde, na comemoração anual do Dia Mundial da Saúde, escolheu em 2006 o tema “GENTE QUE FAZ SAÚDE”, como mensagem simbólica dos esforços a serem ampliados em prol dos trabalhadores de saúde nos países. O fato aponta para a percepção não apenas no Brasil, mas numa perspectiva global, sobre a incontornável relevância que tem a formação e a valorização dos trabalhadores na qualidade da atenção à saúde. Inspirado no tema e com base em um dos objetivos da Portaria Interministerial nº 2.118, o de produzir, aplicar e disseminar conhecimentos sobre a formação de recursos humanos na saúde, no dia 07 de abril deste ano, foi lançada a publicação *A Trajetória dos Cursos de Graduação*

da Área da Saúde, entre 1991 e 2004. O escopo do estudo envolveu as 14 profissões da saúde (Resolução CNS nº 287/1998), e foi desenvolvido com a participação ampla da comunidade acadêmica envolvida com a formação dos trabalhadores da saúde no País.

Em continuidade a esta linha de pesquisa, o presente estudo investigou a contribuição das avaliações do Ministério da Educação na aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais.

No desenvolvimento do trabalho foram utilizados os relatórios de avaliação desses cursos de graduação, para fins de reconhecimento e renovação de reconhecimento, depositados no sistema do Inep/MEC e estabelecidos os seguintes objetivos:

Geral:

- Analisar, com base nos relatórios dos processos avaliativos dos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) conduzidos pelo Inep/MEC, no período de 2002 a 2006, a adoção das Diretrizes Curriculares Nacionais no contexto dos PPC de graduação de enfermagem, medicina e odontologia desenvolvidos pelas IES, públicas e privadas, que integram o Sistema Federal de Ensino.

Específicos:

- Construir e avaliar índices de aderência dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia às DCN.
- Avaliar o nível de aderência dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia às DCN.
- Identificar, com base nos relatórios dos processos avaliativos dos projetos pedagógicos dos cursos conduzidos pelo Inep/MEC, as características dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia, mais intensamente relacionadas com aderência às DCN.

Para isso, o trabalho contou com a participação de docentes dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia de IES brasileiras, e adotou como prática de trabalho a construção coletiva com abordagem quantitativa e qualitativa.

A análise da contribuição das avaliações *in loco* de cursos, realizadas por comissões de docentes das áreas acadêmicas pertinentes, sob a coordenação do Inep, é fundamental para identificar o poder indutor e o potencial formativo das DCN sobre a implementação dos projetos pedagógicos dos cursos. É também fundamental para melhor entender a sensibilidade do instrumento de avaliação, então vigente, às mudanças que o País busca desenvolver, no sentido de garantir uma formação mais cidadã e uma adequada inserção profissional no campo da Saúde.

Embora este trabalho tenha sido desenvolvido utilizando-se o instrumento de avaliação de cursos até então disponível pelo Inep, espera-se com ele obter subsídios em relação às necessidades de ajustes e refinamentos do novo instrumento que está atualmente sendo aplicado.

Estes achados, complementados pelo acompanhamento dos cursos integrantes do Pró-Saúde, objetivam trazer informações relevantes com relação ao grau de aderência às diretrizes no seu atual estágio de implementação. Ao conhecer esta linha de base, teremos condições de avaliar a efetividade das medidas implementadas para alcançar a imagem-objetivo delineada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e pelo Pró-Saúde.

Busca-se, assim, avançar na elucidação de elementos norteadores para a formulação de políticas públicas, que viabilizem a execução dos projetos pedagógicos desses cursos, além de contribuir para o planejamento e a implementação de políticas efetivas de formação e inserção profissional na área da Saúde.



3. Metodologia

3.1. Os aspectos da avaliação dos cursos usados para a construção dos índices de aderência

José Ueleres Braga

Para atender aos objetivos deste estudo foram usadas abordagens quantitativas e qualitativas. A seguir são apresentados os aspectos metodológicos mais relevantes deste estudo.

A criação e avaliação dos índices de aderência foram feitas com base nos aspectos contidos no instrumento de avaliação dos cursos de graduação de enfermagem, medicina e odontologia. Por isto, a metodologia utilizada incluiu a participação ativa dos membros dos três grupos de trabalho específicos de cada curso no sentido de produzir os resultados das seguintes etapas:

Etapa 1: uma listagem dos aspectos do instrumento de avaliação que abordam temas *apresentados* nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos.

Etapa 2: uma listagem dos aspectos do instrumento de avaliação que abordam temas *fortemente indicados* nas DCN dos cursos.

Etapa 3: a identificação de dez aspectos do instrumento de avaliação *fortemente associados* às DCN dos cursos.

Vale ressaltar que os aspectos do instrumento de avaliação dos cursos estudados são medidos pelos seguintes escores: 1 - “muito fraco”, 2 - “fraco”, 3 - “regular”, 4 - “bom” ou 5 - “muito bom”.

A criação dos índices considerou dois tipos de análise dos aspectos do instrumento de avaliação dos cursos estudados. Uma abordagem em que se consideram todas as categorias que poderiam ser assumidas pelo aspecto, isto é, de 1 a 5, de “muito fraco” a “muito bom”. A outra opção considerada foi em relação ao completo atendimento ao aspecto, isto é, atribuindo o escore 1 (um) a classificação de “muito bom” e 0 (zero) para as demais, ou seja, de “muito fraco” a “bom”.

Para os cursos estudados, cada membro dos grupos de trabalho selecionou os aspectos relacionados às DCN e um debate permitiu a seleção por consenso de aspectos relacionados às diretrizes.

Estas listas (Etapa 1) estão apresentadas nos textos de cada uma das três áreas.

¹ Doutor em epidemiologia, docente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Com base nesta lista, cada membro dos três grupos de trabalho fez uma ordenação por importância dos aspectos mais relevantes para a aderência à DCN dos cursos (Etapa 2). Os aspectos (dez) selecionados para o grupo de medicina estão dispostos no Quadro 1.

Quadro 1 - Dez aspectos os aspectos do instrumento de avaliação que abordam temas *fortemente indicados* nas DCN do curso de medicina:

- Coerência do currículo com o perfil desejado do egresso
- Adequação da metodologia de ensino à concepção do curso
- Inter-relação das disciplinas na concepção e execução do currículo
- Coerência do sistema de avaliação do processo ensino-aprendizagem com a concepção do curso
- Existência de módulos ou temas integradores
- Existência de atividades formativas de prática profissional ao longo do curso
- Constituição e dimensão de áreas de treinamento obrigatório
- Existência de rede de comunicação científica
- Serviços de Unidades de Saúde dos três níveis
- Serviços de laboratórios de ensino

Os aspectos (onze) selecionados para o grupo de enfermagem estão dispostos no Quadro 2.

Quadro 2 - Onze aspectos do instrumento de avaliação que abordam temas *fortemente indicados* nas DCN do curso de enfermagem:

- Perfil do egresso
- Adequação da metodologia de ensino à concepção do curso
- Inter-relação das disciplinas na concepção e execução do currículo
- Coerência do sistema de avaliação do processo ensino-aprendizagem com a concepção do curso
- Existência de mecanismos efetivos de acompanhamento e de avaliação do estágio
- Diversidade de cenários de aprendizagem
- Estímulos (ou incentivos) profissionais
- Docentes com orientação de estágio supervisionado, de trabalho de conclusão de curso ou de atividades complementares
- Unidades Básicas de Saúde - serviços
- Unidade de Saúde da Família - serviços
- Hospitais de cuidados secundários e terciários - serviços

Os aspectos (onze) selecionados para o grupo de odontologia estão dispostos no Quadro 3.

Quadro 3 - Onze aspectos do instrumento de avaliação que abordam temas fortemente indicados nas DCN do curso de odontologia:

- Efetiva dedicação do coordenador à administração e à condução do curso
- Perfil do egresso
- Coerência do currículo com o perfil desejado do egresso
- Inter-relação das disciplinas na concepção e execução do currículo
- Coerência do sistema de avaliação do processo ensino-aprendizagem com a concepção do curso
- Participação dos alunos em programas/ projetos/ atividades de iniciação científica ou em práticas de investigação
- Participação dos alunos em atividades de extensão
- Participação dos alunos em atividades fora da IES
- Relação aluno/ supervisor na orientação de estágio
- Regime de trabalho
- Clínica de ensino

Na etapa três, foram selecionados dez aspectos associados ao aspecto único de “coerência do currículo em face das DCN” do instrumento de avaliação dos cursos estudados. O método utilizado para identificar estes aspectos foi o cálculo de uma medida de associação entre cada aspecto das primeiras listagens (Etapa 1) e o aspecto único de “coerência do currículo em face das DCN”. A medida usada foi a razão de chances (“*odds ratio*”). Foram selecionados os dez aspectos com maiores força de associação. O Quadro 4 tem os aspectos selecionados para os três cursos estudados.

Quadro 4 - Dez aspectos do instrumento de avaliação que abordam temas fortemente associados ao aspecto único de “coerência do currículo em face das DCN”

Medicina	Enfermagem	Odontologia
<ul style="list-style-type: none"> · Coerência do currículo com o perfil desejado do egresso · Adequação da metodologia de ensino à concepção do curso · Inter-relação das disciplinas na concepção e execução do currículo · Coerência do sistema de avaliação do processo ensino-aprendizagem com a concepção do curso · Existência de módulos ou temas integradores · Existência de atividades formativas de prática profissional ao longo do curso · Constituição e dimensão de áreas de treinamento obrigatório · Existência de rede de comunicação científica · Serviços de Unidades de Saúde dos três níveis · Serviços de laboratórios de ensino 	<ul style="list-style-type: none"> · Concepção do curso · Objetivos do curso · Perfil do egresso · Currículo · Coerência do currículo com os objetivos do curso · Coerência do currículo com o perfil desejado do egresso · Adequação da metodologia de ensino à concepção do curso · Inter-relação das disciplinas na concepção e execução do currículo · Coerência do sistema de avaliação do processo ensino-aprendizagem com a concepção do curso · Procedimentos de avaliação do processo de ensino-aprendizagem 	<ul style="list-style-type: none"> · Concepção do curso · Objetivos do curso · Perfil do egresso · Currículo · Coerência do currículo com os objetivos do curso · Coerência do currículo com o perfil desejado do egresso · Inter-relação das disciplinas na concepção e execução do currículo · Sistema de avaliação · Existência de um sistema de auto-avaliação do curso · Existência de um sistema permanente de avaliação dos docentes

No caso do curso de medicina houve coincidência entre os aspectos selecionados pelo grupo de trabalho e aqueles com associação mais forte com o aspecto único. Para os grupos de enfermagem e odontologia não houve total coincidência entre os aspectos derivados das etapas 2 e 3.

Vale comentar que nessas etapas 2 e 3 foram usados métodos diferentes para selecionar os aspectos, isto é, na etapa 2 houve uma escolha baseada na opinião dos peritos que compõem o grupo de trabalho, enquanto na etapa 3, a decisão baseou-se em medidas de associação e técnica estatística.

3.2. A criação dos índices de aderência às DCN dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia

Foram criados índices de aderência às DCN dos cursos estudados para os aspectos selecionados em cada uma das três etapas: dois índices relacionados aos aspectos selecionados na etapa 1, dois índices relacionados aos aspectos selecionados na etapa 2 e outros dois sobre os dez aspectos escolhidos na etapa 3.

A construção dos índices considerou a diferença entre a soma dos escores de cada curso e a soma dos escores mínimos possíveis. Também foi considerada a variação entre a soma dos escores máximos possíveis e a soma dos escores mínimos possíveis. O índice consistiu na razão entre estas duas diferenças. Na prática buscou-se medir quanto da variação possível da soma de escores foi alcançada por cada curso.

Índice de aderência da soma de escores dos aspectos das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de medicina selecionados na etapa 1 (I_{50} ou I_{60} ou I_{47}).

Esses índices são denominados de I_{50} para o curso de medicina, I_{60} para o curso de enfermagem e I_{47} para o curso de odontologia. Para simplificar será apresentado o I_{50} para representar os demais.

O índice I_{50} foi criado usando a seguinte fórmula:

$$I_{50} = \frac{\sum \text{escores} - \min(\sum \text{escores})}{\max(\sum \text{escores}) - \min(\sum \text{escores})}$$

Índice de aderência da soma de escores da condição de completo atendimento aos aspectos das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de medicina selecionados na etapa 1 (Ic_{50} ou Ic_{60} ou Ic_{47})

O índice Ic_{50} foi criado usando a seguinte fórmula:

$$Ic_{50} = \frac{\sum \text{escores} - \min(\sum \text{escores})}{\max(\sum \text{escores}) - \min(\sum \text{escores})}$$

Índice de aderência da soma de escores dos aspectos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos estudados selecionados na etapa 2 (I_{10} ou I_{11})

O índice I_{11} foi criado usando a seguinte fórmula:

$$I_{10} = \frac{\sum \text{escores} - \min(\sum \text{escores})}{\max(\sum \text{escores}) - \min(\sum \text{escores})}$$

Índice de aderência da soma de escores da condição de completo atendimento aos aspectos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos estudados selecionados na etapa 2 ($I_{c_{10}}$ ou I_{11})

O índice $I_{c_{10}}$ foi criado usando a seguinte fórmula:

$$I_{c_{10}} = \frac{\sum \text{escores} - \min(\sum \text{escores})}{\max(\sum \text{escores}) - \min(\sum \text{escores})}$$

Índice de aderência da soma de escores dos aspectos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos estudados selecionados na etapa 3 (I_{10})

O índice I_{10} foi criado usando a seguinte fórmula:

$$I_{10} = \frac{\sum \text{escores} - \min(\sum \text{escores})}{\max(\sum \text{escores}) - \min(\sum \text{escores})}$$

Índice de aderência da soma de escores da condição de completo atendimento aos aspectos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos estudados selecionados na etapa 3 ($I_{c_{10}}$)

O índice $I_{c_{10}}$ foi criado usando a seguinte fórmula:

$$I_{c_{10}} = \frac{\sum \text{escores} - \min(\sum \text{escores})}{\max(\sum \text{escores}) - \min(\sum \text{escores})}$$

Os valores destes índices foram comparados com a avaliação feita no instrumento de avaliação do curso sobre a “coerência do currículo em face das DCN” pela observação de um único aspecto.

Uma forma de avaliar a performance dos índices construídos é estimando a acurácia destas medidas em relação à classificação pelo critério único da avaliação.

As elevadas sensibilidade e a especificidade são desejadas para estes índices, no entanto seus cálculos pressupõem o estabelecimento de pontos de corte para os mesmos. Entretanto, a medida “área abaixo da curva ROC” permite avaliar a sensibilidade e a especificidade quando são considerados os vários pontos de corte dos valores obtidos pelo índice.

Em atendimento ao terceiro objetivo, isto é, para identificar as características dos cursos avaliados mais intensamente relacionadas com aderência às DCN foi utilizada a análise de variância (Anova), para identificar as diferenças entres os valores do índice de aderência segundo as variáveis que potencialmente influenciariam no grau de aderência às DCN dos cursos estudados.

3.3. A análise qualitativa dos produtos de avaliações do MEC sobre a aderência às DCN dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia

A amostra das avaliações para a análise qualitativa considerou os relatórios para fins de reconhecimento e renovação de reconhecimento. A amostra de cursos atendeu aos seguintes critérios de inclusão: cursos de graduação que no banco de dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) possuíssem os Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) e o respectivo relatório de avaliação; cursos localizados nos intervalos inter-quartis superior e inferior considerando a aplicação do índice de aderência I_{10} .

A metodologia de trabalho foi desenvolvida em dois momentos, pautou-se em conceitos da análise de conteúdo e aproximou-se da análise temática. No primeiro momento o grupo construiu uma matriz de análise, considerando aspectos capazes de expressar, via relatório, a relação entre o documento PPC e o movimento do curso na direção da concretização de sua proposta. Realizou-se a validação da referida matriz e posterior revisão de alguns aspectos com aperfeiçoamento subsequente. Houve distribuição, entre o grupo, do material a ser analisado (PPC e relatório), observando-se o cuidado de não coincidir avaliação com avaliador. A seguir, ocorreu a aplicação da matriz de análise.

No segundo momento, após a organização e leitura dos dados obtidos com a aplicação da matriz de análise (os membros do grupo de trabalho elaboraram análises por curso e uma síntese do resultado do conjunto de cursos), foram identificados quatro núcleos temáticos que emergiram do material produzido: (1) existência de referência textual no PPC às DCN; (2) existência de referência textual no PPC ao Sistema Único de Saúde (SUS); (3) presença nos registros dos relatórios de uma avaliação sobre a adesão dos cursos às DCN nas dimensões avaliativas elegidas; e (4) abrangência do registro do avaliador sobre a realidade observada. Para orientar uma segunda leitura sobre o material (PPC e relatório), o grupo construiu uma nova matriz de análise, com base nos núcleos supracitados e executou a aplicação.

A partir dos dados obtidos pelo caminho quantitativo, optou-se então por estabelecer o caminho qualitativo que contribuísse para esclarecer as condições de produção do I_{10} , procurando-se focar com especial atenção o grupo de cursos dos intervalos inter-quartis superior e inferior. As perguntas para as quais se buscaram respostas foram: o que os cursos situados no intervalo inter-quartil superior possuem/fazem que lhes potencializam a aderência às DCN? O que os cursos situados no intervalo inter-quartil inferior carecem que lhes comprometem a aderência às DCN?

Para tal, optou-se por realizar uma avaliação das análises dos cursos situados nos dois intervalos inter-quartis supracitados, contrastando-os com os pressupostos presentes nos PPC e relatórios. Os grupos de trabalhos valeram-se dos dados obtidos por meio da aplicação dos dois instrumentos mencionados. Consideraram-se, entre outros aspectos contidos nos instrumentos de avaliação, aqueles que no entender dos grupos revelam potencialidades e fragilidades dos respectivos cursos, no que tange à aderência às DCN, bem como a menção de sugestões pelos respectivos avaliadores.

À alegação da subjetividade/ arbitrariedade que os grupos pudessem ter na escolha dos aspectos fortemente ligados á concretização das diretrizes, responderemos assumindo como princípio a impossibilidade de isenção no campo da educação. A educação será sempre ato político. A imperiosidade de indicar fortemente quais aspectos mostram-se potentes para ativar e sustentar os processos de mudança na formação em saúde levou-nos à construção das duas matrizes, para serem capazes de facilitar o olhar que examina as questões mais subliminares contidas nos aspectos do instrumento.

O corpus de análise constituiu-se dos dados oriundos da aplicação das duas matrizes aos cursos localizados nos referidos intervalos inter-quartis.



4 - Análise dos cursos

4.1. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem às diretrizes curriculares nacionais

David Lopes Neto¹

Elizabeth Teixeira²

Euclea Gomes Vale³

Fátima Scarparo Cunha⁴

Iara de Moraes Xavier⁵

Josicélia Dumêr Fernandes⁶

Kaneji Shiratori⁷

Kenya Schimidt Reibnitz⁸

Mara Regina Lemes de Sordi⁹

Márcia Barbieri¹⁰

Maria Inês Brandão Bocardi¹¹

4.1.1. Introdução

É inegável a contribuição dos processos avaliativos na qualificação dos cursos de graduação, que se encontra em plena fase de expansão. Essa contribuição torna-se mais evidente quando a educação superior é desafiada a romper paradigmas que a colocam na direção de uma formação com pertinência social e coerência com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

Os novos paradigmas na educação superior implicam em mudanças que, por sua vez, nos impõem desafios que necessitam ser superados, particularmente quando se tenta sair do discurso para a ação. E essa é uma das grandes contribuições da avaliação, ou seja, tornar visíveis os avanços desejados para além da mera incorporação dos jargões da mudança que atualizam os

¹ Doutor em enfermagem e professor da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas.

² Doutora em ciências sócio-ambientais e professora do curso de enfermagem da Universidade do Estado do Pará.

³ Doutoranda em enfermagem na UFC e professora do curso de enfermagem da Faculdade Católica Rainha do Sertão/CE.

⁴ Doutora em saúde coletiva e professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/RJ.

⁵ Doutora em saúde pública e professora da Universidade de Brasília/DF.

⁶ Doutora em enfermagem, professora titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia/BA, membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação, Ética e Exercício de Enfermagem da EEUFBA e pesquisadora do CNPq.

⁷ Doutora em enfermagem e professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/RJ.

⁸ Doutora em enfermagem e professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina/SC.

⁹ Doutora em educação e professora da Faculdade de Educação da Universidade de Campinas/SP.

¹⁰ Doutora em enfermagem e professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo.

¹¹ Doutora em enfermagem, professora e coordenadora da Faculdade de Enfermagem das Faculdades da Alta Paulista de Tupã/SP.

discursos, mostrando-se suficientes para mudar a realidade do ensino e dos serviços, nos contextos em que se dão de forma concreta.

Por serem processuais, as mudanças na elaboração de novos Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) e na sua implementação, vêm evidenciando dificuldades dos cursos na apropriação das DCN. Num primeiro momento, a re-elaboração dos PPC poderá, ainda, estar restrita à adesão aos termos que integram as DCN, sem contextualização das condições de saúde da população local/regional, da rede de saúde onde se trabalhará, da identidade do curso, assim como do perfil do egresso afinado às necessidades sociais e sanitárias, locais e regionais.

Apesar dessas dificuldades, espera-se que, ao longo de um processo reflexivo, dialógico e comprometido com as mudanças exigidas por uma sociedade marcada por desigualdades, as Instituições de Ensino Superior (IES), que oferecem cursos de enfermagem, devam elaborar seus Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC), demonstrando a internalização desse processo pelos atores envolvidos na mudança.

Sob essa ótica, a avaliação acaba sendo acionada para contribuir na construção da coerência interna e externa do processo e, ao mesmo tempo, dar visibilidade às potencialidades e fragilidades desse processo.

Nessa perspectiva, simultaneamente ao movimento das IES na redefinição de seus PPC, o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS), considerando o disposto na Portaria Interministerial nº 2.118/2005, fortaleceram sua parceria, de modo a interferir e potencializar, por meio da avaliação da educação superior, a complexidade dos diversos cenários das práticas em saúde. Desse modo, percebe-se uma reorientação das políticas de avaliação, na tentativa de torná-las indutoras de um novo modelo de formação profissional.

Emergiu, assim, a iniciativa dos dois ministérios em responder ao seguinte questionamento: qual a contribuição das avaliações do MEC na identificação da coerência dos cursos de graduação em enfermagem com as Diretrizes Curriculares Nacionais?

Buscando respostas a esse questionamento, esses dois ministérios, por meio do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), criaram comissões constituídas por profissionais das áreas de enfermagem, medicina e odontologia. A comissão da área de enfermagem, autoras do presente estudo, acreditando na capacidade reveladora da avaliação, motiva-se a buscar entender como se dá o trabalho de tradução das Diretrizes

Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem (DCN/ENF) em duas direções: qual a leitura das DCN/ENF pela comunidade dos cursos, expressa no PPC e em sua organização didático-pedagógica? Qual a sensibilidade do olhar do avaliador para as dimensões que revelem maior ou menor aderência dos cursos às DCN/ENF?

Considerando este contexto e os desafios emergentes de uma cultura de avaliação, este trabalho busca uma aproximação com os dados oriundos dos processos avaliativos, revelados nos relatórios dos avaliadores de cursos de graduação em enfermagem, a partir do proposto nos projetos pedagógicos desses cursos.

Nesse direcionamento, o presente estudo tem como objetivo. geral analisar a contribuição dos processos avaliativos, conduzidos pelo Inep/MEC, no período de 2002 a 2006, na identificação da intensidade e qualidade da adoção das DCN/ENF registradas no contexto dos PPC de graduação em enfermagem, desenvolvidos pelas IES, públicas e privadas, que integram o Sistema Federal de Ensino. E como objetivos específicos:

- identificar, nos PPC de graduação em enfermagem, avaliados pelo Inep/MEC, a coerência dos mesmos com as DCN da área.
- identificar, nos relatórios dos processos avaliativos dos PPC dos cursos de graduação em enfermagem, conduzidos pelo INEP/MEC, o registro da coerência desses cursos com as DCN/ENF.
- visualizar as características dos cursos de graduação em enfermagem e relacioná-las com a aderência às DCN/ENF.

A finalidade do estudo é contribuir para o planejamento e implementação de políticas de formação e inserção profissional no campo da Saúde, na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS), além de oferecer subsídios para a sustentação de capacitações para o processo avaliativo dos cursos de graduação em enfermagem, em busca do desenvolvimento de compromisso formativo do avaliador, na elaboração dos relatórios e incorporação de aspectos que revelem a mudança paradigmática na formação em saúde.

4.1.2. Marcos conceituais para os nexos entre educação superior, Diretrizes Curriculares e avaliação

O estabelecimento de marcos significantes da realidade educacional brasileira remete o leitor, necessariamente, à temporalidade histórica do panorama da educação.

Em 1823, na Constituinte do Brasil Império, foi preconizada a educação para todas as cidades e vilas. Na República, houve a criação do Instituto *Pedagogium*, órgão impulsionador de reformas e melhoramentos da educação nacional. Em 1911 foi criado o Conselho Superior de Ensino que, em 1923, passou a ser denominado Conselho Nacional de Instrução. Mais tarde, com a Lei nº 4.024/1961, que fixou as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, foi criado o Conselho Federal de Educação, com competência para definir os currículos mínimos dos cursos.

Em 1996, com a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei nº 9.394/1996, esse Conselho passou a ser denominado de Conselho Nacional de Educação com competência para definir as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos.

Essa nova LDB explicitou a responsabilidade da União em assegurar o processo avaliativo, a nível nacional, objetivando a definição de prioridades e a melhoria da qualidade do ensino. No que se refere à área da Saúde, essa Lei possibilitou a concretização, em 07 de agosto de 2001, do Parecer nº 1133 do CNE/CES que veio reforçar a necessidade da articulação entre educação superior e saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais, com ênfase na promoção, recuperação e reabilitação da saúde e na prevenção da doença. Após esse Parecer, na área da Enfermagem, foi aprovada a Resolução CNE/CES nº 03/2001, que definiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em enfermagem (DCN/ENF).

Vale destacar o entendimento de que não basta definir as Diretrizes Curriculares Nacionais, é necessário implementá-las; não basta elaborar o PPC, é necessário implementá-los e avaliá-los; não basta expandir a educação superior, é necessário avaliá-la em busca da sua qualidade.

Nessa perspectiva, em 2004, com a Lei nº 10.861, foi criado o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), que tem a qualidade da educação como meta a ser alcançada por meio da avaliação como instrumento de política educacional, no âmbito do Inep/MEC.

A partir de então, ficou evidente que a expansão de cursos pode-se dar, desde que revestida de qualidade. E, na expansão com qualidade, a questão da

avaliação passou a ser peça fundamental na garantia da implementação das DCN/ENF como eixo orientador para a elaboração de PPC inovadores, assegurando a aprendizagem centrada no aluno; a construção de um currículo integrado, onde o eixo da formação passa a ser a prática/trabalho/cuidado de enfermagem; a articulação teoria/prática; as concepções de saúde enquanto condições de vida; a consideração de interpenetração e transversalidade; a concepção de avaliação como instrumento de (re)definição de paradigmas (FERNANDES *et al.*, 2003, 2005).

Os PPC passaram a configurar a base de gestão acadêmico-administrativa, devendo conter os elementos das bases filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas que definem as competências e habilidades essenciais à formação das(os) enfermeiras(os).

4.1.2.a. As Diretrizes Curriculares Nacionais como produto do paradigma emergente e o Projeto Pedagógico de Curso como uma de suas expressões

O processo de construção das DCN produziu disputas de várias escolas acadêmicas que defendiam diferentes postulados para a formação no âmbito da graduação. Este movimento evidenciou o contraditório, bem como a explicitação de posições intelectuais derivadas de paradigmas antagônicos, enfim a pluralidade ideológica.

A área da Saúde, de forma integrada, assumiu como referencial básico o paradigma emergente¹² para orientar a elaboração das DCN e, conseqüentemente, para fundamentar a construção dos PPC.

Coerente com o paradigma emergente, a área da Saúde estabeleceu como elemento nuclear para a formação acadêmica dos egressos dos cursos de graduação, que integram esta área, a relação dialética entre saúde e educação superior como geradora de um objeto relacional e indissociável. Esse elemento nuclear imprimiu identidade à formação dos discentes, o que demandou a adoção de princípios, estratégias e ações contemporâneas inovadoras. Esta concepção preconizou a articulação da educação cidadã e solidária com o conjunto de competências e habilidades gerais e específicas essenciais à formação profissional generalista, crítica e reflexiva capaz de problematizar e assumir desafios em defesa da melhoria da qualidade de vida da população.

As DCN/ENF, mais que um documento instituído pelo Conselho Nacional de Educação, norteiam as IES na formação cidadã e profissional da(o)

¹² Neste estudo, adotamos a concepção paradigma emergente na perspectiva de Santos (2003), que o contrapõe ao paradigma dominante (mecanicista, reducionista e positivista).

enfermeira(o), na definição dos componentes curriculares essenciais para o curso de graduação em enfermagem, na implementação de estágios curriculares supervisionados, na incorporação de atividades complementares e na organização do curso, tendo por base a flexibilização curricular. Além disso, destaca a importância da diversidade de cenários de aprendizagem, com ênfase no SUS e na realidade locorregional, para proporcionar a integralidade das ações de qualidade e humanas de enfermagem, devendo, estes elementos, estarem relacionados ao processo de construção do conhecimento sobre o processo saúde-doença, nas diferentes fases do ciclo vital humano. Esta estruturação reflete a preocupação contida no Parecer nº 776, de 03 de dezembro de 1997, do CNE, os quais assentavam que a LDB asseguraria maior flexibilidade na organização de cursos e carreiras, atendendo à crescente heterogeneidade tanto da formação prévia como das expectativas e dos interesses dos alunos.

A Resolução CNE/CES nº 3, de 07 de novembro de 2001, que institui as DCN/ENF, possibilitou a compreensão da construção coletiva do PPC, bem como a percepção do estudante como sujeito do seu processo de formação, da articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência, além de dispor, para as IES, a orientação sobre a criação de mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelos discentes, por meio de estudos e práticas independentes, presenciais e/ou à distância, a partir de diferentes cenários e experiências de aprendizagem (BRASIL, 2001b).

As DCN/ENF expressam, pois, conceitos originários dos movimentos por mudanças na educação em enfermagem, explicitando a necessidade do compromisso com os princípios da Reforma Sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde. Elas se constituem, destarte, como produto de uma construção social e histórica, e trazem, no seu conteúdo, os posicionamentos da enfermagem brasileira como ponto de partida para as mudanças necessárias à formação da(o) enfermeira(o) e como referência para que as escolas/cursos, no uso de sua autonomia, construam, coletivamente, seus projetos pedagógicos, respeitando a especificidade regional, local e institucional (FERNANDES *et al.*, 2005).

Essas diretrizes têm como objeto a construção de um perfil acadêmico e profissional para enfermeiras (os) com competências e habilidades, por meio de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação, pertinentes e compatíveis com referenciais nacionais e internacionais. A sua intencionalidade volta-se para o oferecimento de diretrizes gerais para que o processo de formação possa desenvolver a capacidade de *aprender a aprender* que engloba *aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto e aprender a ser,*

garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade (XAVIER; FERNANDES; CERIBELLI, 2001)

As DCN/ENF apontam para capacitação da(o) profissional para o exercício das competências gerais e específicas. Dentre as competências gerais estão a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. Vale destacar que essas competências gerais são comuns para toda a área da Saúde e não apenas para a área de Enfermagem.

Além dessas competências gerais, as DCN/ENF trazem as competências específicas e habilidades pautadas nas concepções do estudante como sujeito do seu processo de formação, da articulação entre teoria e prática, da diversificação dos cenários de aprendizagem, de metodologias ativas, da articulação da pesquisa com o ensino e extensão, da flexibilidade curricular, da interdisciplinaridade, da incorporação de atividades complementares, da avaliação da aprendizagem, do processo de acompanhamento, avaliação e gestão do curso, assim como da terminalidade do curso (FERNANDES *et al.*, 2003, 2005).

Elas indicam, também, as diretrizes para os eixos temáticos que devem contemplar as ciências biológicas e da saúde, as ciências humanas e sociais e as ciências da enfermagem, onde se incluem fundamentos de enfermagem, assistência de enfermagem, administração de enfermagem e ensino de enfermagem.

Com a expressão desses elementos, o PPC passa a contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural, ou seja, compreendendo o homem na sua mais completa significação, inserido em um contexto de transformações paradigmáticas, rompendo com a busca secular do estabelecimento do princípio da igualdade, mas compreendendo-a a partir do reconhecimento das diferenças.

Por isso, buscar a aderência entre as DCN/ENF e os PPC, significa compreender a realidade do processo de formação na enfermagem, nas suas diferentes concepções e práticas, haja vista a complexidade e o entendimento da incompletude dos saberes.

Compreendendo tal processo, é possível pensar um projeto que acate o confronto e o diálogo entre os diversos saberes, o que propicia às práticas “ignorantes” se transformarem em “sábias” (SANTOS, 2006) e, a consideração

da identificação das diferentes concepções e práticas em que cada saber opera e de como concebem a realidade, permite a condução da verdadeira ecologia de saberes, que pode se constituir numa direção epistemológica para o projeto.

Não se constrói um projeto sem uma direção política, um norte, um rumo, haja vista que todo projeto pedagógico é também político, inconcluso e uma etapa em direção a uma finalidade – educação de qualidade, que deve estar associada à criatividade, liberdade e autonomia que têm correlação com boas aulas, bons profissionais, serviços administrativos eficientes e transparentes, processos bem fundamentados, decisões ágeis, bom nível de comunicação, currículos bem estruturados e flexíveis, enfim, com o alcance de bons resultados.

Neste contexto, a qualidade na educação deve ser direcionada à busca de critérios elevados de bom desempenho o que, por certo, contribuirá na formação de profissionais conscientes de suas responsabilidades sociais e engajados na luta por melhores condições de saúde e de vida (TRIGUEIRO, 2004).

Assim, os PPC, permitindo e orientando a construção de currículos de referência com essas direções e tendo como base os padrões de qualidade na formação do profissional cidadão no âmbito da graduação, pressupõem:

[...] rupturas com o presente e promessas para o futuro. Projetar significa tentar quebrar um estado confortável para arriscar-se, atravessar um período de instabilidade e busca de uma nova estabilidade em função da promessa que cada projeto contém de estado melhor do que o presente. Um projeto educativo tomado como promessa tenta a determinada ruptura. As promessas tornam visíveis os campos de ação possível, comprometendo seus atores e autores (GADOTTI, 1994, p. 29).

A elaboração de um PPC é uma ação intencional de pessoas, instituição, de grupos, com um sentido explícito, com um compromisso definido coletivamente. Por isso, todo PPC é, também, um projeto político por estar intimamente articulado ao compromisso sociopolítico e com os interesses reais e coletivos da população majoritária, não podendo estar alijado do contexto social, uma vez que ele é histórico e socialmente determinado. Na dimensão pedagógica reside a possibilidade da efetivação da intencionalidade da escola, que é a formação do cidadão participativo, responsável, compromissado, crítico e criativo. Pedagógico, no sentido de se definir as ações educativas e as características necessárias às escolas de cumprirem seus propósitos e sua intencionalidade (VEIGA, 1994).

Como intenção, o PPC apoia-se no desenvolvimento de uma consciência crítica e reflexiva; no envolvimento das pessoas - a comunidade interna e externa à escola/faculdade/centro universitário/universidade; na participação e na cooperação das várias esferas governamentais; na autonomia, na responsabilização, na iniciativa e na criatividade como ato processual e como produto do projeto (GADOTTI, 1994).

Considerando as determinações do atual contexto de transformações da sociedade mundial, foram criadas novas demandas e exigências para a *educação* e para a *saúde*, entre as quais, destacam-se: (a) o reconhecimento da necessidade de se conceber as práticas educativas e de saúde expressivas da sociedade que desejamos, do profissional-cidadão que se quer formar e dos interesses do mundo do trabalho; (b) a requisição de habilidades e competências que tornem os profissionais mais preparados para a vida profissional, tendo em vista as realidades, diversidades e complexidades de cenários de prática; (c) as mudanças substantivas nas atitudes, no comportamento das instituições de ensino e de saúde, dos docentes e dos profissionais para a compreensão da atual crise paradigmática da sociedade com vista a construção de uma nova realidade com identidade específica; e (d) a emergência do controle social e a participação dos usuários em múltiplas instâncias e processos do setor Saúde e Educação.

Os PPC de enfermagem devem ser frutos da interação entre os diferentes agentes sociais, com objetivos e prioridades estabelecidas pela coletividade, por meio da reflexão, do esboço das ações necessárias à construção de uma nova realidade. Deve expressar-se como elemento agregador de ações na busca da melhoria da qualidade da educação, da saúde, com propostas substanciais e concretas que efetivem a formação do profissional enfermeiro.

Preparar o profissional com o perfil apontado pelas DCN/ENF, significa dotá-lo de habilidades e competências para atuar e refletir diante da diversidade e complexidade de cenários. As competências são estruturas do pensamento, mais gerais. O desempenho são ações, é o fazer em si. As competências geram tais ações. Não há, portanto, desempenho sem competências, nem competências sem desempenho. E, ainda, o desempenho, seja ele qual for, é indicial do processo de aquisição de competências.

A relação que as DCN/ENF apontam para os PPC é a da criação de uma identidade própria capaz de considerar o panorama político, econômico, social e cultural da sociedade nacional, para a atuação do profissional de enfermagem com competências e habilidades para atuar na transformação da educação e da saúde, nos próximos três a quatro decênios.

Esta mudança expressa, sem dúvida, o resultado do impacto provocado pelos dispositivos apresentados pela LDB e as conseqüentes orientações formuladas pelas DCN/ENF na elaboração dos PPC, tendo em vista a realidade nacional e regional. Esse documento legal incitou também e, especificamente, a formação de profissionais na área de Saúde, tendo em vista a integralidade da atenção à saúde como princípio constitucional norteador da formulação de políticas de saúde. Em relação aos trabalhadores para esse setor, cabendo ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de Saúde, o que está definido nas Leis Orgânicas de Saúde (LOS): Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 2005).

Nas LOS, o título relativo à formação de recursos humanos destaca que a política para os trabalhadores da área da Saúde deve cumprir o objetivo de organizar um sistema formador em todos os níveis de educação, inclusive de pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. Assim sendo, reiteram as LOS os princípios e diretrizes do SUS, já dispostos no código supremo brasileiro, reafirmando que a efetivação das políticas públicas de saúde dar-se-á pela reorientação da política de recursos humanos no SUS e, por conseguinte, na reformulação dos currículos das Instituições de Educação Superior, por meio de Diretrizes Curriculares Nacionais adequadas às necessidades do SUS (BRASIL, 2003).

4.1.2.b. O desafio da concretização do paradigma emergente na prática: a contribuição dos processos de avaliação

“Nos últimos 30 meses, a avaliação passou por processo revolucionário, inédito no Brasil, de reconstrução dos seus elementos constitutivos, contemplando a mudança de mentalidade/cultura dos agentes; a adoção de comissões multidisciplinares, compostas por professores especialistas, que realizam a avaliação in loco nas IES e nos cursos de graduação; a implantação de novos instrumentos de avaliação (avaliação externa e de cursos de graduação); o desenvolvimento de programas de capacitação para avaliadores; a implantação da auto-avaliação em cerca de 2 mil IES; a realização de duas edições do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade), além da avaliação in loco de 6.250 cursos de graduação” (XAVIER, 2006, p.19).

A avaliação da educação superior, com ênfase na graduação, se afirmou como política pública com a promulgação da LDB, em 1996. Este texto legal defende a avaliação como prática para a supervisão e a regulação do Sistema Federal de Ensino, atribuindo ao MEC a função de realizar o monitoramento

da oferta de educação superior, em conformidade com a legislação vigente, e com os atos autorizativos de funcionamento das IES e dos cursos.

Nessa perspectiva, a avaliação de cursos e de IES aparece como um processo necessariamente contínuo, na medida em que, no Art. 46 da LDB, ficou estabelecido que a autorização e o reconhecimento de cursos e o credenciamento de IES passaram a ter prazos de vigência limitados, devendo-se renová-los, periodicamente, mediante processo regular de avaliação.

Desse contexto diversificado de concepções filosóficas e políticas, emergiu o Plano Nacional de Educação (PNE), editado por meio da Lei nº 10.172/2001, que dispõe, em seu art. 4º, que a União instituirá o Sistema Nacional de Avaliação e estabelecerá os mecanismos necessários para sua operacionalização.

Considerando o período 2002 a 2006, constataram-se dois modelos de avaliação, desenvolvidos pelo MEC, que direcionaram essa ação junto aos cursos de graduação e as IES. Esses modelos emergiram de paradigmas diferentes e coerentes com os momentos políticos nacionais. Eles podem ser caracterizados pelos seguintes aspectos:

- a) entre 2002 e 2003 verificou-se a inexistência de um sistema de avaliação, porque embora a Lei nº 9.131/1995, em seu art. 3º, estabelecesse a realização de avaliações periódicas das IES e de cursos de nível superior, estas eram desarticuladas do Exame Nacional de Cursos (ENC), e o foco da avaliação residia em um produto da educação superior, ou seja, no desempenho do aluno, por meio do ENC;
- b) em 2004, foi instituído o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), que articulou três modalidades de avaliação – a institucional, a de cursos de graduação e a de desempenho do aluno – com regulação da educação superior. Nesse ano, o Enade avaliou 13 cursos de graduação da área da Saúde;
- c) em 2005, destacou-se a realização das auto-avaliações institucionais, que assumiram o seu caráter norteador do processo avaliativo e ponto de partida para uma prática coletiva e participativa de avaliação. Nesse ano, o Enade avaliou mais 20 cursos de graduação;
- d) em 2006, foram criados e implantados os novos instrumentos de avaliação (de curso e de avaliação institucional externa) e o Sinaes se consolida como política de Estado. O Enade, em novembro deste ano, avaliou mais 15 cursos de graduação.

Portanto, na visão do grupo¹³, a evolução conceitual de avaliação delinea

¹³ Neste estudo, adotamos a denominação grupo para representar os enfermeiros autores da presente investigação.

dois momentos distintos: de 2002 a 2003 e de 2004 em diante. Embora se tenha a clareza de que a avaliação não se processou com a linearidade a seguir apresentada – assim descrita apenas para marcar os acontecimentos significativos de cada fase – compreende-se que, na prática, houve, ora o embricamento das diferentes concepções e subjetividades, ora a prevalência temporária e/ou o recuo estratégico(s) das diferentes correntes de pensamento:

- a) no primeiro período, a avaliação está centrada no produto, o ator principal é o avaliador externo à IES/Curso, busca-se a neutralidade, verifica-se a ausência da participação da comunidade na avaliação e registra-se, nos relatórios de avaliação, a presença ou a ausência dos aspectos avaliados;
- b) no segundo período, a avaliação é concebida como um processo que não pode prescindir do compromisso conjunto entre Estado e IES, aumenta-se a participação dos atores envolvidos, constata-se uma ação dialógica entre avaliadores e dirigentes, docentes, discentes, técnicos administrativos e comunidade externa à IES.

O atual sistema de avaliação, instituído pela Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004, assume caráter formativo, interdisciplinar e intencional, e se propõe a ter conseqüências para além da regulação, subsidiando o planejamento e a gestão das IES.

Pode-se afirmar que o Sinaes representa importante mudança de direção no sentido de superar uma lógica de avaliação fragmentária e classificatória, por estabelecer maior abrangência e integração de diferentes procedimentos avaliativos comprometidos com a qualidade acadêmica. Vai além da verificação, realizada verticalmente (do MEC para as instituições e cursos), ao gerar um processo de avaliação compreensivo e pedagógico, que parte da IES e a ela retorna, passando pela ação mediadora do poder público.

Desta forma, o Sinaes se constitui em instrumento de política educacional, voltado para a construção e a consolidação da qualidade, da participação e da ética na educação superior – seja no plano da formação de profissionais, seja no plano do desenvolvimento científico e tecnológico – com respeito às diferentes identidades institucionais e regionais, à diversidade do sistema educacional e à responsabilidade social das IES e dos cursos de graduação.

“Avaliar, no contexto do Sinaes, é estabelecer processo dialógico que permite olhar as dimensões quantitativas e qualitativas como expressão do vivido e do almejado, como projeto de formação relevante para o indivíduo e para a sociedade. É atividade que requer competências e habilidades dos atores sociais envolvidos nesse processo de construção

coletiva. Tem como propósito identificar potencialidades e fragilidades, e destacar pontos fortes e fracos no processo de aprendizagem, tendo como referências o Projeto Pedagógico Institucional, o Plano de Desenvolvimento Institucional e os Projetos Pedagógicos dos Cursos de Graduação” (XAVIER, 2006, p.19).

Estes dois momentos da avaliação na educação superior, descritos anteriormente, sucintamente, influenciaram nos rumos das várias áreas de conhecimento. Na área da Saúde, constata-se que os profissionais atuaram decisivamente para firmar compromissos assumidos mediante a determinação constitucional, a LDB, os princípios da Reforma Sanitária consubstanciados no SUS, culminando com a definição das DCN, que reorientaram a formação dos profissionais da área na perspectiva de um trabalho multiprofissional e transdisciplinar.

Tem-se como pressuposto destas mudanças, a ruptura com um currículo mínimo que enquadrava todos os cursos de graduação em um mesmo modelo, ignorando ou negando características diversificadas da sociedade brasileira: complexidade natural e social, heterogeneidade e desigualdades de diversas naturezas. Assim, o novo paradigma que se impõe coloca como determinações, aos PPC, a responsabilidade social com a formação na educação superior, independente do caráter público ou privado da IES, o respeito à diversidade regional e à identidade institucional. Nesse sentido, as IES, certamente, apresentarão diferentes arranjos e combinações entre os elementos que integram o PPC de seus cursos de enfermagem.

Neste contexto, o PPC deve consubstanciar a educação como fenômeno político e social que se propõe a contribuir na formação de cidadãos conscientes de suas responsabilidades sociais e profissionais, engajados na luta por uma sociedade mais justa, digna, igualitária e solidária.

A avaliação da educação superior não deve ser controladora, competitiva e ranqueadora, mas uma ação política e filosófica que tem como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade do ensino e da formação de profissionais cidadãos.

Dada a natureza ético-política-epistemológica da avaliação, inscrita no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior, tornou-se imperativa a revisão dos instrumentos de avaliação institucional externa e de avaliação de cursos de graduação, além da implantação das comissões multidisciplinares para realizarem as avaliações *in loco*. Estas mudanças ocorreram no sentido de torná-los sensíveis às novas concepções de educação e saúde, traduzindo-as

em dimensões avaliativas de cunho formativo e emancipatório.

Evidentemente que os processos de avaliação externa não têm força para unilateralmente transformar a realidade dos cursos e, por meio destes, afetar também a configuração do modelo assistencial. Mas é importante não desconhecer o potencial dos dados, tornados visíveis pela avaliação na propulsão das mudanças, tanto nos cursos como nos cenários da prática.

Promover o aprimoramento da qualidade do ensino de graduação nos cursos da saúde, importa tornar claro e fortalecer os diferentes atores interessados na mudança, os novos referenciais que devem ser captados pelos processos de avaliação, a fim de subsidiar não apenas a formulação de políticas públicas, mas para sustentar as decisões que orientam o trabalho pedagógico que se faz necessário para dar conta das rupturas no paradigma da formação em saúde.

Possibilita-se, assim, a avaliação da distância entre o pretendido e o executado, a captura das lacunas, das ausências, das contradições existentes. Verdadeiro exercício de reflexão sobre as ações do passado, seus impactos no presente e as possibilidades de um futuro mais promissor em termos de resultados educacionais mais densos e socialmente relevantes (SORDI, 2005).

Esta ressalva é fundamental porque evita que se caia no equívoco de se reduzir a avaliação da qualidade dos cursos a uma prestação de contas burocratizada ao sistema. Se assim a concebermos, despotencializamos sua dimensão pedagógica e política. Assim, é importante destacar que a avaliação deve ser concebida como bem social e não como mercadoria. É fundamental construir uma concepção de educação superior que seja comprometida socialmente com os objetivos e funções a que se propõe.

Precisamos de outra concepção de qualidade para nortear a formação dos profissionais da área da Saúde. A luta para a concretização desta qualidade deve encontrar na avaliação uma aliada, razão pela qual interessa desvelar como as IES, que possuem cursos de enfermagem, se comportam no processo de organização de suas dinâmicas curriculares e quais as vulnerabilidades ou inconsistências que podemos encontrar ao nos depararmos com a realidade dos cursos.

“Sofremos pressão, tanto internas como externas para mudanças da e na dinâmica curricular, algumas vezes executada sem crítica e assim, a mudança apresentada como inovadora pode revelar-se como uma ‘não-mudança’. Há enormes contradições no processo ocultadas pelas decisões aligeiradas para demonstrar a presteza dos ajustes. O tempo ganho na

proposição da mudança, quase sempre é perdido em sua implementação. As diferenças políticas, ideológicas reaparecem; a falta de afinamento conceitual e valorativo quase sempre põe a perder os avanços qualitativos insinuados” (SORDI, 2005, p 8).

4.1.3. Metodologia

O presente estudo optou pela utilização integrada dos métodos quantitativo e qualitativo, o que permitiu interpretações densas dos dados, auxiliando na eliminação do arbitrário que induz a modelos teóricos elaborados longe das situações empiricamente observáveis. Essa opção fundamentou-se no entendimento de que todo conhecimento do cenário social, seja pelo olhar quantitativo ou qualitativo, só é possível por recorte, redução e aproximação e que toda redução e aproximação não podem perder de vista o social (MINAYO, 2004)

A triangulação metodológica possibilitou a checagem e a interação de informações e conhecimentos a partir da articulação dos métodos aqui adotados para a compreensão dos dados em sua intensividade e extensividade. Pois, conforme assinalam Deslandes e Assis (2003, p.215) “[...] *a quantidade é uma dimensão da qualidade do social e dos sujeitos sociais, marcados em suas estruturas, relações e produções pela subjetividade [...]*”.

a) Aspectos quantitativos

Para a definição da amostra das avaliações para a análise quantitativa, foram considerados os relatórios¹⁴ para fins de reconhecimento e renovação de reconhecimento de 110 cursos de graduação: 48 de universidades (do sudeste: 18 privados e cinco federais; do sul: 13 privados e uma federal; do nordeste: oito federais; do centro-oeste: uma privada e uma federal; do norte: uma federal); 21 de centros universitários (11 do sudeste; seis do sul; dois do centro-oeste e dois do norte); 40 de faculdades (23 do sudeste; seis do sul; oito do centro-oeste, duas do nordeste; uma do norte).

Os índices de aderência I_{60} e I_{11} foram feitos com base nos aspectos contidos no instrumento de avaliação dos cursos de graduação em enfermagem. A metodologia de trabalho foi desenvolvida em dois momentos e pautou-se em

¹ Foram utilizados os Relatórios de reconhecimento e Renovação de Reconhecimento, disponibilizados pelo INEP/MEC.

princípios do grupo focal e características da validação de especialistas. Considerou-se a *expertise* do grupo (aqui entendido como grupo de peritos em avaliação) como critério de objetividade para produzir um conjunto de índices em que mais se expressassem as DCN/ENF. O trabalho pautou-se em discussões em profundidade suficiente para debater a pertinência e a aderência dos respectivos aspectos aos princípios das DCN.

No primeiro momento, foram selecionados 60 aspectos do instrumento de avaliação que poderiam abordar temas apresentados nas DCN/ENF. Estes aspectos estão apresentados a seguir, no Quadro 1 (I₆₀).

Quadro 1 – Sessenta (60) aspectos do instrumento de avaliação que abordam temas apresentados nas DCN do curso de enfermagem:(Footnotes)

- Coordenação de curso/atuação
- Coordenação de curso/apoio didático
- Coordenação de curso/titulação
- Coordenação de curso/regime
- Coordenação de curso/efetiva dedicação
- Concepção do curso
- Concepção do curso/objetivos
- Concepção do curso/perfil do egresso
- Currículo
- Currículo/coerência com objetivos;
- Currículo/coerência com perfil
- Currículo/coerência com as DCN
- Currículo/adequação da metodologia
- Currículo/inter-relação das disciplinas
- Sistema de avaliação
- Sistema de avaliação/coerência
- Sistema de avaliação/procedimentos
- Sistema de avaliação/auto-avaliação
- Estágio supervisionado
- Estágio supervisionado/acompanhamento
- Estágio supervisionado/relação aluno-professor
- Estágio supervisionado/níveis de atenção
- Estágio supervisionado integração ensino-serviço
- Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

continua...

continuação

- TCC/acompanhamento
- TCC/relação aluno-professor
- Atividades complementares
- Atividades complementares/diversidade de cenários
- Titulação do corpo docente
- Experiência
- Experiência/tempo de magistério superior
- Experiência/tempo de exercício fora do magistério
- Adequação da formação às disciplinas
- Formação/pedagógica
- Regime de trabalho/TP, TP e horista
- Estímulos/produção científica
- Estímulos/participação em eventos
- Estímulos/formação e atualização
- Dedicção/carga semanal
- Relação alunos-docente/média por docente
- Relação disciplina-docente/média por docente
- Relação disciplina-docente/proximidade temática
- Atividades/orientação didática
- Atividades de estágio supervisionado
- Atividades/atividades científicas discentes
- Acervo
- Acervo/livros
- Acervo/periódicos
- Acervo/informatização
- Acervo/base de dados
- Acervo/multimídias
- Unidade Básica de Saúde/espço
- Unidade Básica de Saúde/equipamentos
- Unidade Básica de Saúde/serviços
- Unidade de Saúde da Família/espço
- Unidade de Saúde da Família/equipamento
- Unidade de Saúde da Família/serviços
- Hospitais/espço
- Hospitais/equipamento
- Hospitais/serviços

Com base nesta lista, em um trabalho coletivo, foi levantado um conjunto de hipóteses explicativas relacionadas aos respectivos aspectos, o que foi imprescindível para se analisar a potência de cada aspecto para revelar a aderência às DCN/ENF.

Tendo como base os marcos teóricos e legais adotados, bem como um intenso trabalho de reflexão, 11 aspectos foram selecionados a partir dos 60 aspectos diretamente vinculados às DCN, tais como perfil do egresso, metodologias ativadoras do processo de aprendizagem, elementos curriculares como a inter-relação entre as disciplinas e o sistema de avaliação da aprendizagem e de acompanhamento e avaliação de estágio curricular supervisionado.

Foi considerado, ainda, que a diversidade de cenários de aprendizagem é essencial para superar a formação centrada no conhecimento fisiopatológico e desagregada da realidade sócio-sanitária e da prestação do cuidado na rede SUS. Entendeu-se, também, que as condições de trabalho docente, particularmente, sua qualificação permanente, são mediadores importantes da possibilidade de desenvolver os processos de ensino e aprendizagem coerentes com as DCN/ENF. A formação pretendida para a(o) enfermeira(o) implica no trabalho docente no estágio curricular supervisionado, no trabalho de conclusão de curso e nas atividades complementares. Por fim, os espaços de aprendizagem nas unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e hospitais secundários e terciários são considerados essenciais para atender as DCN/ENF. Os 11 aspectos considerados mais relevantes estão apresentados no Quadro 2 (I₁₁).

Quadro 2 – Onze (11) aspectos do instrumento de avaliação que abordam temas indicados nas DCN/ENF:

- Perfil do egresso
- Adequação da metodologia de ensino à concepção do curso
- Inter-relação das disciplinas na concepção e execução do currículo
- Coerência do sistema de avaliação do processo ensino-aprendizagem com a concepção do curso
- Existência de mecanismos efetivos de acompanhamento e de avaliação do estágio
- Diversidade de cenários de aprendizagem
- Estímulos (ou incentivos) profissionais
- Docentes com orientação de estágio supervisionado, de trabalho de conclusão de curso ou de atividades complementares
- Unidades Básicas de Saúde - serviços
- Unidade de Saúde da Família - serviços
- Hospitais de cuidados secundários e terciários – serviços

Com base na análise de dados por medida de associação, chegou-se a um conjunto de 10 aspectos que foram considerados como capazes de expressar maior aderência às DCN/ENF. Os resultados dessa segunda análise quantitativa estão apresentados no próximo item do capítulo com as reflexões do grupo. Esta lista está apresentada, a seguir, no Quadro 3 (I_{10}).

Quadro 3 - Dez (10) aspectos do instrumento de avaliação que abordam temas fortemente indicados nas DCN/ENF:

- Concepção do curso
- Objetivos do curso
- Perfil do egresso
- Currículo
- Coerência do currículo com os objetivos do curso
- Coerência do currículo com o perfil desejado do egresso
- Adequação da metodologia de ensino à concepção do curso
- Inter-relação das disciplinas na concepção e execução do currículo
- Coerência do sistema de avaliação do processo ensino-aprendizagem com a concepção do curso
- Procedimentos de avaliação do processo ensino-aprendizagem

Assim, o corpus de análise constituiu-se dos dados oriundos da aplicação do I_{60} e dos dados oriundos da aplicação do I_{10} . Os resultados são apresentados em tabelas e figuras e constam do próximo item deste capítulo.

b) Aspectos qualitativos

A amostra das avaliações para a análise qualitativa considerou os relatórios para fins de reconhecimento e renovação de reconhecimento. A amostra de cursos atendeu aos seguintes critérios de inclusão: cursos de bacharelado que no banco de dados do Inep possuíssem o PPC e o respectivo relatório de avaliação; cursos localizados nos quartis superior e inferior considerando a aplicação do índice de aderência I_{10} . Atenderam a esses critérios 12 cursos de graduação: seis faculdades e dois centros universitários no quartil superior; três faculdades e uma universidade pública no quartil inferior.

A metodologia de trabalho foi desenvolvida em dois momentos e pautou-se em conceitos da análise de conteúdo, aproximando-se da análise temática. No primeiro momento o grupo construiu uma matriz de análise, considerando aspectos capazes de expressar, via relatório, a relação entre o documento PPC e o movimento do curso na direção da concretização de sua proposta. Realizou-se a validação da referida matriz e posterior revisão de alguns aspectos com

aperfeiçoamento subsequente. Houve distribuição, entre o grupo, do material a ser analisado (PPC e relatório), tendo o cuidado de não coincidir avaliação com avaliador. A seguir, ocorreu a aplicação da matriz de análise.

No segundo momento, após a organização e leitura dos dados obtidos com a aplicação da matriz de análise (os membros do grupo de trabalho elaboraram análises por curso e uma síntese do resultado do conjunto de cursos), foram identificados quatro núcleos temáticos que emergiram do material produzido: (1) existência de referência textual no PPC às DCN/ENF; (2) existência de referência textual no PPC ao SUS; (3) presença nos registros dos relatórios de uma avaliação sobre a adesão dos cursos às DCN/ENF, nas dimensões avaliativas elegidas; e (4) abrangência do registro do avaliador sobre a realidade observada. Para orientar uma segunda leitura sobre o material (PPC e relatório), foi construída uma nova matriz de análise, com base nos núcleos supracitados e executada a aplicação.

A partir dos dados obtidos pelo caminho quantitativo, optou-se, então, por estabelecer o caminho qualitativo que contribuísse para esclarecer as condições de produção do I_{10} , tentando focar com especial atenção o conjunto de cursos do quartis superior e inferior. As perguntas a que se buscaram respostas foram: o que os cursos situados no quartil superior possuem/fazem que lhes potencializem a aderência às DCN/ENF? O que os cursos situados no quartil inferior carecem que lhes comprometem a aderência às DCN/ENF?

Para tal, optou-se por realizar uma meta-avaliação das análises dos cursos situados nos dois quartis supracitados, contrastando-os com os pressupostos presentes nos PPC e relatórios. O grupo de trabalho valeu-se dos dados obtidos por meio da aplicação dos dois instrumentos mencionados. Foram considerados, entre outros aspectos contidos nos instrumentos de avaliação, aqueles que, no entender do grupo, revelaram potencialidades e fragilidades dos respectivos cursos, no que tange a aderência às DNC/ENF, bem como a menção de sugestões pelos respectivos avaliadores.

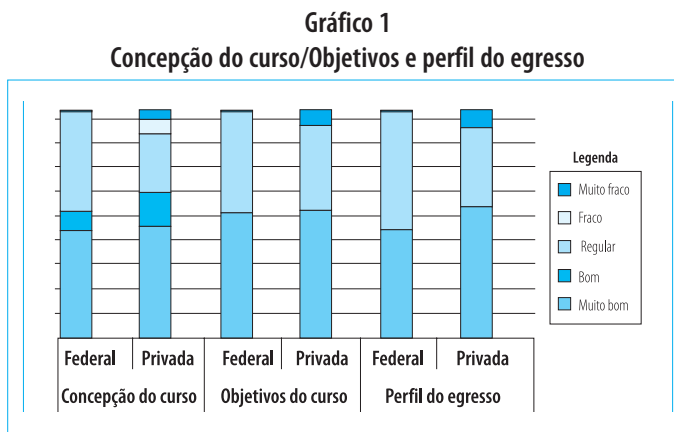
À alegação da subjetividade/arbitrariedade que se pudesse ter na escolha dos aspectos fortemente ligados à concretização das DNC/ENF, o grupo respondeu, assumindo como princípio a impossibilidade de isenção no campo da educação. A educação será sempre um ato político. A imperiosidade de indicar fortemente quais aspectos mostram-se potentes para ativar e sustentar os processos de mudança na formação em saúde, levou o presente estudo à construção de duas matrizes, para serem capazes de facilitar o olhar que examina questões mais subliminares contidas nos aspectos do instrumento.

O corpus de análise constituiu-se dos dados oriundos da aplicação das duas matrizes aos 12 cursos localizados nos referidos quartis (oito do quartil superior e quatro do inferior). Os resultados são apresentados em unidades de texto retiradas dos documentos analisados (PPC e relatório) e registradas nas matrizes preenchidas pelo grupo, durante a leitura destes, e constam do próximo item deste capítulo.

4.1.4. Resultados

4.1.4.a. Análise quantitativa sobre aspectos do I₆₀

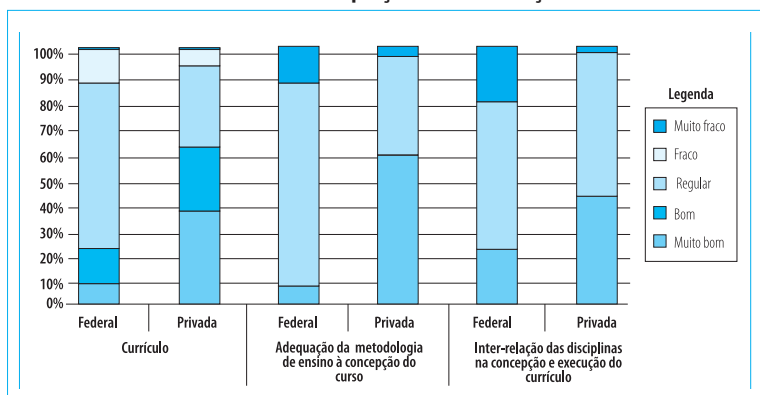
O primeiro trabalho de análise foi sobre os 110 cursos de enfermagem e foi realizado com base em alguns aspectos contidos nos instrumentos de avaliação, apresentados e analisados a seguir.



Nos aspectos **concepção do curso, objetivos e perfil do egresso** as IES privadas apresentaram bons índices, podendo, no entanto, indicar o movimento formal de atendimento às DNC/ENF (regulação apenas). Já nas IES federais, respaldadas na autonomia que possuem, percebe-se um movimento mais lento de atendimento às DNC/ENF, fruto, talvez, de processos de negociação interna sobre seus significados.

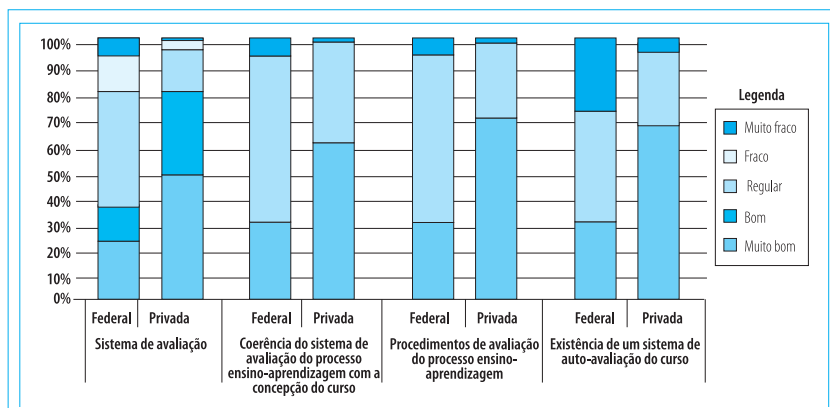
Se a existência de experiências colegiadas potencializa o debate sobre o PPC, é importante destacar que a defesa da importância da reflexão e da participação não deve servir para acobertar movimentos de resistência às mudanças na formação com subsequente repercussão nos serviços de saúde. Instituições de ensino públicas não podem esquecer de que há interesses sociais que não podem ser afetados por processos de discussão que se estendem indefinidamente e, algumas vezes, para evitar que as mudanças de paradigma ocorram.

Gráfico 2
Currículo/Adequação e Inter-relação



Nos aspectos adequação do currículo e adequação da metodologia de ensino à concepção do curso, 79% das universidades federais foram consideradas como “regulares”, sendo que as IES privadas tiveram 58% de “muito bom” neste quesito.

Gráfico 3
Sistema de avaliação/Coerência, procedimentos e auto-avaliação



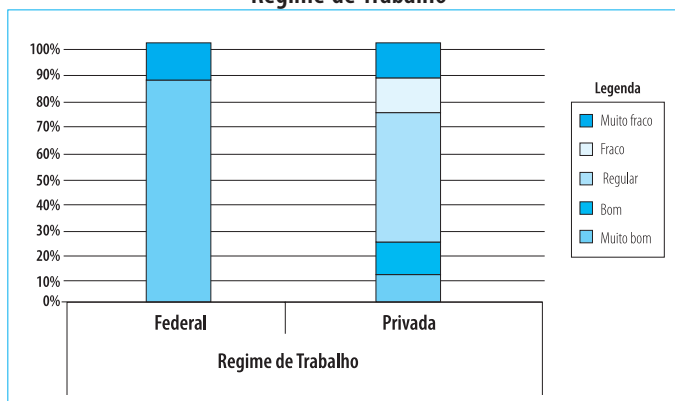
No que se refere à avaliação do processo ensino aprendizagem e seus procedimentos, ela é julgada “regular” (64%) nas federais, e “muito bom” (59%) nas IES privadas, sendo que, nos procedimentos avaliatórios, foi observado, nas federais, o conceito “regular” (64%) e “muito bom” (68%) nas IES privadas. No setor privado, a existência de mecanismos de recuperação da aprendizagem foi bastante citada. Importa interrogar se estes mecanismos estão ligados a um esforço de humanização da avaliação ou, contraditoriamente, se democratizam estes espaços para promover a manutenção dos alunos em seus espaços, com o viés econômico sendo definidor da política institucional.

Um olhar integrado sobre as três dimensões encontradas nos instrumentos possibilitou uma melhor compreensão do contexto que envolve as IES, ora sob avaliação. Permitiu também que se explore as contradições inerentes ao processo de mudança paradigmática

Defende-se, aqui, que boa qualidade do ensino é resultante de um conjunto de aspectos que se interpenetram. Para bem fazer aquilo que é preciso fazer, necessita-se dispor de condições objetivas mínimas para o trabalho. Se isso é aceitável em qualquer circunstância, torna-se imprescindível quando se pretendem mudanças nas convencionais formas de ensinar/aprender/avaliar.

Assim, para dar conta de uma organização didático-pedagógica inovadora, é necessário contar com atores que viabilizem esta nova forma de organização do trabalho pedagógico e, neste sentido, um olhar sobre as condições de trabalho parece indispensável.

Gráfico 4
Regime de Trabalho

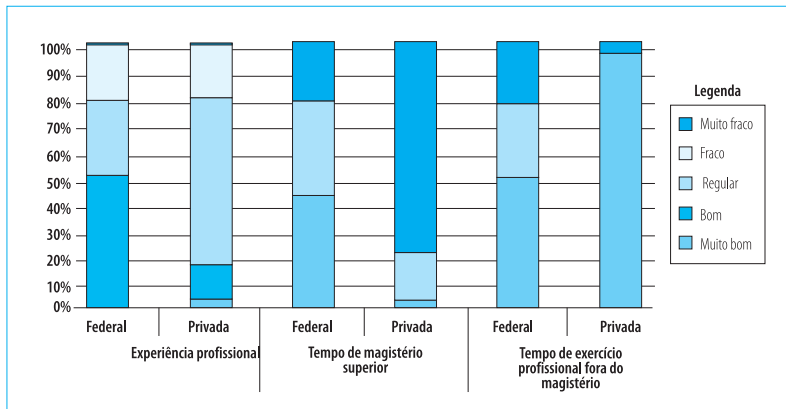


Quanto ao **regime de trabalho**, as federais tiveram o conceito de “muito bom” (86%) enquanto que nas IES privadas este índice oscila de “regular” (52%) a “muito fraco”/“fraco” (23%). Estes índices contrastaram com os obtidos pelas IES privadas na dimensão organização didático-pedagógica.

Formas de organização didático-pedagógica diferenciadas com uso de metodologias ativas apontam para um trabalho docente exaustivo, pois cabe aos professores a mediação e a sustentação da inovação. Isto implica em tempo e dedicação. Como fazê-lo em regimes de contratação horista? Com quem construir PPC coletivos? Como monitorar a implantação deste projeto, que é favorecida pelos encontros do grupo para reflexão, se o grupo não puder estar junto? Se uma IES tem índices considerados “regulares” neste campo, como compreender possa estar tão bem situado na organização didático-pedagógica?

Quem são estes professores que devem formar egressos dos cursos de enfermagem a partir das DNC/ENF? Qual seu perfil, repertório de experiências para assumirem a tarefa docente?

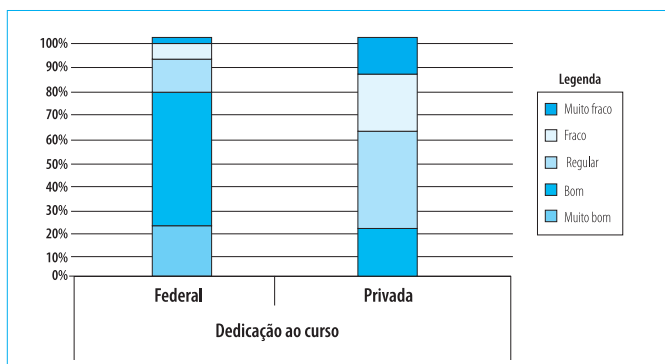
Gráfico 5
Experiência/Magistério superior e fora do magistério



Em relação ao **tempo de magistério superior**, foi observado que nas federais este tempo foi explicitado como “muito bom” (43%) e nas IES privadas como “muito fraco” (78%). Em contrapartida, o indicador **tempo de exercício profissional fora do magistério** foi considerado “muito bom” (96%) nas IES privadas, contra 50% de “muito bom” nas federais. Nestas, não há como desconsiderar as políticas previdenciárias que têm induzido à aposentadoria precoce. Em decorrência disto, são contratados professores substitutos, sem experiência no magistério superior e com tempo de contrato delimitado. Dificilmente pode-se esperar deles uma aderência a um PPC.

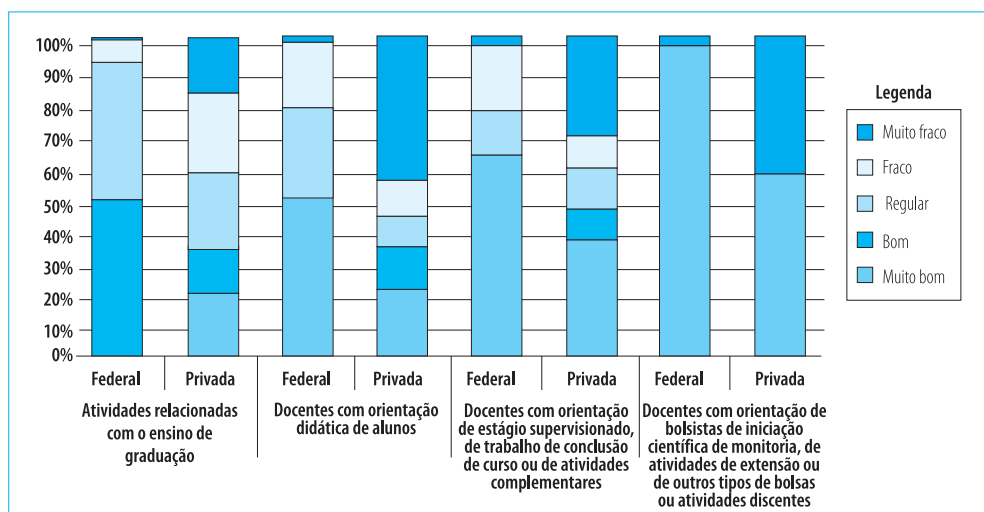
Nas IES privadas, chama-se atenção para o que poderia ser considerado fragilidade (baixa experiência no magistério superior e alta experiência profissional), vir a se transformar em possibilidade, desde que associada ao apoio pedagógico. A ausência de experiência pedagógica prévia pode propiciar uma abertura a aprendizagens mais contemporâneas que incluem metodologias ativas e que são fundamentais para promover a aderência às DCN/ENF, com repercussão na realidade sanitária.

Gráfico 6
Dedicação ao curso



No que se refere à **dedicação ao curso**, foi considerado “bom” em 57% nas federais, enquanto nas IES privadas foi “regular” (42%). Nas IES privadas, a predominância do regime horista restringe, sobretudo a dedicação dos docentes a outras atividades complementares e quase que naturaliza a existência de vínculos com outras instituições. Evidentemente, isso compromete outros indicadores, conforme o apresentado no Gráfico 7.

Gráfico 7
Atividades/Orientação didática, de estágio e científica



No que se refere ao aspecto **docentes com orientação didática de alunos**, foi constatado “muito bom” (50%) nas federais e “muito fraco” (44%) nas IES privadas. Para **docentes com orientação de ECS, de TCC ou de Atividades**

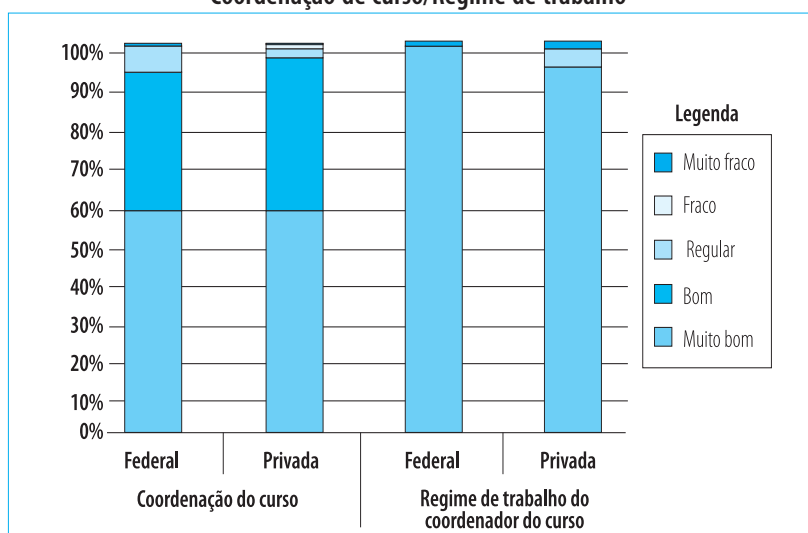
Complementares, nas federais foi “muito bom” (64%) e nas IES privadas “muito bom” (37%) e “muito fraco” (30%). Para **docentes com orientação de bolsistas**, nas federais foi “muito bom” (100%) e nas IES privadas foi “muito bom” (57%) e “muito fraco” (43%).

Se há flagrantes problemas quando os indicadores são cruzados (condições objetivas de sustentação de trabalho pedagógico diferenciados), a pergunta é: quem encarna os PPC nos cursos privados e em que bases os conceitos de avaliação se sustentam rigorosamente? Que evidências têm sido usadas pelos avaliadores para exprimir a adesão que deve estar presente nos cursos?

Políticas regulatórias são facilmente assimiladas pelos gestores dos cursos, mas mostram-se frágeis e sujeitas a rápidas distorções, quando submetidas ao choque da realidade. Os avaliadores, por sua vez, devem desenvolver certa habilidade para triangular os dados obtidos nas diferentes fontes de coleta, a fim de não criarem uma ilusão de qualidade nos cursos ou uma ilusão de eficientismo das IES (cumprem metas, sem mudar paradigmas). Coloca-se um véu sobre os dados e isso envies a interpretação, o que afeta, sobremaneira, a definição de políticas publicas.

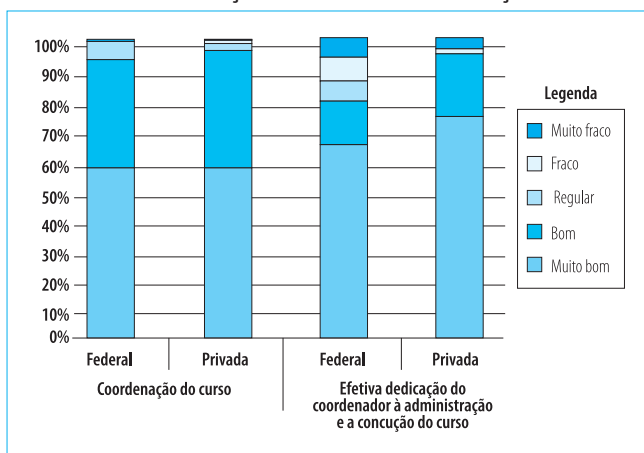
Parece bastante importante o papel do coordenador para orquestrar os esforços do coletivo do curso, tornando possível um PPC afinado com as DCN/ENF, revelados nos aspectos **atuação do coordenador do curso e efetiva dedicação do coordenador à administração e à condução do curso.**

Gráfico 8
Coordenação de curso/Regime de trabalho



Nesse quesito, é importante destacar que não se pode contentar com a aparência do fenômeno. A análise linear da carga horária do coordenador pode levar a algumas distorções, pois esta não expressa isoladamente a capacidade do coordenador de gerar ou induzir processos produtivos coletivos de gestão do curso/PPC. Também, é necessário considerar que a carga horária contratada do coordenador não expressa, necessariamente, a efetiva dedicação às funções de gestão do curso, ou seja, o tempo destinado à docência produtiva no exercício da gestão acadêmica.

Gráfico 9
Coordenação de curso/Efetiva dedicação



Se a figura do coordenador é decisiva para mobilizar as mudanças rumo ao PPC, esta responsabilidade não pode recair no trabalho individual do coordenador, posto que a saúde do PPC dependa dos acordos coletivos, dos pactos que vão sendo formulados processualmente. De que vale um coordenador com 40 horas, se todos os professores do curso são horistas ou provisórios? Defende-se, aqui, que a qualidade da gestão do coordenador deve ser referenciada à sua capacidade de articular as forças que sustentam o PPC, em lugar de ser ‘medida’ pela capacidade demonstrada de preencher adequadamente os formulários para o sistema.

4.1.4.b. Análise quantitativa sobre os aspectos do I_{60} , I_{11} e I_{10}

A análise quantitativa de aderência dos cursos de enfermagem às DCN/ENF foi realizada com base em aspectos contidos nos instrumentos de avaliação. Como se pode observar, as maiores médias foram alcançadas nos índices I_{11} e I_{60} e a menor média no I_{10} (Tabela 1).

Tabela 1
Distribuição dos valores dos índices de aderência dos cursos às DCN/ENF, 2002-2006.

Índice	Número de cursos avaliados	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
I_{60}	110	0,73	0,12	0,43	0,94
I_{c60}	110	0,53	0,18	0,17	0,87
I_{11}	110	0,76	0,16	0,27	1,00
I_{c11}	110	0,59	0,25	0,09	1,00
I_{10}	110	0,72	0,22	0,10	1,00
I_{c10}	110	0,48	0,36	0,00	1,00

O I_{c10} tem distribuição com a maior dispersão de valores, quando analisado pela distância entre o valor mínimo e o valor máximo. As menores variâncias foram observadas nos índices I_{60} e I_{11} . A maior dispersão dos valores dos índices I_{10} , I_{c11} e I_{c10} pode ser devido às medidas dicotômicas que compõem, mas também pela maior capacidade de discriminar a aderência do curso às DCN/ENF.

Tabela 2
Distribuição das médias dos valores dos índices de aderência dos cursos às DCN/ENF, segundo aspecto único da avaliação, 2002-2006.

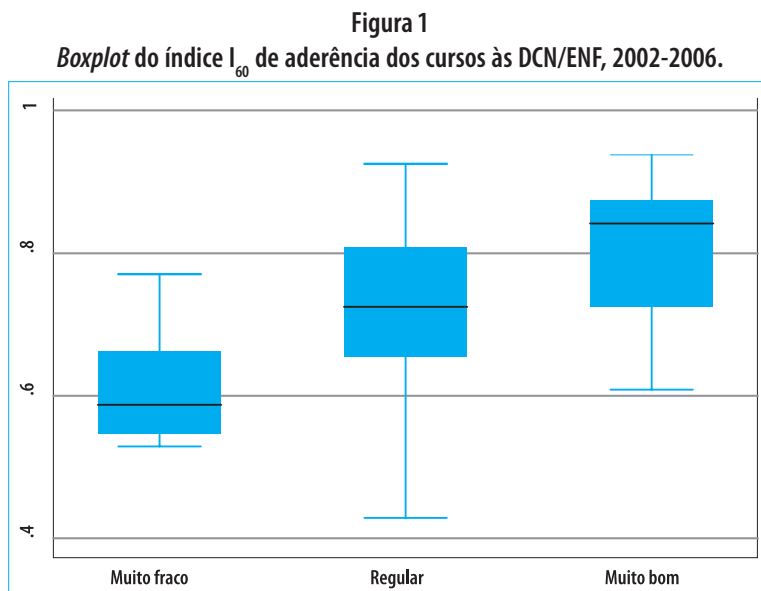
Índice	Muito fraco	Regular	Muito bom	Total
I_{60}	0,62	0,71	0,80	0,73
I_{c60}	0,39	0,48	0,65	0,53
I_{11}	0,60	0,74	0,85	0,76
I_{c11}	0,39	0,53	0,76	0,59
I_{10}	0,41	0,67	0,92	0,72
I_{c10}	0,14	0,35	0,83	0,48

Na Tabela 2, para cada conceito, as médias mostram a incorporação das DCN. No grupo de conceito MB, utilizando-se os índices, percebe-se que o I_{10} , o I_{11} e o I_{c10} expressam as médias mais altas de incorporação das DCN/ENF. E assim para cada grupo de conceitos.

As diferenças das médias dos grupos de cursos classificados pelo aspecto único da avaliação “muito fraco”, “regular” e “muito bom” foram estatisticamente significantes (Tabela 2).

As médias do grupo que atenderam completamente as DCN/ENF foram 13%, 35%, 15%, 43%, 37%, e 137% maiores do que no grupo “regular” para os índices I_{60} , Ic_{60} , I_{11} e Ic_{11} , I_{10} e Ic_{10} , respectivamente.

Comparando-se as figuras de caixa (*boxplot*), percebeu-se que o índice I_{60} mostrou significativa distinção entre os grupos de cursos classificados pelo aspecto único da avaliação.

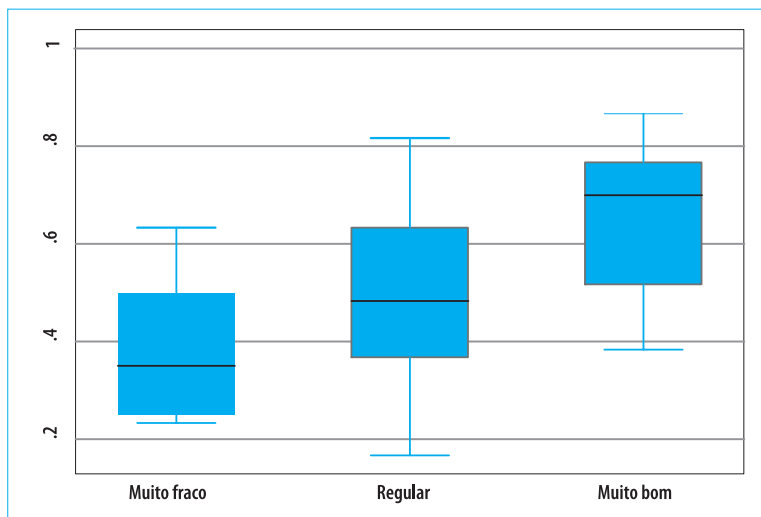


As distribuições dos valores do índice I_{60} foram mais assimétricas nos grupos classificados como “muito fraco” e “muito bom”, provavelmente pela maior homogeneidade do grupo “regular”. A Figura 1 evidenciou que a maior mediana está no grupo “muito bom” assim como a maior dispersão, significando que existe maior concentração dos aspectos analisados neste nível.

Na Figura 2 os grupos de cursos classificados pelo critério único da avaliação apresentaram valores do índice Ic_{60} estatisticamente diferentes.

Figura 2

Boxplot do índice $I_{c_{60}}$ de aderência dos cursos de enfermagem às DCN, 2002-2006.

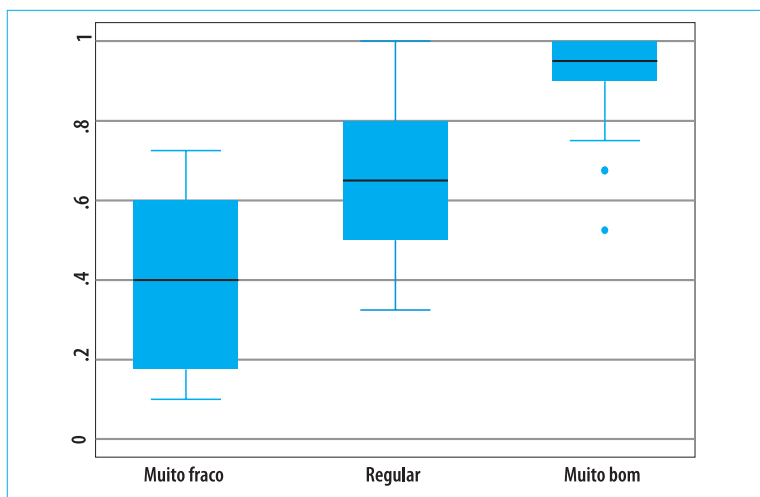


Foi observada também, importante assimetria nas distribuições dos valores deste índice $I_{c_{60}}$ nos grupos classificados como “muito fraco” e “muito bom”, enquanto o grupo “regular” mostrou-se simétrico, podendo-se inferir que há maior concentração no referido grupo.

As distribuições dos valores de I_{10} foram diferentes nos grupos de cursos classificados pelo aspecto único da avaliação.

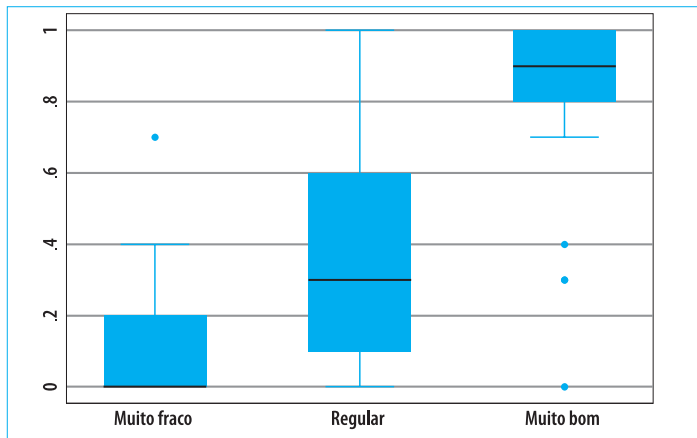
Figura 3

Boxplot do índice I_{10} de aderência dos cursos às DCN/ENF, 2002-2006.



Os grupos classificados como “muito fraco”, “regular” e “muito bom” apresentaram distribuições homogêneas, com dispersões crescentes do grupo “muito bom” para o “muito fraco”. Foi observado também, a presença de valores atípicos na distribuição do grupo “muito bom” (Figura 3).

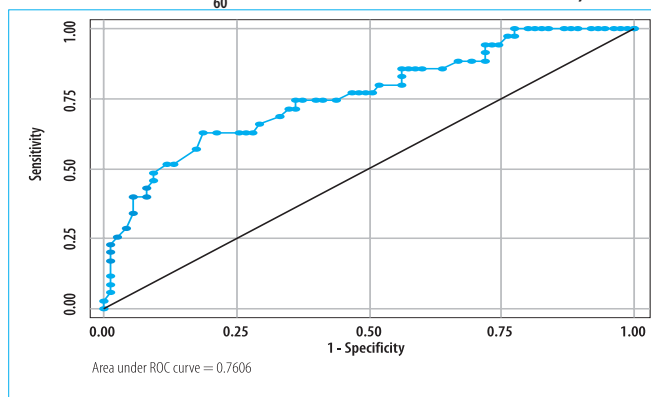
Figura 4
Boxplot do índice $I_{c_{10}}$ de aderência dos cursos às DCN/ENF, 2002-2006.



No índice $I_{c_{10}}$, por meio da Figura 4, foram observadas distribuições estatisticamente diferentes, considerando-se uma maior amplitude no grupo “regular” e maior simetria no grupo “muito bom”. O grupo “muito fraco” se caracterizou por apresentar metade dos cursos de enfermagem com índice de aderência nulo.

Uma forma de avaliar a performance dos índices construídos é estimando a acurácia destas medidas em relação à classificação pelo critério único da avaliação, ou seja, verificando a proporção de predições corretas (soma de positivos verdadeiros e negativos verdadeiros)

Figura 5
Curva ROC do índice I_{60} de aderência dos cursos às DCN/ENF, 2002-2006.



Na análise da Curva ROC, as elevadas sensibilidade (proporção de positivos verdadeiros, isto é, a medida da capacidade do método de decisão de prever a condição aderência para aqueles casos que realmente a apresentam) e especificidade (proporção de negativos verdadeiros, isto é, a medida da capacidade do método de decisão de apontar ausência da condição aderência para aqueles casos que realmente não a têm) são desejadas para estes índices, no entanto seus cálculos pressupõem o estabelecimento de pontos de corte para mesmos índices. Por outro lado, a medida “área abaixo da curva ROC” (*Área under ROC crve*) permitiu avaliar a sensibilidade e a especificidade quando foram considerados os vários pontos de corte dos valores obtidos pelo índice.

Por meio da Figura 5, foi percebido que a acurácia do índice I_{60} para aderência dos cursos de enfermagem às DCN/ENF foi de 76%. A sensibilidade indicou a proporção de verdadeiros positivos entre o total de cursos de enfermagem com aderência e a especificidade foi a proporção de verdadeiros negativos entre o total de cursos de enfermagem sem aderência. Assim, o *locus* onde esses dois elementos se encontraram, foi o ponto de corte ideal, com a maximização das duas estimativas.

As Figuras de 6 a 9 apresentam os índices que valores de “área abaixo da curva ROC” de 0,78; 0,77; 0,79 e 0,90, respectivamente para os índices I_{60} , I_{11} , $I_{c_{11}}$ e $I_{c_{10}}$.

Figura 6
Curva ROC do índice $I_{c_{60}}$ de aderência dos cursos às DCN/ENF, 2002-2006.

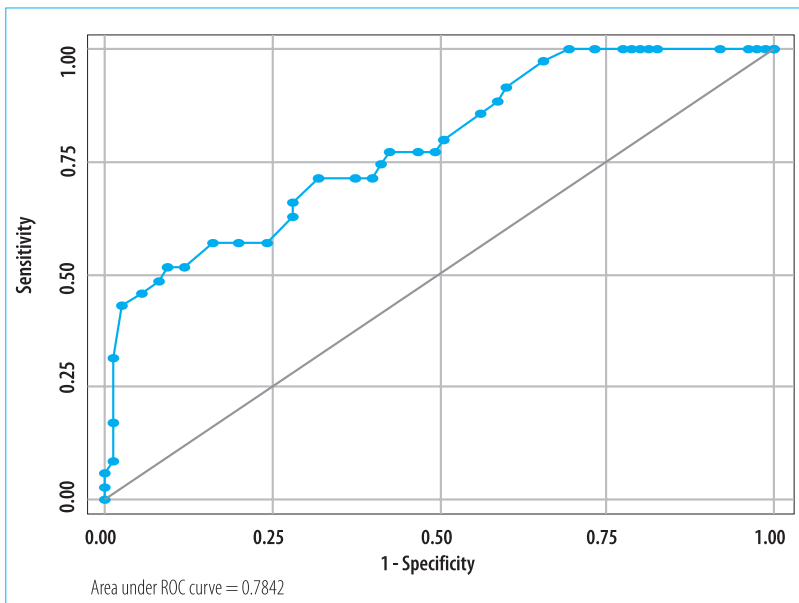


Figura 7
Curva ROC do índice I_{11} de aderência dos cursos às DCN/ENF, 2002-2006.

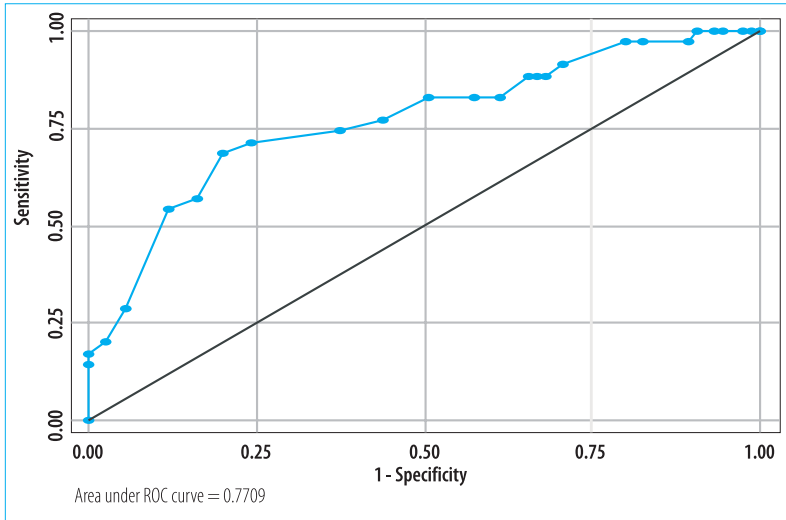


Figura 8
Curva ROC do índice I_{c11} de aderência dos cursos às DCN/ENF, 2002-2006.

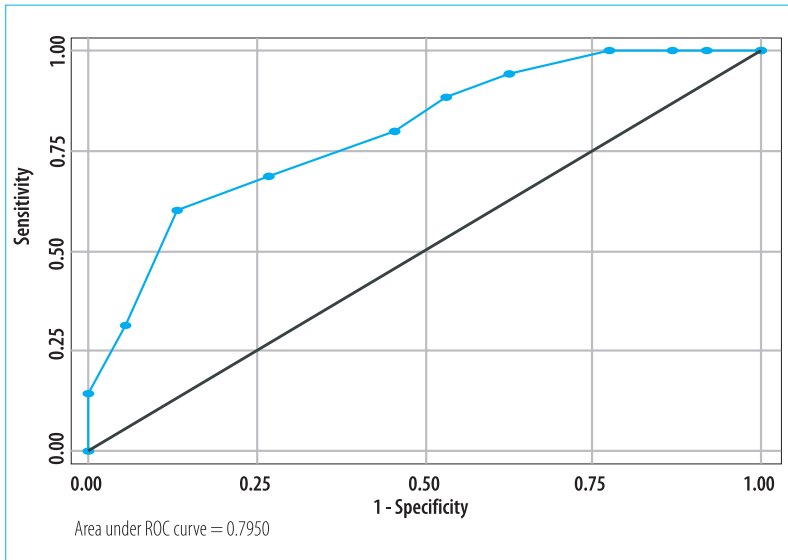
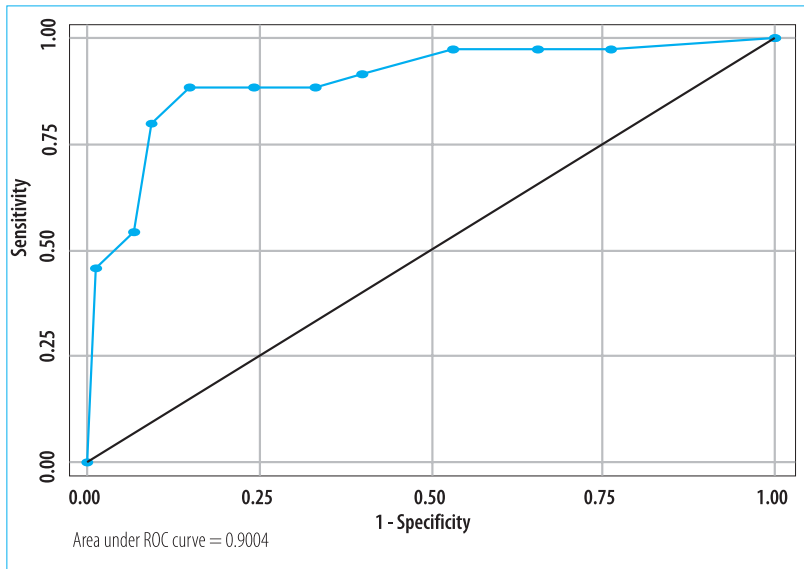
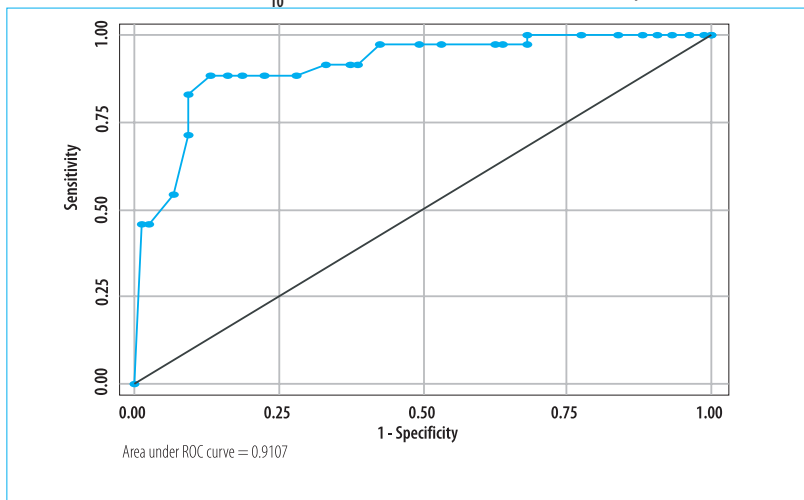


Figura 9
Curva ROC do índice $I_{c_{10}}$ de aderência dos cursos às DCN/ENF, 2002-2006.



No que se refere às Figuras de 6 a 9, considerando que para cada ponto de corte, a sensibilidade e a especificidade são calculadas e colocadas uma em cada eixo dos gráficos bidimensionais, produzindo cada um deles uma curva chamada ROC (*Receiver Operating Characteristics*), observou-se que estes gráficos mostraram curvas abaixo do topo, o que indica métodos de decisão menos que perfeitos (performance) para calcular a aderência dos cursos de enfermagem às DCN/ENF.

Figura 10
Curva ROC do índice $I_{c_{10}}$ de aderência dos cursos às DCN/ENF, 2002-2006.

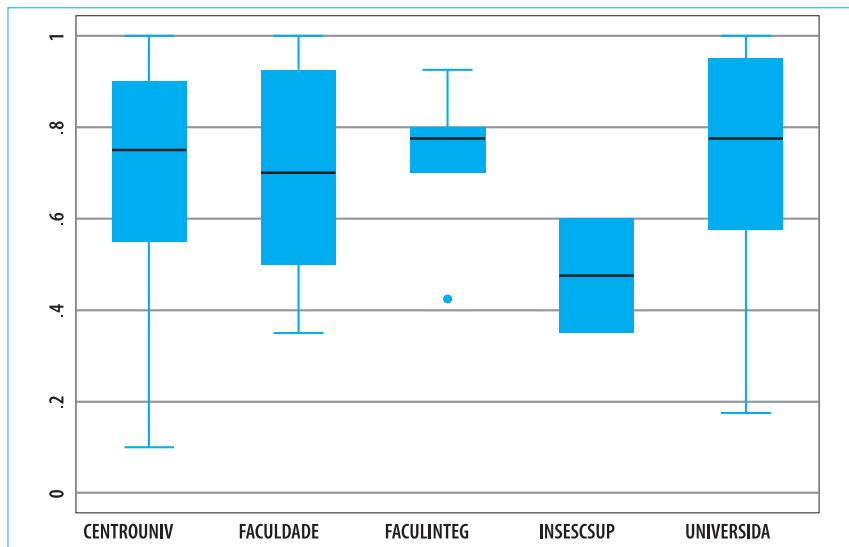


A área sob a curva ROC mostrou o maior índice de aderência dos cursos às DCN/ENF (0,91), apresentando o equilíbrio mais adequado em relação à soma de escores da condição completa aos dez aspectos selecionados e analisados (Figura 10).

Foi interpretado que neste resultado a performance do índice I_{10} pode ser entendida como a maior capacidade em diferenciar os cursos com maior e menor aderência às DCN/ENF.

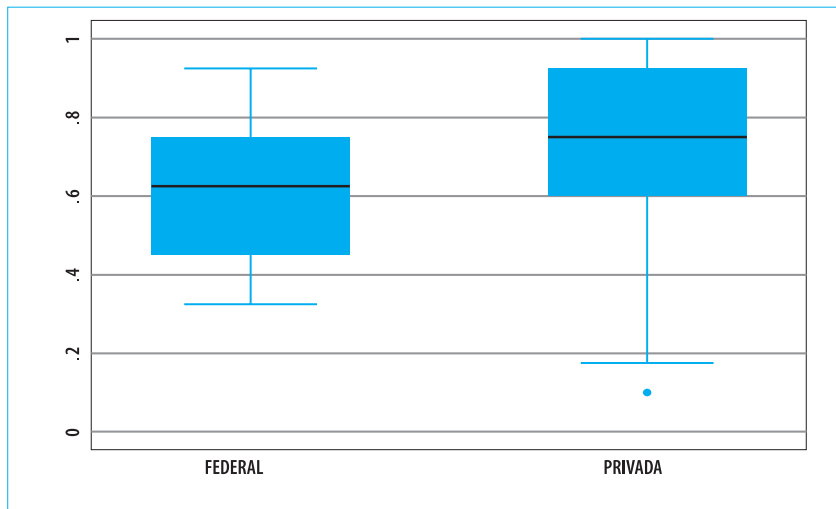
A análise que se segue procurou buscar as diferenças do índice I_{10} segundo as seguintes características: organização acadêmica, categoria administrativa, localização do curso (capital ou interior), turno e unidade federada.

Figura 11
Boxplot do índice I_{10} de aderência dos cursos às DCN/ENF,
segundo organização acadêmica, 2002-2006.



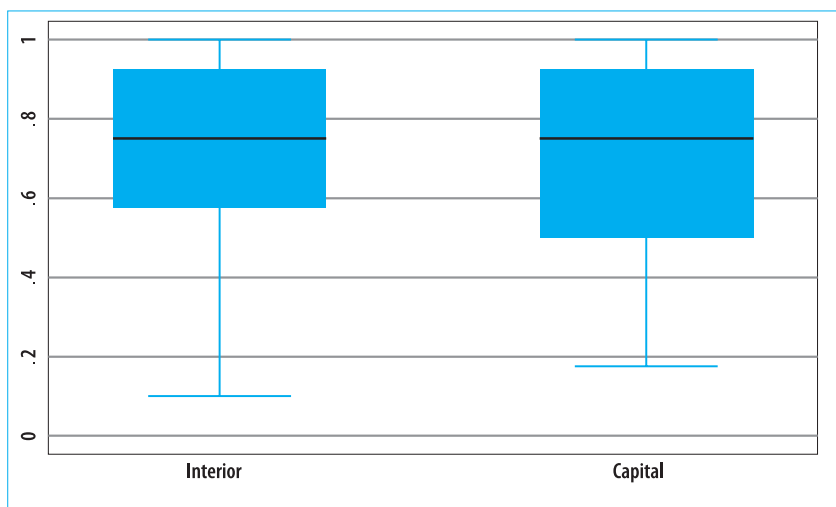
O *boxplot* referente a Figura 11 revelou distribuições por organização acadêmica simétricas com valores aproximados, com exceção das Faculdade Integradas. A mediana dos índices de aderência dos cursos de enfermagem das Instituições de Ensino Superior foi a menor do que as dos demais cursos localizados nas diferentes organizações acadêmicas. Logo, observou-se que a mediana é o valor que parte a distribuição dos resultados em duas partes iguais de 50%.

Figura 12
Boxplot do índice I_{10} de aderência do curso às DCN/ENF, segundo categoria administrativa, 2002 – 2006.



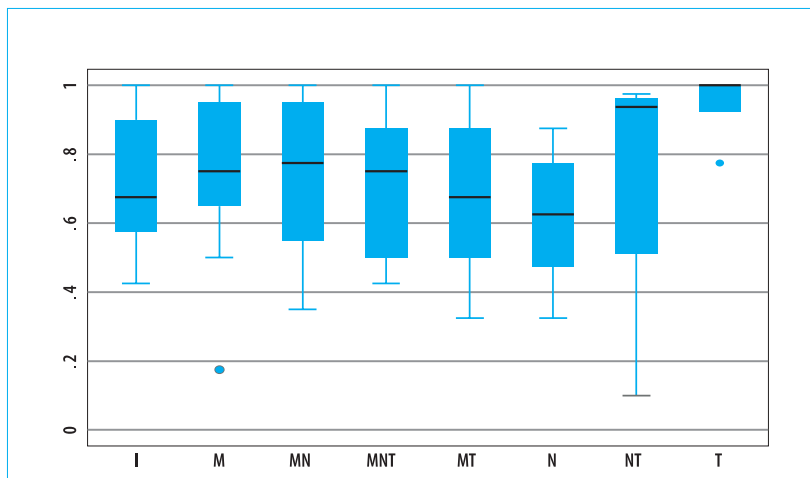
Apesar das diferenças das medianas ao se comparar as categorias administrativas dos cursos de enfermagem, a Figura 12 revelou que não houve evidências de que os cursos das escolas privadas tenham índices de aderências superiores aos das públicas, isto é, não há diferença estatisticamente significativa entre as médias dos dois grupos.

Figura 13
Boxplot do índice I_{10} de aderência dos cursos às DCN/ENF, segundo localização geográfica, 2002-2006.



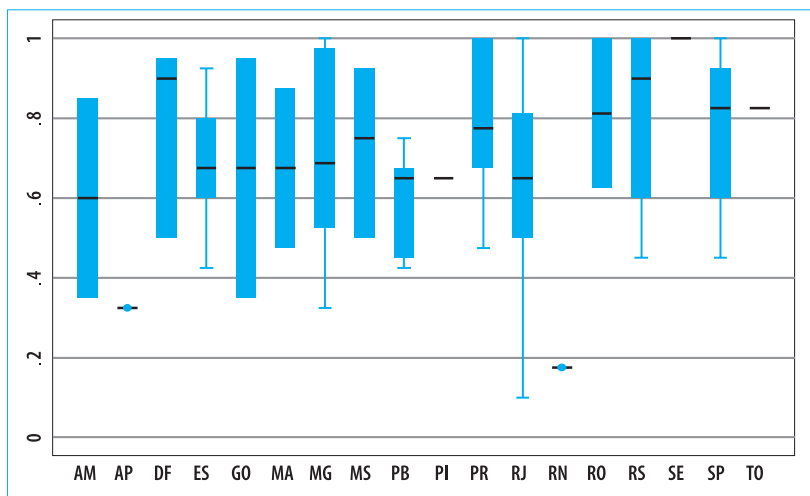
Com relação a localização geográfica dos cursos de enfermagem, é possível afirmar que há uma distribuição simétrica entre capital e interior, não havendo portanto, diferença entre estes dois aspectos.

Figura 14
Boxplot do índice I_{10} de aderência dos cursos às DCN/ENF, segundo o turno, 2002-2006.



Em interpretação aos resultados contidos na Figura 14, observou-se que não houve diferenças estatisticamente significantes entre essas características estudadas, exceto NT.

Figura 15
Boxplot do índice I_{10} de aderência dos cursos DCN/ENF, segundo unidade da federação, 2002-2006.



Quanto à aderência dos cursos de enfermagem por unidade federada, o estudo revelou segundo a mediana, que houve menor aderência no Amazonas e maior no Distrito Federal e Rio Grande do Sul, seguidos por São Paulo, Rondônia, Paraná, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Goiás, Espírito Santo, Paraíba, Rio de Janeiro. As atipias (*outliers*) relacionadas com os estados do Amapá e Rio Grande do Norte foram decorrentes do fato desses estados terem tido apenas um curso avaliado. Em síntese, o *boxplot* disposto pela Figura 15 representa estatísticas sumárias da análise dos 18 elementos da variável “unidade da federação”.

Para a avaliação da aderência dos cursos de enfermagem as Diretrizes Curriculares Nacionais foram construídos seis índices: I_{60} , Ic_{60} , I_{11} , Ic_{11} , I_{10} e Ic_{10} , sendo considerado o melhor índice o I_{10} .

O estudo revelou, também, que o índice de aderência dos cursos de enfermagem às DCN/ENF foi de 72%, considerado um índice abaixo das expectativas esperadas, uma vez que temos cinco anos de vigência das DCN/ENF e que foi observado um aumento acentuado de novos cursos de graduação em enfermagem, modalidade bacharelado, que deveriam se identificar com os postulados preconizados pelas DCN/ENF.

Nenhum dos aspectos estudados: categoria administrativa, organização acadêmica, localização geográfica e unidade federada, dos cursos de enfermagem, mostraram-se relacionados com o nível de aderência às DCN/ENF.

O grupo “muito bom” atingiu valores elevados de aderência e o grupo “muito fraco” não atingiu a metade dos valores em relação ao aspecto aderência às DCN/ENF.

No que se refere aos resultados espelhados pelo emprego do desenho gráfico esquemático, a análise quantitativa não denota as entrelinhas dos comportamentos diferenciados da realidade dos cursos de enfermagem, como divergências entre Projeto Pedagógico de Curso e relato de avaliador, transcrição literal das DCN/ENF para o PPC, principalmente na descrição do perfil do egresso e das competências e habilidades profissionais do enfermeiro, além da não textualização do uso de metodologias ativas. Por outro lado, para desvelar esses elementos e outros possíveis de apontar os pontos fortes/oportunidades e pontos fracos/fragilidades é que foi feita a triangulação com a análise qualitativa.

4.1.4.c Análise qualitativa

A análise dos 12 cursos de enfermagem localizados nos quartis superior e inferior foi realizada com base em aspectos contidos nas matrizes de avaliação aplicadas ao PPC e relatório.

Toda produção intelectual implica numa escolha, definida por uma intenção e situada em algum lugar, social e historicamente marcado. Ao se definir a realização deste mergulho qualitativo, nos cursos cujo índice de aderência às DCN (I_{10}) localizava-se nos quartis superior e inferior, foram assumidos alguns pressupostos, a saber:

- Afastamento de qualquer interesse do uso da lógica de classificação entre os cursos que pudesse levar ao risco de comparação dos resultados de modo descontextualizado.
- Exame dos dados com garantia de que os mesmos expressem o índice de aderência às DCN/ENF a partir da visão dos avaliadores, submetidos, portanto, a sua forma particular de interpretar e ajuizar o comportamento dos cursos em relação aos aspectos explorados no instrumento de avaliação.

O presente estudo foi concebido a partir do entendimento de que se fazia necessário um olhar mais atento sobre os cursos situados nesses quartis, visando identificar onde se localizam os pontos de maior potencialidade e fragilidade dos cursos no que se refere à aderência às DCN/ENF e compreender as condições de produção dos resultados obtidos por estes cursos, de modo a poder lançar hipóteses que auxiliem a formular políticas de apoio aos cursos

Duas perguntas nortearam o olhar deste estudo, sobre o *corpus* em que o mesmo foi construído:

1. Quais os elementos que estes cursos, situados no topo, possuem e que potencializam seu resultado no índice de aderência às DCN/ENF (potências)?
2. Quais os elementos que estes cursos carecem e que comprometem seu resultado no índice de aderência às DCN/ENF (fragilidades)?

Os dados registrados nos PPC e nos relatórios de avaliação dos referidos cursos, foram analisados, tentando-se captar aspectos concretos e diretamente influentes nos desafios da implantação das DCN/ENF. Os resultados a seguir cruzam as observações feitas com a aplicação das duas matrizes. Com este espírito, foram trazidos, ao texto, alguns cruzamentos feitos pelo grupo entre o PPC e o relatório, em que também se evidenciou tanto a coerência entre ambos como a incoerência. Talvez possamos chamar a isso de um esforço de meta-análise.

- Cursos do quartil superior

O resultado da aplicação da segunda matriz aos oito cursos, evidencia que sete dos relatórios de avaliação foram considerados dentro dos núcleos temáticos “*Atende às DCN/ENF sem reelaboração textual e/ou atribuição de sentidos*” e “*Ausência de menção direta ao SUS*”.

A constatação da qualidade de um curso, neste estudo revelada pela aderência às DCN/ENF, sofre a influência direta ou indireta de vários fatores, onde destaca-se: a capacidade discursiva e prática de quem organiza o material a ser avaliado; o olhar de quem avalia; o quanto os sujeitos estão implicados na luta pela quebra paradigmática na saúde tendo apropriação (ou não) das concepções de saúde que estão em jogo; a concepção de avaliação que se possui; o formato avaliativo que está sendo utilizado, a capacidade de aposta em uma outra cultura de avaliação.

Assim, deve-se levar em conta a heterogeneidade do olhar do avaliador quando registra suas impressões no relatório e a insipiência dos diferentes atores no trato dos significados ético-epistemológicos implícitos nas DCN/ENF, posto que muitas avaliações foram feitas muito próximas à aprovação das DCN/ENF. Foi observado que isto interferiu no processo de organização dos dados pelos cursos e com os juízos de valores dos avaliadores.

Nesta perspectiva, salienta-se a tendência dos cursos em reproduzirem *ipsis literis* o conteúdo do texto das DCN/ENF. Foi constatado que vários dos textos produzidos pelos responsáveis pela gestão dos cursos limitaram-se a evidenciar seu compromisso com as DCN/ENF, pela incorporação quase literal de seu conteúdo, sem que se revele esforço de reelaboração, o que poderia refletir esforço de construção do PPC com as marcas da instituição. Evidentemente isto ampliaria as chances de que as decisões operacionais ligadas à concretização do PPC se efetivassem, revelando consistência da proposta escrita.

A referência ao Sistema Único de Saúde foi valorizada para tentar captar a adesão ao modelo de formação em saúde SUS-centrado, ou seja: comprometido com as necessidades dos usuários, pautado na integralidade e intersetorialidade, posto que os profissionais de saúde são formados para potencializar mudanças nos cenários da prática e nos espaços que podem fazer diferença no padrão de assistência que é prestada à população brasileira e que se expressam neste momento histórico do SUS. Evidentemente, a menção ao sistema público de saúde vigente e ao perfil epidemiológico da região em que se insere o curso, sinaliza uma compreensão de que o PPC deva levar isto em conta na sua fase

de operacionalização (nas escolhas evidenciadas na forma de organização didático-pedagógica, principalmente na seleção dos cenários de aprendizagem e nas formas de relacionamento com os serviços entre outras).

Acredita-se que, no processo de avaliação dos cursos, os avaliadores não podem se contentar apenas com indicativos discursivos de aderência às DCN/ENF, mas buscar evidências mais palpáveis de que a inovação possa estar acontecendo ou em vias de ser viabilizada, ainda que a médio e/ou longo prazo.

O resultado da aplicação da primeira matriz, a **Dimensão organização didático-pedagógica** foi considerada central para sustentar a implantação das DCN/ENF e, assim, a aderência deve ser retratada indubitavelmente. Estão indicados como potencialidades e fragilidades desta dimensão:

Potencialidades:

- *Coordenação do curso articulada ao corpo docente.*
- *Existência de apoio pedagógico regular aos docentes com agenda programada.*
- *A proposta pedagógica corresponde ao que se visualiza na prática. Os objetivos propostos no PPC são de diferentes níveis de complexidade, favorecendo o alcance do perfil estabelecido.*
- *Há integração do curso com outras áreas do conhecimento, com desenvolvimento de trabalhos conjuntos.*
- *Participação efetiva de alunos em projetos de extensão.*
- *Adequação da carga horária entre teoria e prática.*

Fragilidades:

- *O projeto didático do curso adequado, necessitando pequenos ajustes na distribuição da carga horária das disciplinas referentes à atenção básica para que haja maior ênfase nessa área, e uma organização mais equitativa para os três níveis de assistência, com atualização na nomenclatura de algumas disciplinas.*
- *Não há integração entre as disciplinas na prática.*
- *Necessidade de atualização das ementas.*
- *Inexistência das características inovadoras propostas pelas DCN/ENF.*
- *PPC não expressa articulação com o SUS, está aquém da dinâmica de funcionamento do curso.*
- *Pesquisa docente incipiente.*
- *Sistema de acompanhamento de egressos em fase de elaboração.*
- *Os objetivos do curso e perfil do egresso, apesar de definidos, apresentam pouca coerência com as atividades acadêmicas propostas.*

Parece-nos importante realçar que na aplicação da segunda matriz, identificamos que está presente em sete cursos o núcleo temático “*Avaliação da aderência presente e sustentada no texto do avaliador*” e em apenas um curso está presente o núcleo “*Aderência fraca ou inexistente*”.

Isto leva a se interrogar sobre o que está em jogo, quando se avalia algo, com ou sem apresentação de evidências que sustentem e objetivem os juízos de valores sobre a qualidade que se está interessado em desvelar. Como negar que se pode mudar a sorte de um curso ou de uma proposta de formação ao se descuidar da descrição pormenorizada daquilo que se prioriza ao olhar?

Disto resulta a importância da avaliação *in loco* e a capacitação do avaliador para desenvolver acurácia e comprometimento com as mudanças paradigmáticas, tanto na saúde como na educação. De sua clareza conceitual sobre as mudanças a que a avaliação deve se referenciar, podem resultar conseqüências que postergam ou aceleram as rupturas necessárias. Pode a avaliação tornar visíveis contradições, limites, dilemas e auxiliar o avaliador a construir possibilidades de superação junto ao grupo avaliado, fazendo valer a formatividade da avaliação? Ou pode o avaliador, com seus juízos de valor, tornar menores ou inexistentes as fragilidades da proposta de inovação, fazendo desaparecer, como por encanto, a insuficiência da inovação, exceto pela incorporação dos jargões da mudança.

O avaliador necessita ter atenção tanto ao que está dito como ao que está subliminar nos cursos, razão pela qual seu relatório é peça fundamental de informação ao sistema e ao curso, desde que acrescente evidências que sustentem seus juízos de valor, tornando possível o diálogo e a crítica em busca da superação.

Meta-análise:

“O relatório dá sustentação aos indicadores selecionados, porém, após leitura do PPC, evidencia-se que não há integração entre as disciplinas na matriz curricular e, ao mesmo tempo, ao apresentar a orientação pedagógica que se diz integrada, descreve o desenvolvimento de três eixos temáticos compostos por disciplinas isoladas” (UTk1).

“Outra incoerência é no processo avaliativo que tem um discurso inovador com aplicação de conceitos suficiente (S), parcialmente suficiente (PS) e insuficiente (I), que depois são transformados em notas por tabela de equivalência” (UTk1).

“O perfil do egresso sustenta-se em competências gerais e específicas afinadas às DCN, porém, não há identidade do curso, tampouco aderência à realidade local/regional” (UT f 4).

“Observa-se uma intencionalidade do PPC em desenvolver ações de implantação das DCN sem, contudo, estar explicitada a concretude da aderência do PPC aos princípios das DCN/ENF; o relatório de avaliação não registra esta atividade” (UTe3).

“Vale destacar que o relatório de avaliação não registra uma lacuna importante, pois se mantém o sistema de ‘grade curricular’ com disciplinas estanques e sem articulação” (UTj1).

“Ficou evidente a integração das atividades de ensino com os cenários da prática desenvolvidos no sistema local de saúde” (UTk1).

“Existe coerência do sistema de avaliação com a concepção do curso e são adequados os procedimentos de avaliação do processo” (UTk3).

“Os avaliadores revelam que o observado in loco difere do PPC. No momento da avaliação foi apresentado um novo PPC que atende às DCN/ENF havendo clareza e detalhamento das informações” (UTj2).

Um dos maiores problemas em processos de inovação curricular, como se pode perceber, é a construção da coerência entre o professado e a realidade onde residem os grandes limites à operacionalização dos novos referenciais teóricos e onde devem se concretizar as rupturas nas opções epistemológicas, que anteriormente faziam sentido. Tal transição gera grande desconforto aos atores envolvidos, sejam docentes, estudantes e profissionais inseridos nos cenários da prática.

Sendo assim, uma nova forma de organização do trabalho pedagógico implica também na criação de espaços de reflexão coletiva sobre o projeto, a serem concretizados na incerteza dos novos caminhos. A figura mediadora do coordenador potencializa a tarefa do grupo e cataliza suas energias na direção de um outro paradigma, no caso em questão, as DCN/ENF e seu compromisso com a consolidação do SUS.

Na aplicação da segunda matriz aos oito cursos, foi constatado que os registros se aproximavam do núcleo temático *“Apreensão dinâmica da realidade*

do curso”, evitando as ciladas do “Registro estático do estabelecido”. Isto indicou que se pode depositar confiança nos dados analisados e prosseguir neste esforço de meta análise. Posto que se admite que o grande desafio para o êxito das DCN/ENF reside na indução dos cursos a buscar aderência aos seus pressupostos, não se pode desconhecer que esta aderência reclama por ação dos sujeitos que darão visibilidade a estes compromissos.

Assim, olhar a **Dimensão corpo social** é condição *sine qua non* para manter a saúde do PPC, tomada neste estudo como a aderência às DCN/ENF. Estão indicadas nos documentos as seguintes potencialidades e fragilidades desta dimensão:

Potencialidades:

- *Corpo docente com boa experiência profissional fora do magistério superior, sendo a maioria mestre e doutor.*
- *Registro de política de capacitação.*
- *Há plano de carreira que contempla a disponibilidade de carga horária docente para o desenvolvimento de atividades complementares propostas pelas DCN/ENF.*
- *A maioria dos professores tem formação adequada às disciplinas que ministram, da mesma forma, a maioria possui experiência pedagógica;*
- *Parte possui boa experiência na docência e uma outra é composta por iniciantes nesta atividade.*
- *Há referências de incentivos e ações sistematizadas para o desenvolvimento das atividades de pesquisa e extensão e horas de capacitação e orientação para os alunos.*

Fragilidades:

- *Carências nas ações de capacitação que ocorrem eventualmente.*
- *A atenção aos projetos de extensão é pouco significativa.*
- *Há necessidade de incremento nos projetos de pesquisa para incentivo e engajamento dos alunos na iniciação científica.*
- *No que se refere ao plano de carreira, pode-se considerar que há necessidade de melhoria nas ações de capacitação, devendo as mesmas ocorrer de forma mais sustentada e não eventualmente.*

Nessa dimensão, foi identificado um conjunto de sugestões dos avaliadores, no sentido de superação da realidade encontrada.

Sugestões:

- *Definição de critérios de admissão e de progressão dos docentes.*
- *Adequação do PPC às DCN/ENF, particularmente no que se refere à*

flexibilidade curricular, integração das disciplinas, atividades complementares, articulação com os cenários das práticas, perfil do egresso, metodologias ativas e processos avaliativos.

- *Carga horária semanal do professor em atividades complementares, em orientação didática extra-classe, redimensionamento das atividades acadêmicas.*
- *Deixar claro no PPC quais os campos das práticas que são utilizados pelas atividades acadêmicas, assim como a existência de ações sistemáticas de articulação dessas atividades com a rede de serviços de saúde local/regional.*

Meta-análise:

“Não fica visível a proporção de regime de trabalho docente” (UTk1).

“Não se especificam quais são as atividades complementares que já estão em curso” (UTk3).

“Manifesta a preocupação com a capacitação pedagógica e relata varias atividades desenvolvidas em anos anteriores” (UTe2).

“Há registros de uma política de capacitação docente e de integração docente-assistencial com planejamento de atividades conjuntas” (UTe5).

Finalmente, na **Dimensão infra-estrutura**, buscou-se captar como os cursos se comportavam na seleção dos cenários de aprendizagem para identificar se levavam em conta os compromissos com a diversidade e as necessidades do modelo assistencial. No geral, no que se refere às instalações e laboratórios específicos, foram observadas condições favoráveis ao desenvolvimento das atividades acadêmicas que podem favorecer a coerência com as DCN/ENF e estão registradas no relatório de avaliação.

Meta-análise:

“Vale salientar que nem no PPC, nem no Relatório de Avaliação, constam quais os campos das práticas que são utilizados pelas atividades acadêmicas, nem tampouco a existência de ações sistemáticas de articulação dessas atividades com a rede de serviços de saúde local/regional” (UTj3).

“O relatório não sustenta as afirmações referentes aos cenários de aprendizagem, e o PPC também é sucinto na apresentação destes cenários sem articular justificativa plausível com a realidade locorregional” (UTk3).

“O relatório não sustenta as informações referentes aos cenários, contudo, o PPC justifica a escolha de acordo com a realidade regional” (UTk1).

“Registram-se cenários da prática que dão sustentação ao processo ensino aprendizagem e boa integração docente assistencial com possibilidade de desenvolvimento profissional” (UTe2).

- Cursos do quartil inferior

Importa para esta análise reforçar que, no presente estudo, não há interesse em questionar a veracidade deste indicador, mas aproveitar a sinalização que ele possibilita, para tentar entender o contexto que afeta os cursos de enfermagem/instituições e que pode estar definindo esse índice tão baixo e preocupante para o modelo assistencial do País.

Se no quartil superior foi observada uma aderência forte dos cursos, ao menos para o discurso das DCN/ENF, com limites, alguns deles justificado pelo próprio processo de incorporação do novo que exige tempo e esforço para reorientar o processo histórico de formação hospitalocêntrica, centrada nos procedimentos e não nas necessidades do usuário, neste quartil vemos o desconhecimento do que representam as DCN/ENF.

Foram identificados quatro cursos que se situaram neste quartil e que, portanto, revelaram baixa aderência aos aspectos que constituem o I_{10} . Estão abaixo de 25% de aderência. Dentre eles, estão três faculdades privadas e uma universidade pública. Tendo em vista que neste indicador os cursos têm naturezas administrativas diferentes (público e privado), será feita análise em separado.

No curso da universidade pública aparece como registro o núcleo temático “*Não atende às DCN/ENF*”, destacando-se que o relatório do avaliador sustenta a afirmação de não aderência, embora se aproxime do núcleo “*Registro estático do estabelecido*”, como se houvesse uma “mera leitura da palavra escrita sem agregar a esta uma leitura de mundo”. Curioso é que o registro tem como período da avaliação, o segundo semestre de 2004, o que leva à indagação de quais as razões da demora em proceder aos ajustes, e mais do que isso, quais as implicações de não se ter ainda atualizada a formação dos enfermeiros para fazer frente aos desafios de uma sociedade submetida a processos de mudança acelerada?

Há registro que “Há fraqueza em todos os quesitos”. Surgem fragilidades na **Dimensão organização didático-pedagógica**, pois:

“Não se assegura formação generalista; não se evidencia efetivo desenvolvimento de projetos de investigação científica que possibilitem expandir a participação dos alunos; há problemas no apoio didático-pedagógico que é considerado insatisfatório”. Foi destacado como potencialidade “A experiência profissional e acadêmica da coordenadora que participa de varias comissões na IES e em colegiados de diferentes níveis decisórios”.

Na **Dimensão corpo social**, as fragilidades foram: “Despreparo didático-pedagógico; rotatividade pelo contrato temporário; limitação na participação na elaboração e desenvolvimento do PPC”.

A **Dimensão infra-estrutura** igualmente destacou a “Necessidade de investimentos para aquisição de equipamentos imprescindíveis ao ensino da avaliação física e práticas técnicas”. Surgiu como potencialidade a riqueza dos cenários da prática que apresentam ótimas oportunidades de ensino-aprendizagem.

Na análise global assinala-se como surpreendente neste relatório de avaliação, o conceito emitido que não se revela coerente com o quadro descrito pelo avaliador e em especial considerando ser esta uma universidade pública.

Nas três faculdades privadas, duas tiveram PPC atendendo às DCN/ENF, com reelaboração textual e na outra foi observado o atendimento sem reelaboração textual e acréscimo de sentidos do grupo local. Não há qualquer menção sobre o SUS em dois destes cursos. Os relatórios de avaliação dos mesmos foram considerados como de boa qualidade, na medida em que evidenciam uma apreensão dinâmica da realidade com texto do avaliador, sustentando o juízo de valor sobre a aderência.

Dimensão organização didático-pedagógica:

Potencialidades:

- Existência de apoio pedagógico.
- Implantação de plano de carreira.

Fragilidades:

- Estágios curriculares que não atendem às DCN/ENF.
- PPC que não se alinha às DCN/ENF.
- Dimensionamento inadequado das cargas horárias das disciplinas.
- Cópia literal das DCN/ENF.

Meta-análise:

“A descrição do perfil do egresso, das competências gerais e específicas do futuro profissional e dos objetivos do curso

apenas reproduzem o constante nas DCN, sem nenhuma vinculação com o contexto local, as demandas regionais do mercado de trabalho, nem com as necessidades de saúde da população, havendo, inclusive por inadvertência, referências à realidade socioeconômica, cultural e sanitária de outro estado do país” (UTk5).

“As disciplinas e as ementas necessitam de atualização compatível com os aspectos relacionados às DCN/ENF” (UTe3).

“Aulas práticas se limitam ao laboratório e só há esporadicamente visitas técnicas aos outros cenários de prática que só se realizam no 7º e 8º período quando se efetivam os momentos de desenvolvimento das habilidades” (UTj2).

No que se refere à **Dimensão corpo social:**

Fragilidades

- *Os estágios são supervisionados por enfermeiros preceptores com contrato temporário e que não participam dos conteúdos teóricos.*
- *Para a supervisão dos conteúdos práticos a relação numérica professor/aluno não é suficiente, pois algumas atividades são realizadas na capital conforme relato dos alunos presente no relatório.*
- *O regime de trabalho do docente é compatível com as disciplinas que ministram, mas não possibilitam atividades de pesquisa.*
- *Pouco tempo de experiência profissional e docente.*

No que se refere à **Dimensão infra-estrutura:**

Fragilidades:

- *No acervo de livros, nos laboratórios, na implementação das normas de biosegurança entre outros.*
- *Na existência de cenários de práticas abrangentes como o indicado nas DCN.*

4.1.5. Discussão e algumas lições do processo

Este trabalho de se associar aos dados quantitativos, o olhar qualitativo, permitiu fazer algumas inferências importantes. Parte-se da perspectiva que “apreender a substantividade do objeto apreendido” é uma das habilidades do sujeito do processo, que se denomina avaliador-educador. O ato de relatar essa apreensão da realidade pode ser mecânico, em que se transfere/confere/constata

(mas não é esse o relato que se quer). O relato também pode ser dinâmico, em que se constrói/reconstrói/constata para mudar (e é esse que se quer).

Por que não pensar que o papel do avaliador-educador é contribuir positivamente para que o curso vá sendo “o artífice de sua formação” com a ajuda necessária do avaliador-educador? Por que não imaginar que sua presença pode ser auxiliadora desse processo e “possa significar como estímulo [...] à ruptura necessária com algo defeituosamente assentado e à espera de superação”?

Acredita-se que a posição do avaliador-educador, primeiramente, tem de ser de respeito (às pessoas que queiram mudar e às que se recusem a isso). No entanto, não se pode negar ou esconder as posturas e nem desconhecer os direitos dos outros de rejeitá-las. E é exatamente em nome do respeito aos outros que não se deve omitir e nem tão pouco assumir uma neutralidade que não existe. A omissão do avaliador-educador em nome do respeito ao corpo social do curso “[...] talvez seja a melhor maneira de desrespeitá-los” (FREIRE, 2003, p. 79).

Nesta perspectiva, a avaliação realizada nos cursos de graduação em enfermagem pode ser considerada como um processo interativo por meio de leitura documental, interação local, ações, observações, onde os avaliadores aprendem sobre a realidade no próprio ato da avaliação. Deve-se considerar, ainda, que na maioria das vezes o PPC não traz subsídios suficientes que respaldem a avaliação *in loco*, fato que interfere e prejudica o relato do avaliador, levando em consideração o tempo restrito na qual acontece a avaliação de curso.

Neste contexto, assume-se como premissa, neste estudo, que um dos saberes necessários à prática educativa é a “apreensão da realidade”. Reflexões sobre este saber possibilitam a elaboração de uma síntese global dos cursos de graduação em enfermagem analisados. Tais reflexões foram suscitadas pela leitura atenta dos PPC e dos relatórios dos avaliadores-educadores.

A seguir, de forma mais tópica e objetiva, destacam-se:

- A formação de profissionais enfermeiros está voltada para a integralidade dos problemas de saúde da população brasileira. Neste contexto, a assistência à saúde oferecida necessita ser contextualizada e resolutiva. Nesta vertente, os currículos dos cursos de graduação em enfermagem precisam permitir e favorecer a construção de práticas sanitárias de orientação global e com responsabilidade social.
- O sistema de saúde está intimamente ligado à formação do enfermeiro, e a organização social dos serviços de saúde influencia a educação e formação desses profissionais.

- Os cursos de graduação em enfermagem, como agentes influenciadores na formação de seus estudantes, que no futuro irão interferir na qualidade e organização dos serviços de saúde, têm o compromisso de formar profissionais que atendam às exigências do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidando todos os seus princípios. Dentre eles, a universalidade, a integralidade, a hierarquização e a descentralização.
- O Projeto Pedagógico de Curso deve ser o instrumento teórico-metodológico responsável em direcionar pensamentos e ações à formação acadêmica dinâmica, contextualizada na realidade local, regional e nacional, enraizada em princípios éticos universais e peculiares ao exercício profissional.
- O processo da interdisciplinaridade deve acontecer por meio de planejamento conjunto e participativo, valorizando as competências, os valores, as atitudes, o saber-fazer, o saber-estar, desenvolvendo capacidade de criatividade, comunicação, trabalho em equipe, resolução de problemas, responsabilidade, poder empreendedor, que são ferramentas importantes na adaptação à geografia mutacional e organizacional do mundo do trabalho.
- A interdisciplinaridade exige de todo corpo docente o desenvolvimento de uma ação pedagógica articulada com a diversidade dos saberes. A ação de cada um deverá estar articulada com a de todos os outros. Todos os envolvidos no processo pedagógico deverão ser capazes de perceber sua totalidade.

A tarefa da avaliação dos cursos não é simples e deve ser objeto de capacitação/qualificação. No caso dos cursos da saúde, isto implica atenção também aos significados que estes atores (avaliadores e avaliados) atribuem às novas e contra hegemônicas concepções que se tenta viabilizar. Não se deve desconhecer que o esforço de apropriação dos pressupostos é processual, não linear e submetido a constantes embates, frutos das concepções de qualidade da formação em saúde em disputa. Cabe, também, ao avaliador, reconhecer e valorizar os esforços do grupo que tenta inovar e que encontra limite nas condições objetivas de trabalho oferecidas institucionalmente ou nas formas de organização dos sistemas de saúde da região em que se insere o curso.

Este olhar dos avaliadores para os PPC marca de alguma maneira, as formas de produção do relatório, ampliando seu viés regulatório ou emancipatório. Talvez permitindo exercitar uma “regulação orientada para emancipação”. Ou seja, à tarefa de regulação deve se associar ao sentido pedagógico-político da avaliação, estimulando a comunidade do curso a

compreender as contradições do processo de implantação de um processo de formação inovador.

Na prática, muitas dificuldades foram encontradas, seja pela diversidade de formas de produção dos relatórios, como pelas distintas formas de expressão de árbitros. Isto confirmou a riqueza do trabalho quanti-qualitativo e a imprescindível necessidade de reunir múltiplas fontes para se poder compor o mapa da avaliação dos cursos, confirmando a organicidade da proposta do Sinaes como princípio qualificador da avaliação institucional.

4.1.6. Perspectivas e desafios

A construção dos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Graduação em enfermagem no Brasil, mobilizados a partir da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação, determinou um movimento desafiador na comunidade acadêmica. Contudo, estas discussões não se configuram como um movimento novo, pois há muito tempo, a formação em enfermagem vem sendo discutida em suas bases teórico-filosóficas, alinhadas com a pedagogia crítica, nos fundamentos do pensamento pedagógico de Paulo Freire (REIBNITZ; PRADO, 2006). Isso não haveria de ser de outro modo, porque se acredita numa práxis de enfermagem, compreendida como atividade objetiva e transformadora da realidade natural e social, que implica certo grau de conhecimento da realidade que transforma e das necessidades que satisfaz (VÁZQUEZ, 1977).

Não se pode deixar de reconhecer, todavia, as enormes dificuldades e desafios que esta opção filosófica determina para um processo avaliativo, superando os desafios aí implicados ao assumir uma avaliação que respeite os princípios norteadores da pedagogia crítica. Então, nessa perspectiva, alguns princípios precisam ser considerados: todo processo avaliativo precisa ser dialógico; todo processo avaliativo precisa ser solidário, democrático, inclusivo e participativo; todo processo avaliativo precisa promover a justiça.

“A tarefa de avaliar tem sua complexidade, cujo valor e significado depende das opções que se faz. Não se pode, portanto, falar de uma única técnica ou procedimento válido, mas é preciso reconhecer as questões éticas e políticas que estão aí implicadas” (REIBNITZ; PRADO; p. 164-165).

Para isso, é preciso diversificá-la sob vários aspectos: em tempo; em graus de dificuldade; em situações individuais e coletivas; em recursos didáticos e em expressão do conhecimento em diferentes linguagens (HOFFMAN, 2004).

A avaliação, ao contribuir para a consciência de liberdade e da participação, orienta os seres humanos a compreenderem a importância de alguns princípios e valores, entre eles: a tolerância, a cooperação, a solidariedade, a humildade, o respeito e a justiça. Eis alguns dos grandes desafios para a ação educativa – e para a avaliação, como ação formadora do ser humano (RODRIGUES, 2001).

Um dos desafios que impulsionou a realização deste estudo foi à possibilidade de uma aproximação, pela via da avaliação realizada pelo Inep/MEC, com a qualidade da formação acadêmica dos profissionais de enfermagem, egressos de cursos de graduação, modalidade bacharelado.

Neste sentido, a presente investigação defende que há uma vinculação estreita entre a adoção, pelos cursos de graduação, das bases epistemológicas presentes nas DCN/ENF e a qualidade do processo de aprendizagem previsto nos PPC.

Porém, não se pode ignorar que o Sinaes, como política de Estado, preconiza que a qualidade acadêmica não pode ser considerada de forma dissociada da responsabilidade social da IES e do curso de graduação, por não se tratar de um atributo abstrato, mas de juízo valorativo construído socialmente.

Como já mencionado anteriormente, os resultados deste trabalho representam recortes da problemática enfocada, isto é, sem a pretensão de tratá-la na sua totalidade. Para tanto, seria necessária uma análise profunda também dos Projetos Pedagógicos Institucionais (PPI) e dos Planos de Desenvolvimento Institucionais (PDI), além da introdução de outras técnicas de pesquisa como a entrevista, a observação etc.

Com base nos resultados e nas considerações apresentadas neste inédito estudo, destacam-se como perspectivas e desafios:

- Apreensão das bases epistemológicas das DCN/ENF, com vista ao domínio filosófico e pedagógico dos princípios, diretrizes, estratégias e ações consagradas pela Resolução CES/CNE 03/2001.
- Transformação das DCN/ENF em PPC, com garantia da identidade institucional, das diversidades do Sistema de Ensino Federal e regional/cultural e da responsabilidade social, sem perder a aderência à qualidade da formação acadêmica do futuro enfermeiro.
- Implantação e implementação dos PPC, como processo de construção coletiva, que produza ruptura paradigmática com modelos antagônicos ao pautado pelas DCN/ENF.

- Criação e disseminação de cenários acadêmicos, promovidos e financiados pela parceria dos ministérios da Saúde e da Educação, que envolvam os vários atores deste processo: gestores, docentes, discentes, técnicos, administrativos e docentes avaliadores do Inep.
- Compromisso com o desenvolvimento do Sinaes, ampliando a participação social em todas as modalidades avaliativas, na busca da conquista de uma educação superior cidadã, igualitária e equânime.
- Definição e compromisso institucional dos ministérios da Saúde e da Educação e das IES com uma agenda positiva que possibilite troca de experiências em relação à mudança paradigmática de modelos de aprendizagem: fim do currículo mínimo e adoção das DCN/ENF, na sua plenitude, nos PPC.

Mediante as reflexões realizadas, foram destacados como um dos grandes desafios para o fortalecimento do Sinaes, a capacitação dos avaliadores, reforçando a discussão teórico-filosófica sobre a mudança de paradigma no processo pedagógico e na concepção de saúde, articulados aos princípios estabelecidos no Sistema Único de Saúde, resgatando a formação de profissionais enfermeiros, voltada para a integralidade dos problemas de saúde da população brasileira, mais especificamente, locorregional, para que a assistência à saúde oferecida seja contextualizada e resolutive.

Acredita-se que, desta forma, se estará fortalecendo a implantação de uma nova prática na enfermagem, prática esta que planeja solução adequada à realidade, articulando a docência e assistência, aliando o pensar e o fazer com a finalidade de desenvolver a capacidade crítico-criativa, formando o cidadão num constante processo de aprender ao longo da vida (REIBNITZ; PRADO, 2006).

4.1.7. Referências bibliográficas

BRASIL. Lei nº. 4.024, de 20 de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 dez. 1961. Seção 1, p. 11.429.

_____. Ministério da Educação. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. *Dispõe sobre as bases e diretrizes da educação nacional*. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Parecer n.º 1.133, de 07 de agosto de 2001, sobre as Diretrizes curriculares da Medicina, enfermagem e nutrição. Brasília, 2001a.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Parecer n.º 3, de 07 de novembro de 2001, Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. 2001b.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Parecer n.º 776 de 03 de dezembro de 1997, sobre a orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação.

_____. Lei n.º. 8.080, de 20 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18.055.

_____. Lei n.º. 9.131, de 24 de novembro de 1995. Altera dispositivos da Lei n.º 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 nov. 1995. Seção 1, p. 19.257.

_____. Portaria Interministerial n.º. 2.118, de 03 de novembro de 2005. Institui parceria entre Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2005. Seção 1, p. 112.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. 2. ed. atual. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Legislação em saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador*. 2. ed. rev. e amp. Brasília, 2005.

DESLANDES, S. F; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES,

S. F. (Org.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

FERNANDES, J. D. et al. Diretrizes curriculares e estratégias de implantação de uma nova proposta pedagógica. *Rev. Esc. Enferm. USP*, [S.l.], v. 30, n. 4, p. 443-449, 2005.

FERNANDES, J. D, et al. Diretrizes estratégias para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 56, n. 4, p. 392-395, jul./ago. 2003

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia*. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

GADOTTI, Moacir. Pressupostos do projeto pedagógico. MEC, *Anais da Conferência Nacional de Educação para Todos*. Brasília, DF, ago, 1994.

HOFFMAN, J. *Avaliar para promover: as setas do caminho*. Porto Alegre: Mediação, 2004.

LÓPEZ, U. G. I. de; PÍTA, F. S. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. *Cad. Aten. Primaria*, La Coruña, v. 5, n. 4, p. 229-235, 1998.

LOURENÇO FILHO, Manoel B. Antecedentes e primeiros tempos do INEP. *R. Bras. Est. Pedag.*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 95, p. 8-17, set./dez. 1964.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2004.

REIBNITZ, Kenya S.; PRADO, M. *Inovação e educação em enfermagem*. Florianópolis: Cidade Futura, 2006.

RODRIGUES, N. Educação: da formação humana à construção do sujeito ético. *Educação & Sociedade*, [S.l.], n. 76, out. 2001.

ROTHEN, José Carlos. O Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos: uma leitura da RBEP. *R. Bras. Est. Pedag.*, Brasília, v. 86, n. 212, p. 189-224, jan./abr. 2005.

SORDI, Mara Regina Lemes. Avaliação universitária: mecanismo de controle, de competição e exclusão ou caminho para a construção da

_____.autonomia, da cooperação e da inclusão? In: VEIGA, I. P. A.; NAVES, M. L. P. (Org.). *Currículo e avaliação na educação superior*. Araraquara: Junqueira& Marin, 2005.

_____.SPITZCOVSKY, C. O direito à vida e as obrigações do Estado em matéria de saúde. Texto extraído do Jus Navigandi. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp>>. Acesso em: 23 abr. 2006.

_____.SANTOS, Boaventura de Sousa. *A gramática do tempo para uma nova cultura política*. São Paulo: Cortez, 2006, 511p.

_____.*Um discurso sobre as ciências*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

_____.TRIGUEIRO, M. G. S. A avaliação institucional e a redefinição das estruturas e modelos de gestão das instituições de ensino superior do país. *Avaliação/ Rede de Avaliação Institucional da Educação Superior – RAIS*, [S.l.], v. 9, n. 3 set. 1996.

_____.VEIGA, Ilma P. A.; CARVALHO, M. Helena S. O. A formação de profissionais da educação. In: BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. *Subsídios para uma proposta de educação integral à criança em sua dimensão pedagógica*. Brasília, 1994.

_____.VAZQUEZ, A. S. *Filosofia da práxis*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

_____.XAVIER, Iara Moraes. Nova mentalidade na educação superior. *Correio Braziliense*, Brasília, set. 2006. Caderno Opinião.

4.2. A aderência dos cursos de graduação em medicina às Diretrizes Curriculares Nacionais

André Luiz dos Santos Cabral¹

Derly Streit²

Éfrem de Aguiar Maranhão³

Fernando A. Menezes da Silva⁴

Geraldo Cunha Cury⁵

José Ueleses Braga⁶

Valderílio Feijó Azevedo⁷

4.2.1. Introdução

"Não são as espécies mais fortes e nem as mais inteligentes que sobrevivem, mas sim aquelas que melhor respondem às mudanças".

...Charles Darwin

A evolução dos paradigmas da educação superior exige das Instituições de Educação Superior (IES) modernização e inovação que repercuta na formação de recursos humanos (DEMO, 1994). Estas inquietações acadêmicas possuem diversas origens: a necessidade de expansão com qualidade da oferta do ensino, a Constituição Federal, a Lei de Diretrizes e Bases (LDB), o Plano Nacional de Educação (PNE), o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e, sobretudo, um conjunto de instrumentos infra-legais, que são ao mesmo tempo causa e efeito destas inquietações.

Um conjunto significativo de iniciativas vem ocorrendo no Brasil, compatíveis com as premissas da educação médica e da pedagogia contemporânea (MARANHÃO, 2002). O acúmulo de conhecimento e debates

¹ Doutor em medicina e professor da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

² Doutora em medicina e professora titular da Faculdade de Medicina de Petrópolis.

³ Doutor em medicina, professor da Universidade Federal de Pernambuco e médico cardiologista do Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (Procape) da Universidade Estadual de Pernambuco, membro titular da Academia Brasileira de Educação e relator das Diretrizes Curriculares da Saúde no Conselho Nacional de Educação.

⁴ Doutor em medicina e professor da Universidade Federal de Roraima.

⁵ Doutor em medicina, professor associado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e coordenador do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) do MEC e MS.

⁶ Doutor em medicina e professor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

⁷ Doutor em medicina e professor da Universidade Federal do Paraná.

resultou na construção coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino Médico (DCNEM), em 2001 (MARANHÃO *et al.*, 2006). Portanto, estas diretrizes contribuem para um real avanço da educação médica.

Reconhecendo a importância da implantação das DCN os ministérios da Educação e da Saúde vêm estimulando a sua implementação. A ação inicial foi quase que exclusivamente na medicina com o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (Promed). Atualmente esta ação foi ampliada, abrangendo os cursos de enfermagem, medicina e odontologia por meio do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) (MARANHÃO É. e MARANHÃO FILHO, 2006), que atendendo as DCNEM e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) busca fortalecer a articulação dos cursos médicos com o SUS (BRASIL, 2005).

Portanto, os processos de mudança são dinâmicos e integrados à realidade social (BRAGA, 1989; SIQUEIRA, 1993). Desde a sua criação até os dias atuais a educação médica no Brasil, nos seus diferentes graus de ensino, vem sofrendo uma série de transformações, com reformas sucessivas, buscando seu aprimoramento. Estas reformas são conseqüências dos momentos históricos nacional e internacional, sua interação com os padrões educacionais próprios de cada época, por vezes sintetizados em legislação educacional específica e que permitiram os avanços no ensino médico. Estes aspectos serão abordados nos próximos seis tópicos da introdução.

Este trabalho se propõe a identificar a aderência às DCNEM nos projetos pedagógicos e nos relatórios de avaliação dos cursos de graduação de medicina, avaliados para fins de reconhecimento ou renovação de reconhecimento no período de julho de 2002 a julho de 2006, em IES públicas e privadas que integram o Sistema Federal de Ensino. Tem como objetivos específicos construir e avaliar índices de aderência dos cursos de medicina às Diretrizes Curriculares Nacionais; avaliar o nível de aderência dos cursos de medicina, às DCN; identificar, com base nos relatórios dos processos avaliativos dos PPC dos cursos conduzidos pelo Inep/MEC, as características dos cursos de medicina mais intensamente relacionadas com aderência às diretrizes.

Breve histórico

As primeiras escolas médicas surgiram em 1808, logo após a chegada de Dom João VI e com o patrocínio da coroa real. Nesse ano, em fevereiro, criou-se a Escola da Bahia, no Hospital Real Militar, e em novembro, a do Rio de

Janeiro, ambas como escolas de cirurgia e dentro da concepção européia vigente (MARANHÃO, 1981).

A princípio, o curso médico tinha duração de quatro anos tendo como enfoque a formação em anatomia e cirurgia. Em 1813, sua duração foi ampliada para cinco anos.

Em 1832, as escolas passaram a ser denominadas de Faculdade de Medicina, ampliaram seu tempo de estudo para seis anos e enfatizaram a formação em ciências acessórias (equivalente ao que hoje chamamos de básicas), ciências médicas e ciências cirúrgicas (MARANHÃO, 2002).

Assim, o ensino médico europeu foi transplantado e importado para o Brasil e desde sua criação até os dias atuais tem apresentado reformas sucessivas, buscando seu aprimoramento (GARCÍA, 1972; MARANHÃO, 1981; SOUZA, 1987).

De certo modo, mesmo com a influência do modelo norte-americano após a incorporação do movimento Flexneriano ao ensino médico, universalizado após a II Guerra Mundial (EDLER F.; FONSECA M. R. F., 2006), foram mantidos os anos de estudo e a divisão entre ciências básicas e clínicas que permanece até hoje em muitos currículos de ensino médico.

Em 2001, o Conselho Nacional de Educação (CNE) aprovou as DNCEM que rompe os paradigmas da educação vigente: (a) estimulando a criatividade nos projetos pedagógicos/currículos, (b) evoluindo-se de um currículo enciclopédico de memorização, para um currículo baseado em competências, habilidades e atitudes, em que os conteúdos são instrumentos essenciais para gerar uma formação generalista, (c) estimulando o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e (d) pela primeira vez integrando a educação médica ao Sistema Único de Saúde (MARANHÃO É. *et al.*, 2006).

A legislação e sua contribuição

A Lei nº 4.024/1961 fixou as Diretrizes e Bases da Educação Nacional e atribuiu ao Conselho Federal de Educação (CFE) a competência de definir o currículo mínimo.

A Resolução CFE nº 8/1969, baseada na Lei nº 5.540/1961 e no Parecer CFE nº 506/1969, fixou os mínimos de conteúdo e a duração de seis anos letivos do curso médico (mínimo de cinco e máximo de nove anos).

Definiu que o curso de graduação em medicina abrangeria o estudo das bases doutrinárias e a realização de exercícios práticos pertinentes às matérias

do currículo mínimo, perfazendo um mínimo de 4.500 horas. Os estágios obrigatórios em hospitais e centros de saúde, em regime de internato, passaram a ser disciplinados com o mínimo de dois semestres.

A Resolução CFE nº 9/1983 distribuiu as matérias entre básicas e profissionais e foi alterada, sucessivamente, pela Resolução nº 5/1984; e pela Resolução nº 01/1989, do CFE e atualmente, revogadas pela Resolução nº 4/2001, que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em medicina, do Conselho Nacional de Educação CNE/CES.

A Lei nº 9.131/1995 criou o atual Conselho Nacional de Educação (CNE), definindo sua competência e por meio da sua Câmara de Educação Superior (CES) para deliberar sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação, oriundas de propostas do Ministério da Educação (MARANHÃO, 2002).

O atual processo de modernização curricular começa com a Lei nº 9.394/1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) acaba com a figura do currículo mínimo, cabendo, ao CNE, por meio de sua CES, definir as DCN.

O Plano Nacional de Educação, Lei nº 10.172/2001, vincula o sistema de credenciamento periódico das instituições e o reconhecimento dos cursos superiores ao sistema nacional de avaliação e reforça a necessidade do estabelecimento, em nível nacional, de diretrizes curriculares que assegurem a necessária flexibilidade e diversidade nos programas oferecidos pelas diferentes IES.

A Lei nº 10.861/2004, cria o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes) e estabelece que o atendimento às DCNEM é imprescindível.

A qualidade é a grande meta a ser perseguida na educação brasileira. A legislação (LDB, PNE e Sinaes) trás a avaliação como instrumento de melhoria da qualidade e a sua periodicidade como garantia de que nada mais será autorizado/reconhecido ou credenciado/recredenciado *ad eternum* (MARANHÃO, 1999).

As Experiências de inovação curricular

Nos cursos de medicina brasileiros, podemos distinguir iniciativas de inovação de caráter isolado (promovidas por faculdades ou cursos) ou de natureza multi-institucional (estimuladas pelos governos, legislação específica e associações de ensino). Estas experiências contribuíram para os avanços no

entendimento das questões educacionais e aprimoramento; alguns exemplos são relatados a seguir.

Três experiências são, a seu modo pioneiras no processo de integração entre a academia, o serviço de saúde e a comunidade. Por 12 anos, a partir de 1966, a Universidade de Brasília desenvolveu uma importante proposta de inserção da academia no serviço público de saúde, responsabilizando-se por toda a cobertura da saúde de uma cidade satélite (Sobradinho), à época com 22.000 habitantes (EDLER F. e FONSECA M. R. F., 2006).

Outra importante experiência a destacar são as mudanças desenvolvidas pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) nos anos setenta, quando instituiu um Processo de Desenvolvimento Curricular que dentre outras mudanças, transferiu grande parte do ensino da semiologia do hospital para o ambulatório; criou as disciplinas de medicina geral de adultos, de crianças e de pequenas cirurgias e criou o Internato Rural no qual, por meio de convênios da Faculdade de Medicina com prefeituras municipais, foi oferecido estágio no 11º período. Neste estágio os alunos vivem e estagiam durante três meses em cidades do interior de Minas Gerais (CURY G. C., *et al.*, 2004).

O Internato Rural da Faculdade de Medicina da UFMG continua em pleno funcionamento e objetiva a construção de projeto de integração docente-assistencial que colabora efetivamente para a formação do estudante e a consolidação da qualidade do SUS nos municípios e regiões em que atua (CURY G. C. e MELO E. M., 2006).

Cabe destacar, também, a experiência da Universidade Federal Fluminense com integração docente assistencial em saúde, em 1981, incluindo vários departamentos da medicina, outras escolas da saúde, envolvendo as comunidades e Unidades de Saúde de Niterói e São Gonçalo (SILVA JÚNIOR A. G. S., *et al.*, 2006).

No início dos anos 70, implantou-se em Instituições Federais de Ensino (IFES), a exemplo da Universidade Federal de Pernambuco, um núcleo básico comum, algo semelhante ao College americano, modificado. Os alunos que pleiteavam cursos na área da Saúde, após o vestibular, entravam sem distinção dos cursos, numa grande área básica, a área das Biociências.

Após um ano de estudo desenvolvido em conjunto, inclusive com avaliações periódicas do desempenho individual, no final do ano somava-se uma prova geral, que equivalia a um novo vestibular e possuía um peso decisivo. Os alunos eram distribuídos nos cursos pela média geral, baseada na nota final

e sua opção. As melhores médias eram dos que entravam para a medicina. A experiência, de fato, não acrescentou nada em termos de qualidade e deixava uma leva de alunos represados, em busca do seu curso almejado, concorrendo com os novos ingressantes para o curso de medicina. A experiência não se prolongou e foi abandonada em dois anos.

Uma proposta diferenciada está sendo discutida e possivelmente implementada na Universidade Federal da Bahia, com a criação de um ciclo básico de maior duração, visando à formação geral. Este processo deve ser avaliado e acompanhado.

No que se refere à qualidade, uma importante iniciativa foi a criação da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) (AMARAL, 2002), que tinha uma forte preocupação nos processos de formação, embora também avaliasse o desempenho desta formação. Iniciou-se com uma boa adesão das escolas médicas, mas por ser uma ação voluntária, teve uma redução progressiva de seu interesse e do quantitativo de instituições envolvidas. Lamentavelmente a falta de entendimento interinstitucional e de recursos para seu financiamento fez com que deixasse de funcionar após 11 anos de atividades. É reconhecida como uma efetiva contribuição para melhoria da educação médica e serviu de estímulo para um conjunto de mudanças nas escolas médicas avaliadas e para a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais.

A Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) ao longo de sua história trouxe várias contribuições à educação médica e promoveu uma discussão regional para Conferência Mundial de Educação Médica de Edimburgo, em 1988.

Naquela ocasião, a Abem traduziu e discutiu os documentos preparatórios elaborados pela comissão de planejamento da Federação Mundial de Educação Médica, onde se observava uma tentativa de diferenciar um currículo para os países desenvolvidos (perfil científico) e outro para países em desenvolvimento (medicina como serviço). Esta experiência, de certa forma, foi desenvolvida em algumas escolas nos Estados Unidos, que priorizam currículos para formação do pesquisador, não tendo preocupação com a formação para o exercício imediato da profissão. Ao final da I Conferência, que se constituiu num esforço internacional em prol da educação médica, recomendou-se que o componente científico da educação médica deve ser revisto para melhorar sua aplicabilidade aos serviços de saúde e à prática clínica (FEUERWEKER, 2006).

A preocupação da produção científica na saúde é pertinente e tem estado presente em algumas instituições, especialmente naquelas que possuem pós-

graduação *stricto sensu* que vem apresentando resultados com a iniciação científica, propiciando ao aluno de graduação maior criatividade e análise crítica (MARANHÃO, 2002). É importante destacar que as diretrizes estimulam a iniciação científica. (ZAGO, et al., 2001), ao analisarem as 95 faculdades de medicina, observaram que somente em 16 delas haviam evidências de atividade de pesquisa científica consolidada. Destacam ainda:

"apenas uma pequena parcela destas escolas constitui núcleos consolidados de pesquisa médica, identificados pela existência de um grupo de pesquisadores com título de doutor, que publicam regularmente em revistas de impacto e formam outros pesquisadores. Apenas oito das faculdades de medicina, que podem ser identificadas como os grandes centros geradores de pesquisa científica na área médica, concentram 115 dos 128 pesquisadores da categoria I do CNPq na área de medicina (90%) ou 133 dos 175 pesquisadores das áreas de medicina, de saúde coletiva e de nutrição (76%). Os restantes 42 pesquisadores estão em nove outras faculdades de medicina e duas instituições de saúde" (Fundação Oswaldo Cruz e Faculdade de Saúde Pública da USP).

Mudanças completas na estrutura curricular e na metodologia de aprendizagem foram estimuladas pela Fundação Kellog. Como resultado deste apoio, duas instituições estaduais, Marília, 1997, e Londrina (UEL), 1998 implantaram a metodologia do Problem-based learning - PBL (aprendizagem baseada em problemas) para o curso médico. Em paralelo, e com o suporte da UEL, também em 1998, o curso de medicina da Universidade Federal de Roraima implantou metodologia semelhante. As transformações ocorridas serviram de inspiração para uma boa parte dos cursos novos instalados (MARANHÃO *et al.*, 2006).

A contribuição das conferências nacionais de saúde

As três primeiras conferências nacionais de saúde (de 1941 a 1963) evidenciaram uma preocupação com a formação de recursos humanos e destacaram, especialmente na terceira, a busca por soluções para os problemas de capacitação profissional. Em um segundo momento (de 1967 a 1980), da quarta à sétima, já se ampliam as temáticas, por uma questão política (ditadura militar), predominando a ênfase na qualificação (formação, instrução e treinamento). Os avanços, com mudanças fundamentais, só ocorreram com a 8ª Conferência, março de 1986, e é logo após esta, que se realiza a 1ª

Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, outubro de 1986, com o tema central "Política de Recursos Humanos Rumo a Reforma Sanitária" e os subtemas: valorização e formação profissional; a organização dos trabalhadores e a relação do trabalhador com o usuário do sistema de saúde (CAVALCANTI, 2001).

É com a Constituição de 1988 e a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde de nº 8.080/1990, que se estabelece, em definitivo, o papel do SUS, como ordenador da política de formação de recursos humanos em saúde.

Estes vários estudos e experiências foram incorporados quando do disciplinamento das atuais Diretrizes Curriculares Nacionais do curso médico por meio da Resolução nº 4/2001, do CNE/CES, que tem como base o Parecer CNE/CES nº 1.133/2001, e que resultou de uma construção coletiva que buscou incorporar e aperfeiçoar todo o conhecimento elaborado previamente, bem como integrar, de forma explícita, a educação com a saúde.

Portanto, essa é uma concepção contemporânea de formação acadêmico/profissional, nacional e internacionalmente aceitas e estabelecidas.

Contribuição das Diretrizes Curriculares Nacionais

As diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos/projetos que devem ser necessariamente adotadas por todas as Instituições de Ensino Superior (IES). Trazem a perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes. As diretrizes devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e sim de garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (MARANHÃO E. & SILVA F. M., 2001).

O perfil do formando médico egresso/profissional é o de uma 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 da saúde, e na prevenção da doença, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Desta forma, as diretrizes orientam para currículos que devem contemplar elementos de fundamentação essencial no seu campo do saber ou profissão, numa concepção que o indivíduo deve aprender a aprender e, por meio da educação continuada, manter-se atualizado. Propõe um projeto pedagógico de aprendizagem ativa centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e no professor como facilitador e mediador deste processo de ensino-aprendizagem, enfocando o aprendizado baseado em competências, em evidências científicas, na solução de problemas e orientado para a comunidade. Na diversificação de cenários e ambientes de aprendizagem: centra-se na prática e na exposição do aprendiz, desde o início do curso, às reais necessidades de saúde da população, o que é facilitado com a integração ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001).

Estes enfoques exigem que (MARANHÃO E. & SILVA F. M., 2001):

- 1 - O aluno seja responsável por seu aprendizado, o que inclui a organização de seu tempo e a busca de oportunidades para aprender.
- 2 - O professor seja responsável pelo ensino e aprendizagem do aluno atuando como incentivador, facilitador e mediador deste processo.
- 3 - O currículo seja integrado e integrador e forneça 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.
- 4 - A escola ofereça uma grande variedade de oportunidades de aprendizado por meio de laboratórios, ambulatórios, experiências e estágios nos diversos níveis de atenção à saúde e comunitários, biblioteca e acesso a meios eletrônicos.
- 5 - O aluno seja inserido desde o início do curso em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;
- 6 - O conteúdo curricular contemple os problemas mais frequentes e relevantes a serem enfrentados na vida profissional.
- 7 - O aluno seja constantemente avaliado em relação a sua capacidade cognitiva e ao desenvolvimento de habilidades necessárias à profissão.
- 8 - O currículo seja maleável e possa ser modificado pela experiência.
- 9 - O trabalho em grupo e a cooperação interdisciplinar e multiprofissional sejam estimulados.
- 10 - A assistência ao aluno seja individualizada, de modo a possibilitar que ele discuta suas dificuldades com profissionais envolvidos com o gerenciamento do currículo e outros, quando necessário.

Processos e estímulos às mudanças

Na perspectiva do estímulo institucional à promoção de mudanças enquanto processo dinâmico, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), elaborou em conjunto com a Secretaria de Educação Superior (Sesu) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), do Ministério da Educação, o Pró-Saúde.

Este programa, lançado em 2005, se inspira em decisões do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Intergestores Tripartite, bem como na avaliação de programa instituído pelo MS em anos anteriores, denominado Promed, que foi dirigido às escolas médicas, e incentivou e manteve processos de transformação em 19 escolas médicas brasileiras.

Em sua concepção, o Pró-Saúde, de forma dinâmica, trabalha a perspectiva de que os processos de reorientação da formação ocorrem simultaneamente em distintos eixos, em direção à situação desejada apontada pela IES. Este processo antevê uma escola integrada ao serviço público de saúde, dando respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços; em todos estes casos contribuindo para o fortalecimento do SUS.

Deste modo, esta iniciativa visa à aproximação entre a formação de graduação no País e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela Estratégia de Saúde da Família. Tenta-se corrigir aqui, o distanciamento que ocorre entre os mundos acadêmico e o da prestação real dos serviços de saúde, o que vem sendo apontado em todo mundo como um dos responsáveis pela crise do setor da Saúde.

No momento em que a comunidade global toma consciência da importância dos trabalhadores de saúde e se prepara para uma década em que os recursos humanos serão valorizados, a formação de profissionais mais capazes de desenvolverem uma assistência humanizada e de alta qualidade e resolutividade será impactante até mesmo para os custos dos sistemas de saúde. Mais ainda, a experiência internacional aponta que profissionais gerais/generalistas são capazes de resolver quatro quintos dos casos sem recorrer à propedêutica complementar, cada dia mais custosa.

O Brasil tem uma experiência acumulada em aproximação entre a academia e os serviços, mas essa ainda está muito aquém do que seria necessário, fragmentada, principalmente por se constituir de iniciativas isoladas, muitas vezes no âmbito da própria escola médica. Projetos experimentais, vinculados

a pequenas partes das escolas de enfermagem, medicina e odontologia, devem se expandir e tornar-se o centro do processo de ensino e aprendizagem. A integração da academia com os serviços públicos de saúde sendo o aspecto central do Pró-Saúde, será transformada em ação competente para obter a formação de profissionais de saúde capazes de responder às necessidades da população brasileira (BRASIL, 2005).

4.2.2. Avaliação Quantitativa

A criação e a avaliação dos índices de aderência foram feitas com base nos aspectos contidos no instrumento de avaliação dos cursos de graduação de medicina. Por isto, a metodologia utilizada incluiu a participação ativa dos membros do grupo de trabalho no sentido de produzir:

- (i) Listagem dos aspectos do instrumento de avaliação que abordam temas apresentados nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de medicina.
- (ii) Listagem dos aspectos do instrumento de avaliação que abordam temas fortemente indicados nas DCN do curso de medicina.
- (iii) Criação dos índices de aderência às DCN do curso de medicina.

Vale ressaltar que os aspectos do instrumento de avaliação do curso de medicina são medidos pelos seguintes escores: 1 - "muito fraco", 2 - "fraco", 3 - "regular", 4 - "bom" ou 5 - "muito bom".

A criação dos índices considerou dois tipos de análise dos aspectos do instrumento de avaliação do curso de medicina. Uma abordagem que considera todas as categorias que poderiam ser assumidas pelo aspecto, isto é, de 1 a 5, de "muito fraco" a "muito bom". Outra opção considerada foi em relação ao completo atendimento ao aspecto, isto é, atribuindo o escore um a classificação de "muito bom" e zero para as demais, ou seja, de "muito fraco" a "bom".

Cada membro do grupo de trabalho selecionou os aspectos relacionados às Diretrizes Curriculares Nacionais e um debate permitiu a seleção por consenso dos 50 aspectos relacionados às diretrizes. Esta lista está apresentada em seguida no Quadro 1.

Quadro 1

Cinqüenta (50) aspectos do instrumento de avaliação que abordam temas apresentados nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de medicina:

- Existência de apoio didático-pedagógico ou equivalente aos docentes
- Apoio pedagógico ao discente
- Acompanhamento psico-pedagógico
- Mecanismos de nivelamento
- Coerência do currículo com os objetivos do curso
- Coerência do currículo com o perfil desejado do egresso
- Adequação da metodologia de ensino à concepção do curso
- Inter-relação das disciplinas na concepção e execução do currículo
- Coerência do sistema de avaliação do processo ensino-aprendizagem com a concepção do curso
- Procedimentos de avaliação do processo de ensino-aprendizagem
- Existência de um sistema de auto-avaliação do curso
- Participação dos alunos em programas/projetos/atividades de iniciação
- Existência de módulos ou temas integradores
- Existência de atividades formativas de prática profissional ao longo do curso
- Acompanhamento de programas de planejamento e organização do sistema
- Participação em Programas de Saúde da Família
- Duração efetiva do internato
- Constituição e dimensão de áreas de treinamento obrigatório (internato)
- Ações de capacitação
- Docentes com orientação didática de alunos
- Acesso a equipamentos de informática pelos alunos
- Recursos audiovisuais e multimídia
- Existência de rede de comunicação científica
- Biblioteca - Instalações para estudos individuais
- Biblioteca - Instalações para estudos em grupos
- Biblioteca - Periódicos
- Biblioteca - Informatização
- Biblioteca - Jornais e revistas
- Biblioteca - Política de aquisição, expansão e atualização
- Biblioteca - Horário de funcionamento
- Biblioteca - Pessoal técnico e administrativo
- Biblioteca - Apoio na elaboração de trabalhos acadêmicos
- Espaço físico de Postos/centros de saúde
- Equipamentos de Postos/centros de saúde
- Serviços de Postos/centros de saúde
- Espaço físico de Unidades Saúde da Família
- Equipamentos de Unidades Saúde da Família
- Serviços de Unidades Saúde da Família
- Espaço físico de hospitais e ambulatórios de cuidados secundários
- Equipamentos de hospitais e ambulatórios de cuidados secundários
- Espaço físico de hospitais e ambulatórios de cuidados terciários e quaternários
- Equipamentos de hospitais e ambulatórios de cuidados terciários e quaternários

continua...

continuação

- Serviços de hospitais e ambulatórios de cuidados terciários e quaternários
- Serviços de hospitais e ambulatórios de cuidados secundários
- Espaço físico de laboratórios de ensino
- Equipamentos de laboratórios de ensino
- Serviços de laboratórios de ensino
- Níveis de atenção no treinamento
- Supervisão direta ou presencial
- Avaliação de desempenho

Com base nesta lista, cada membro do grupo de trabalho fez uma ordenação por importância dos dez aspectos mais relevantes para a aderência às DCN do curso de medicina. Em seguida, foram escrutinados os dez aspectos considerados mais importantes por todo o grupo e esta listagem está presente no Quadro 2.

Quadro 2

Dez (10) aspectos os aspectos do instrumento de avaliação que abordam temas fortemente indicados nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de medicina:

- Coerência do currículo com o perfil desejado do egresso
- Adequação da metodologia de ensino à concepção do curso
- Inter-relação das disciplinas na concepção e execução do currículo
- Coerência do sistema de avaliação do processo ensino-aprendizagem com a concepção do curso
- Existência de módulos ou temas integradores
- Existência de atividades formativas de prática profissional ao longo do curso
- Constituição e dimensão de áreas de treinamento obrigatório
- Existência de rede de comunicação científica
- Serviços de Unidades de Saúde dos três níveis
- Serviços de laboratórios de ensino

4.2.2.a. A criação dos índices de aderência às DCN do curso de medicina

Foram criados quatro índices de aderência às Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de medicina: dois índices relacionados aos 50 aspectos selecionados e outros dois sobre os dez aspectos escolhidos.

A construção dos índices considerou a diferença entre a soma dos escores de cada curso e a soma dos escores mínimos possíveis. Também foi considerada a variação entre a soma dos escores máximos possíveis e a soma dos escores mínimos possíveis. O índice consistiu na razão entre estas duas diferenças. Na prática buscou-se medir quanto da variação possível da soma de escores foi alcançada por cada curso.

4.2.2.b. Resultados

As maiores médias foram alcançadas nos índices I_{50} e I_{10} e a menor média no I_{c10} .

Tabela 1
Distribuição dos valores dos índices de aderência às DCN do curso de medicina

Índice	Número de cursos avaliados	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
I_{50}	33	0,69	0,17	0,25	1,00
I_{c50}	33	0,49	0,23	0,06	1,00
I_{10}	33	0,55	0,26	0,00	1,00
I_{c10}	33	0,37	0,29	0,00	1,00

As menores variâncias foram observadas nos índices I_{50} e I_{c50} . A maior dispersão dos valores dos índices I_{10} e I_{c10} pode ser devido às medidas dicotômicas que compõe, mas também pela maior capacidade de discriminar a aderência às DCN do curso.

Tabela 2
Distribuição das médias dos valores dos índices de aderência às DCN do curso de medicina, segundo avaliação do aspecto (critério) único da avaliação

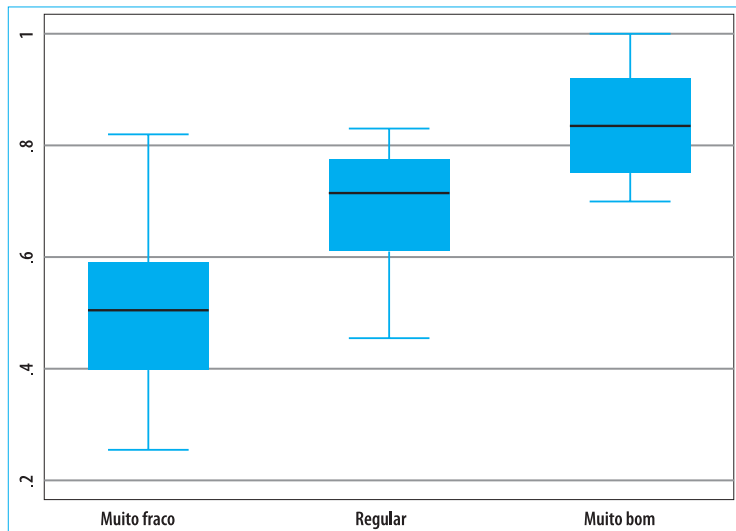
Índice	Muito fraco	Regular	Muito bom	Total
I_{50}	0,51	0,69	0,84	0,69
I_{c50}	0,30	0,46	0,68	0,49
I_{10}	0,27	0,53	0,82	0,55
I_{c10}	0,13	0,29	0,68	0,37

As diferenças das médias dos grupos de cursos classificados pelo critério único da avaliação foram estatisticamente significantes.

As médias do grupo que atende completamente as DCN foram 27%, 63%, 71% e 142%, maior do que no grupo regular para os índices I_{50} , I_{c50} , I_{10} e I_{c10} , respectivamente.

O índice I_{50} distingue de forma bastante evidente os grupos de cursos classificados pelo critério único da avaliação.

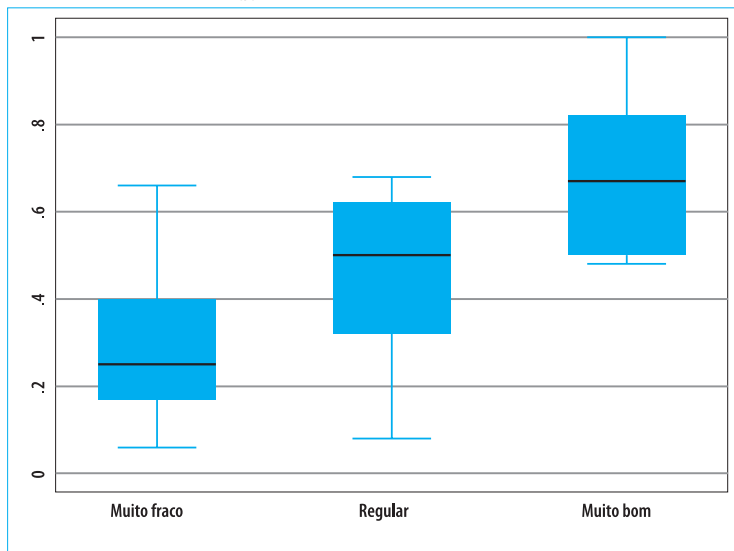
Figura 1 - Boxplot do índice I_{50} de aderência às DCN do curso de medicina



As distribuições dos valores do índice I_{50} são mais dispersas nos grupos classificados como "regular" e "muito fraco", provavelmente pela maior homogeneidade do grupo "muito bom".

Os grupos de cursos classificados pelo critério único da avaliação apresentam valores do índice I_{c50} estatisticamente diferentes.

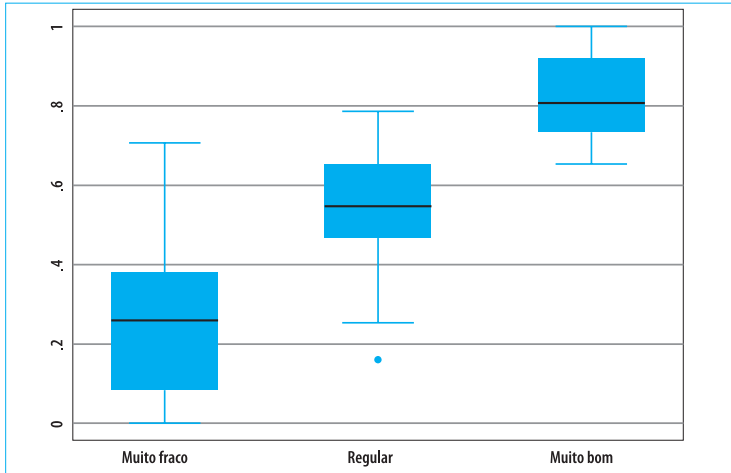
Figura 2
Boxplot do índice I_{c50} de aderência às DCN do curso de medicina



Observa-se também importante assimetria nas distribuições dos valores deste índice nos grupos classificados como "regular" e "muito fraco", e uma simetria no grupo "muito bom".

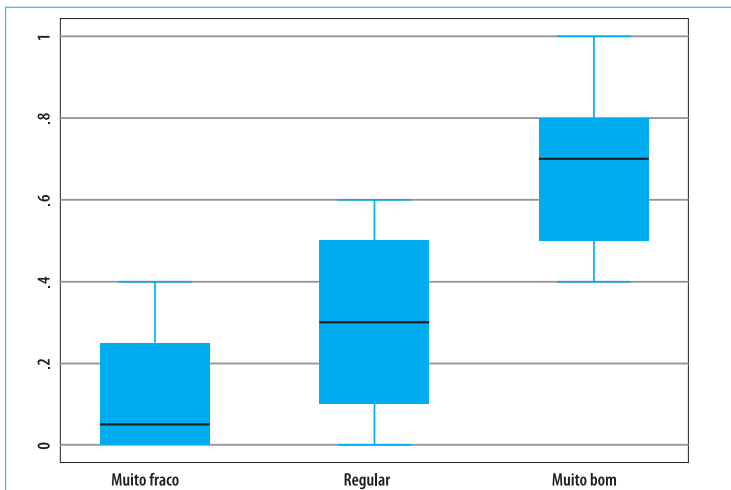
As distribuições dos valores de I_{10} são diferentes nos grupos de cursos classificados pelo critério único da avaliação.

Figura 3
Boxplot do índice I_{10} de aderência às DCN do curso de medicina



Apresentam distribuições com maior dispersão os grupos classificados como "muito fraco", seguido dos grupos "regular" e "muito bom". Observa-se, também, a presença de um valor atípico na distribuição do grupo "regular".

Figura 4
Boxplot do índice I_{c10} de aderência às DCN do curso de medicina

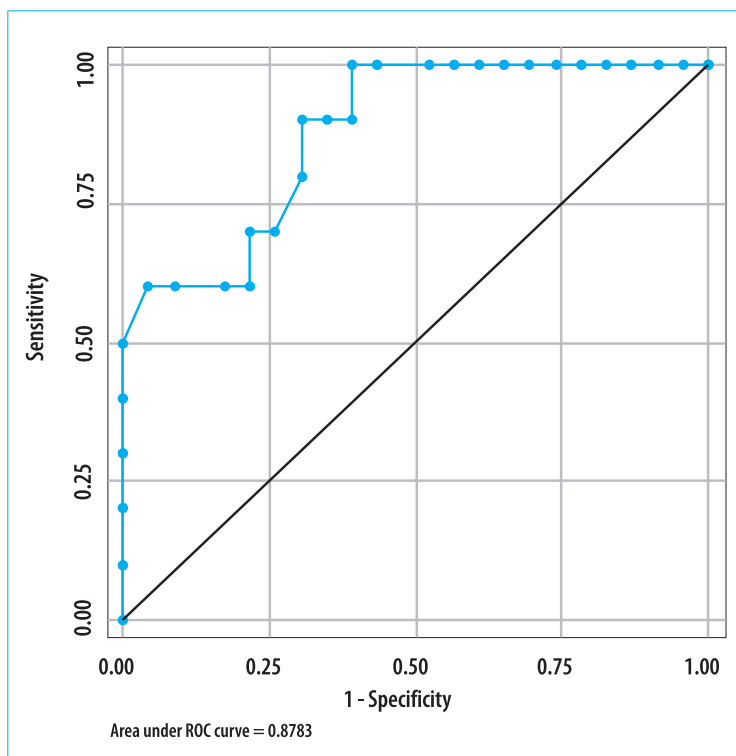


Os valores do índice I_{c10} são menores que os demais índices, mas também se observam distribuições estatisticamente diferentes. As diferenças dos grupos "muito bom" e "regular" são mais evidentes do que entre os grupos classificados como "regular" e "muito fraco".

Uma forma de avaliar a performance dos índices construídos é estimando a acurácia destas medidas em relação à classificação pelo critério único da avaliação.

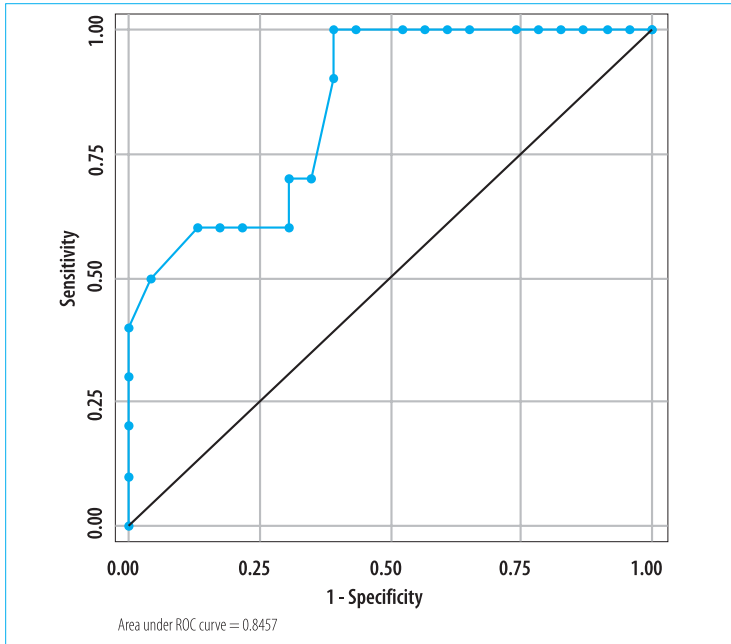
A medida "área abaixo da curva ROC" (Área Under ROC Curve) permite avaliar a sensibilidade e a especificidade para todos os pontos de corte dos valores obtidos pelo índice. Os resultados estão apresentados nas Figuras 5 a 8.

Figura 5
Curva ROC do índice I_{50} de aderência às DN do curso de medicina



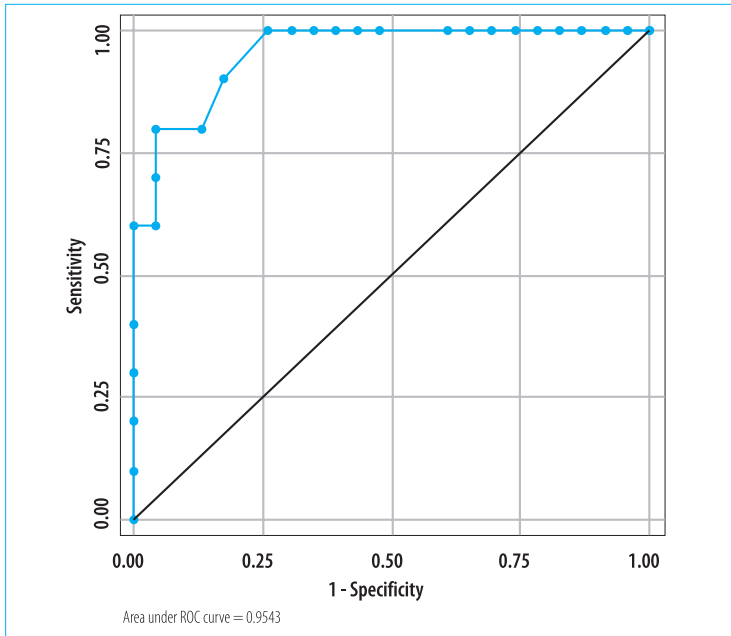
As elevadas sensibilidade (sensitivity) e especificidade (specificity) são desejadas para estes índices, no entanto seus cálculos pressupõem o estabelecimento de pontos de corte para estes índices. Entretanto, a medida "área abaixo da curva ROC" permite avaliar a sensibilidade e a especificidade quando são considerados os vários pontos de corte dos valores obtidos pelo índice.

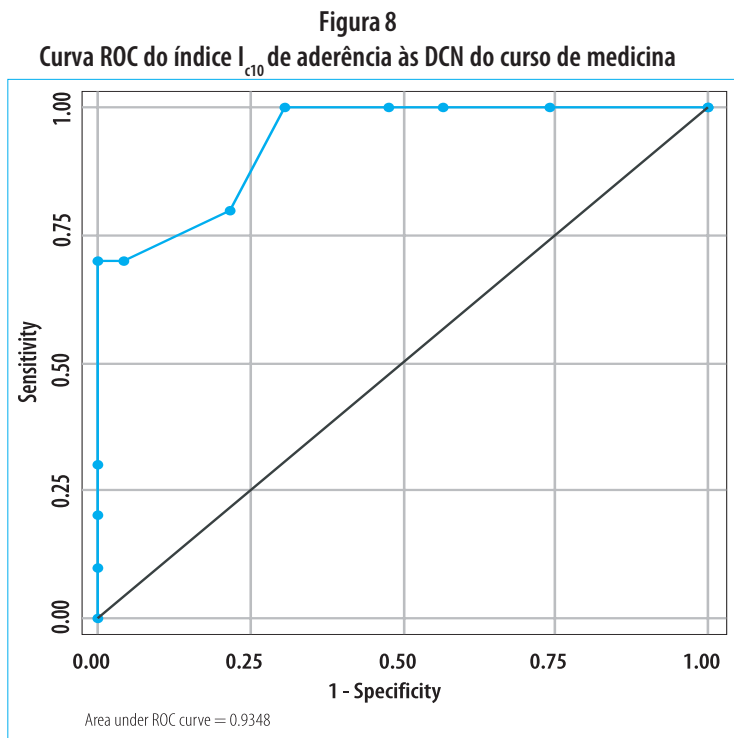
Figura 6
Curva ROC do índice I_{c50} de aderência às DCN do curso de medicina



Os índices tiveram valores de "área abaixo da curva ROC" de 0,90; 0,87, 0,96 e 0,94 respectivamente para os índices I_{50} , I_{c50} , I_{10} e I_{c10} .

Figura 7
Curva ROC do índice I_{10} de aderência às DCN do curso de medicina





Os melhores valores da AUC (area under curve) para os índices I_{10} e I_{c10} são coerentes com outras características já comentadas destas medidas.

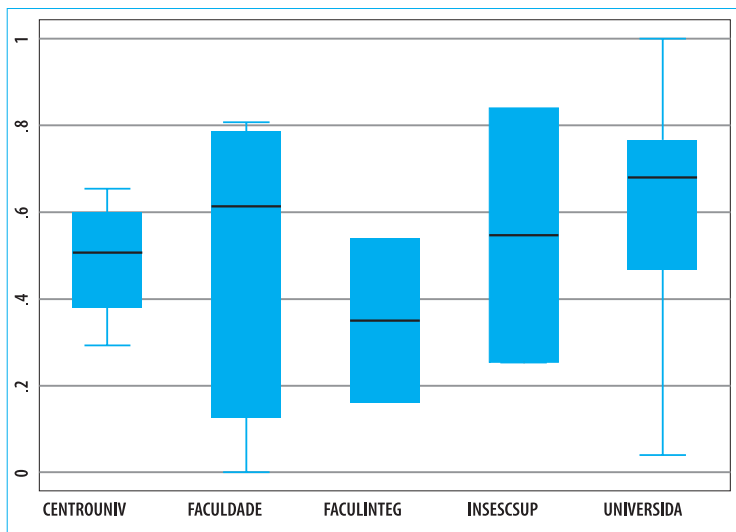
A performance do índice I_{10} pode ser entendida como a maior capacidade em diferenciar os cursos com maior e menor aderência às DCN do curso de medicina.

A análise que segue buscou apreciar as diferenças do índice I_{10} segundo as seguintes características: organização acadêmica, categoria administrativa, localização do curso (se capital ou interior), turno e unidade federada.

Como a melhor maneira de avaliar a aderência dos cursos de medicina às DCN é medir o índice I_{10} , a análise que segue buscou apreciar as diferenças deste índice segundo as seguintes características: (i) organização acadêmica, (ii) categoria administrativa, (iii) localização do curso (se capital ou interior), (iv) turno e (v) unidade federada.

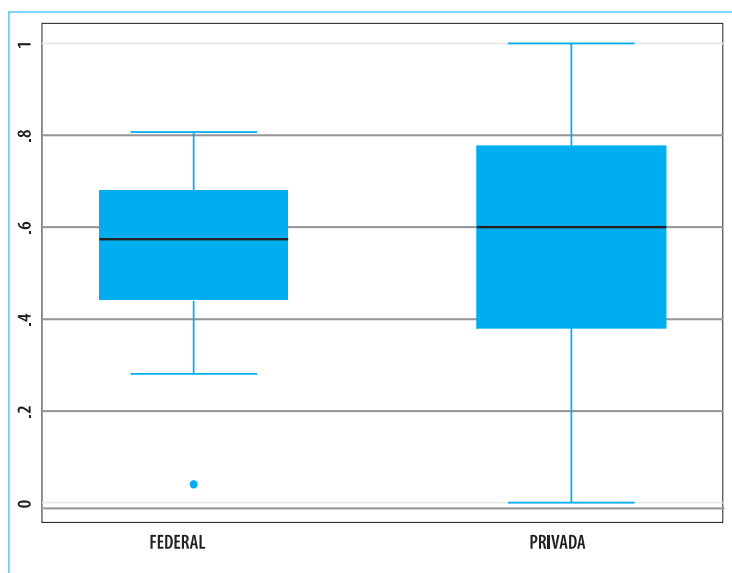
Apesar da Figura 9 mostrar medianas maiores das categorias universidades e faculdades na amostra dos cursos avaliados, pode-se dizer que quanto à organização acadêmica, os cursos de medicina não tiveram diferenças estatisticamente significantes das médias do índice de aderência às DCN. Percebe-se, também neste gráfico, uma maior dispersão dos valores na amostra dos cursos das faculdades.

Figura 9
Boxplot do índice I_{10} de aderência dos cursos de medicina às DCN, segundo organização acadêmica.



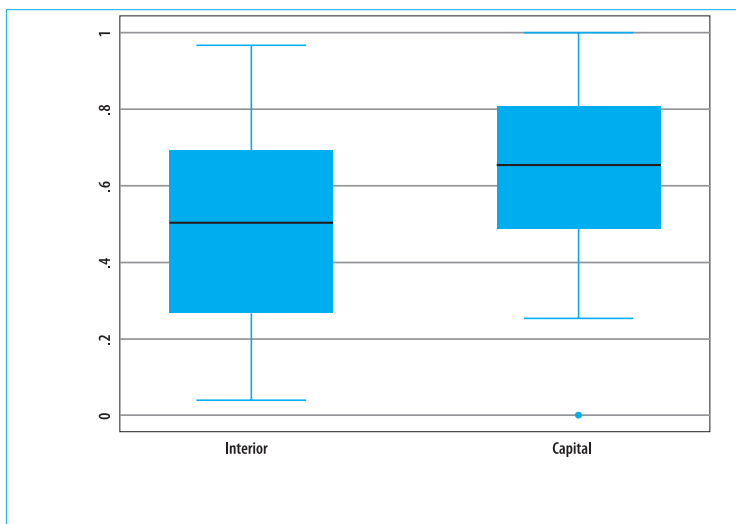
Não foi detectada evidência de que os cursos apresentem diferentes níveis de aderência segundo categoria administrativa, isto é, não é possível dizer que ser ou não público indica que o curso tem maior aderência às DCN.

Figura 10
Boxplot do índice I_{10} de aderência dos cursos de medicina às DCN, segundo categoria administrativa.



Ainda em relação à localização do curso, se na capital ou no interior, foi avaliado se esta característica poderia justificar o nível de aderência. Embora a Figura 11 indique que na amostra dos 33 cursos estudados as medianas do índice de aderência fosse maior na capital do que no interior, a apreciação da significância estatística não revelou evidência sobre a relação entre a localização do curso e o nível de aderência do curso.

Figura 11
Boxplot do índice I_{10} de aderência às DN do curso de medicina,
segundo localização geográfica



Apesar do curso de medicina funcionar nos dois turnos, avaliaram-se as diferenças do nível de aderência dos cursos registrados no MEC com de tempo integral e aqueles de turnos (manhã e tarde). Não foi observada diferença entre a aderência nos cursos destes dois grupos (Figura 12).

Figura 12
Boxplot do índice I_{10} de aderência às DCN do curso de medicina,
segundo turno.

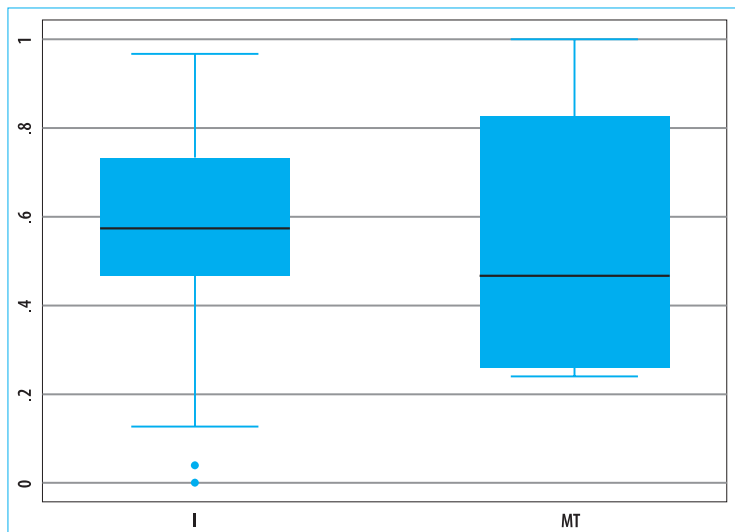
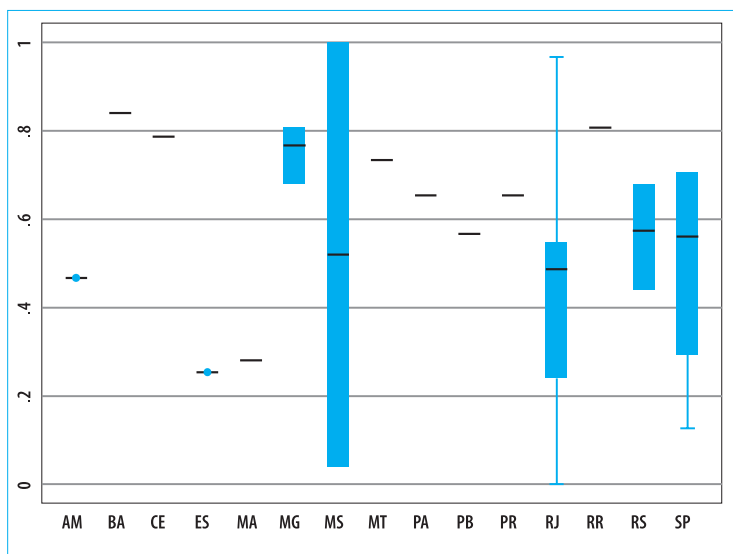


Figura 13
Boxplot do índice I_{10} de aderência às DCN do curso de medicina,
segundo unidade federada.



Não foi possível identificar diferenças estatisticamente significantes entre os cursos das diferentes unidades federadas.

4.2.3. Avaliação qualitativa

Tendo como base as determinações das Diretrizes Curriculares Nacionais, foi realizada uma análise qualitativa em 15 dos 33 cursos utilizados na análise quantitativa.

Para a análise qualitativa foram utilizados os projetos pedagógicos desses cursos de medicina, além de seus relatórios de avaliação para fins de reconhecimento e renovação do reconhecimento, realizados no período compreendido entre janeiro de 2002 a julho de 2006.

A partir dos resultados da análise quantitativa os cursos foram agrupados segundo intervalos inter-quartis. Consideraram-se os cursos com menor grau de aderência aos princípios das DCN (primeiro intervalo inter-quartil) e os com maior grau de aderência aos princípios das DCN (quarto intervalo inter-quartil).

Observou-se que os cursos avaliados preconizam a formação de um profissional com atitudes éticas, responsável, humanista, crítico e com uma postura profissional reflexiva. Todavia, a lógica estruturante dos currículos das escolas do primeiro intervalo inter-quartil é a da organização por disciplinas, centrada no professor, baseada no conhecimento e com avaliação do estudante predominantemente cognitiva. Os laboratórios de ensino estão restritos às ciências básicas. A integração de conteúdos curriculares, quando presente, é pontual e concentrada nas ciências básicas. Percebe-se uma falta de clareza na forma de inserção dos conteúdos da saúde coletiva ao longo do processo de formação.

Os cursos do quarto intervalo inter-quartil apresentam estrutura curricular baseada em conteúdos organizados por módulos ou temas integradores, metodologia ativa de ensino e sistema de avaliação do curso e do aluno coerentes com seus projetos. Detectou-se nesse grupo a inserção do estudante desde o início do curso às atividades relacionadas à prática profissional, sob supervisão docente, abrangendo os três níveis de atenção com ênfase no SUS e a utilização do Programa de Saúde da Família como uma das estratégias para a formação de um médico capaz de responder às necessidades sociais da população brasileira.

Independente do intervalo inter-quartil, observou-se que o internato atende às diretrizes curriculares no que se refere à sua duração (mínimo de 35 % da carga horária total do curso) e à organização nas cinco áreas básicas. No entanto, o mesmo não ocorre em relação ao desenvolvimento do internato nos três níveis de atenção à saúde.

Em relação aos cenários da atenção básica, tais como Unidades de Saúde, creches, escolas e outros serviços de atendimento à comunidade, considerados elementos essenciais para a formação profissional, observou-se que os cursos com menor grau de aderência às DCN não atenderam à essa necessidade.

Destaca-se que a maioria dos cursos presentes no quarto intervalo interquartil foi submetida ao primeiro processo avaliativo para fins de reconhecimento.

De uma maneira geral, percebe-se uma intencionalidade de aderência dos cursos às DCN, em diferentes estágios. Tal foi evidenciado pela existência de núcleos pedagógicos, mecanismos efetivos de capacitação docente, existência de redes de comunicação e articulação com o SUS. Entretanto, não se pode concluir se essa intencionalidade tem como propósito um avanço para uma formação médica contemporânea ou um atendimento ao processo de regulação por exigência legal.

4.2.4. Tendências, perspectivas e desafios

O curso médico continua a atrair jovens de todas as classes sociais e representa o único curso quer nas instituições privadas quer nas públicas, especialmente nestas, onde a demanda é superior a oferta. Isto implica num processo seletivo bastante competitivo que resulta num perfil próprio e diferenciado deste aluno (MARANHÃO *et al.*, 2006).

A distribuição da oferta do curso médico e, sobretudo, a sua qualidade é uma preocupação constante do poder público, da sociedade organizada, médica ou não, e da comunidade em geral, devido a sua grande relevância e responsabilidade social (MARANHÃO, 1999; AMARAL, 2005; BUENO, R. R. L. & PIERUCCINI M. C., 2005). Bem recentemente o Ministério da Educação editou a Portaria nº 1.752/2006, com a finalidade de subsidiar as decisões administrativas nos processos de autorização de cursos de graduação em medicina atualmente em trâmite perante o MEC, inclusive propondo diretrizes para autorização de novos cursos de graduação em medicina.

A avaliação periódica presente na cultura e prática educacional brasileira fortalece e garante esta preocupação da busca permanente pela qualidade (MARANHÃO, 1999).

As Diretrizes Curriculares Nacionais representam um avanço para a melhoria da qualidade dos cursos médicos dentro de uma visão contemporânea e na relação com o sistema de saúde, e exige mudanças, nas escolas médicas,

na relação com o sistema de saúde, nos cenários de práticas, nos docentes, nos avaliadores e no aperfeiçoamento dos instrumentos de avaliação. Com as diretrizes, o projeto pedagógico a ser construído para a formulação curricular, requer uma ampla discussão com os diversos atores interessados, internos e externos ao curso, liderada pelos docentes e com a efetiva participação estudantil, inclusive os do último ano e os egressos (MARANHÃO É. e MARANHÃO FILHO, 2006).

O papel do Ministério da Educação na avaliação, regulação e supervisão é fundamental para a garantia do processo de formação com qualidade (MARANHÃO, 1999) e do Ministério da Saúde na ordenação desta formação. Portanto, a formação de recursos humanos para as profissões da saúde deve pautar-se no entendimento que saúde é um processo de trabalho coletivo do qual resulta, como produto, a prestação de cuidados de saúde (MARANHÃO É. e MARANHÃO FILHO, 2006).

A articulação dos ministérios da Educação e da Saúde tem sido progressivamente estimulada a exemplo da Portaria nº 2.101/2005. Aliás, até já foram um ministério único. E esta articulação é fundamental para as políticas públicas de incentivo, regulação e supervisão da formação dos profissionais de saúde. A estes se devem associar outras áreas do governo como as Ciências e Tecnologia. Para Gutierrez (1995), uma política implica forçosamente em uma interação estreita entre o Sistema de Ciência e Tecnologia e o SUS, criando-se mecanismos de articulação entre os atores envolvidos, seja pelo lado da execução, seja pelo financiamento.

A avaliação por pares tem sido uma prática instituída, consolidada e de grande credibilidade na pós-graduação brasileira e que está em vias de aprimoramento na graduação (MARANHÃO, 1999). Considerando a amplitude e a diversidade dos cursos de graduação e por ser um processo complexo exige tempo, determinação e capacitação para seu aperfeiçoamento e sua consolidação.

Do mesmo modo, é preciso que os diversos agentes deste processo de avaliação tenham o efetivo domínio dos fundamentos, das bases epistemológicas, dos processos pedagógicos e das possibilidades de inter-relações e interfaces que as diretrizes propõem e oferecem.

No nosso estudo, apesar do pequeno tamanho da amostra e as influências que dela podem decorrer, constatamos que apenas 30% dos cursos avaliados atendem ao critério único da avaliação de cursos.

Os valores dos índices construídos de aderência às DCN do curso de medicina variaram de 0,37 a 0,69. Além do que o índice que apresentou a melhor performance (I_{10}) aponta uma aderência média de 55%, indicando um nível apenas regular de aderência. Estes achados são coerentes com os verificados na análise qualitativa onde observamos ainda, e lamentavelmente, evidências do famigerado currículo mínimo e das práticas tradicionais nos cursos avaliados.

Uma possível explicação deriva do fato de que os cursos necessitam de um período para internalizarem e implementarem as DCN. O acompanhamento das avaliações nos próximos anos será essencial para aferir esta evolução. Portanto, é necessário o aprofundamento do estudo, comparando nossos achados, que representam os primeiros anos de implantação, com uma série maior e após, pelo menos, dois ciclos de avaliações, o que permitirá uma série histórica mais consolidada. Além do aperfeiçoamento do instrumento de avaliação, já que o utilizado (BRASIL, 1989) foi recentemente modificado pela Portaria nº 583/2006 e encontra-se em fase de implantação.

Portanto, é preciso um conjunto de ações, estratégias e incentivos para mudarmos esta realidade e prosseguirmos nas mudanças para implementação das DCNEM:

- 1- Ampliar os incentivos à implementação das DCN, por meio do fortalecimento da integração das áreas de Educação, Saúde, Ciências e Tecnologia, estimulando suas parcerias.
- 2- Fortalecer o Pró-Saúde, estendendo-o progressivamente aos demais cursos da área da Saúde.
- 3- Sensibilização da academia às DCNEM, motivando-as e facilitando que delas se aproprie como práxis.
- 4- Criar estruturas que suportem a formação pedagógica dos docentes e apoiem os discentes para que possam efetivamente mudar sua práxis. Para tal, é fundamental institucionalizar esta atividade e programas regulares de capacitação.
- 5- Capacitar os avaliadores do Inep/MEC para uma melhor percepção e incorporação das mudanças institucionais e da academia. A análise qualitativa permitiu ver a incoerência de achados e conceitos dos instrumentos, quando cotejados os diversos aspectos.
- 6- Garantir que os instrumentos de avaliação tenham a capacidade de inferir.
- 7- Implementar uma análise da capacidade instalada e da necessidade efetiva do SUS.

Os cursos de graduação, etapa inicial da formação acadêmica e profissional do médico contemporâneo tem como terminalidade um médico de formação geral, que deve manter-se em processo de educação permanente. Deve-se priorizar nesta fase da formação a construção de competências, habilidades e atitudes compatíveis com o perfil do egresso previsto nas DCNEM. Isso é, não apenas o cognitivo, mas o desenvolvimento e incorporação de qualidades técnicas, éticas e humanistas. Os egressos devem ser capazes de atuar, com qualidade e resolutividade, no Sistema Único de Saúde, considerando o processo da Reforma Sanitária brasileira.

No aspecto cognitivo, os conteúdos essenciais para o curso de graduação em medicina são instrumentos para a construção das competências que devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade. Integrados à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina.

A utilização de diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitirá ao estudante conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional. Propicia o desenvolvimento de atitudes e comportamentos profissionais promovidos pela interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação. O discente ao lidar com problemas reais, assumirá responsabilidades e crescente grau de autonomia, que se consolidará na graduação com o internato.

Em conclusão, as Diretrizes Curriculares Nacionais representam uma política pública estratégica para que tenhamos efetiva mudança na qualidade e contemporaneidade da formação médica, bem como para uma real integração com o Sistema Único de Saúde. Portanto, deverá estar presente, de forma obrigatória, como uma condição indispensável, nos processos avaliativos de autorização e reconhecimento periódico do curso médico.

Assim, como recomenda Aguerrondo (1992), para o destino das produções acadêmicas esperamos que, de certo modo, nosso trabalho possa impactar no processo de decisão (decision-making) na gestão pública, na implementação de inovação e políticas educacionais e no uso de estratégias pedagógicas que mudem o ensino.

4.2.5. Referências bibliográficas

AGUERRONDO, I. Impacto de la investigación educativa en los procesos de innovación. Educação Brasileira, Brasília, DF, v. 14, n. 28, p. 83-91, jan./jul. 1992.

AMARAL, J. L. do. CINAEM: avaliação e transformação das escolas médicas: uma experiência, nos anos 90, na ordenação de recursos humanos para o SUS. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

AMARAL, A. Revisão do Plano estratégico para a formação nas áreas da saúde. Documento de Trabalho. Grupo de Missão para a Saúde. Matosinhos, Portugal, 2005.

BRAGA, R. O ensino superior brasileiro na década de noventa. Educação Brasileira, Brasília, DF, v. 11, n. 23, p. 23-40, 1989.

BRASIL. Lei nº. 4.024, de 20 de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 dez. 1961. Seção 1, p. 11.429.

_____. Lei nº. 5.540, de 28 de novembro de 1968. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 nov. 1961. Seção 1, p. 10.369.

_____. Lei nº. 8.080, de 20 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18.055.

_____. Lei nº. 9.131, de 24 de novembro de 1995. Altera dispositivos da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 nov. 1995. Seção 1, p. 19.257.

_____. Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção 1, p. 27.833.

_____. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Superior. Comissão de Especialistas do Ensino Médico. Documentos do ensino médico. 3. ed. Brasília, 204. p.1989.

_____. Ministério da Saúde. Pró-Saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde/Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Educação e da Cultura. Conselho Federal de Educação. Parecer CFE nº. 506, de 11 de julho de 1969.. Currículo Mínimo dos Cursos de Graduação de Medicina. Documenta, Brasília, DF, n. 103, p. 95-104, jul. 1969.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº. 776, de 3 de dezembro de 1997. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Documenta, Brasília, DF, n. 435, p. 481-484, dez. 1997.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº. 1.133, de 7 de agosto de 2001.. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Documenta, Brasília, DF, n. 479, p. 456-502, ago. 2001.

_____. Portaria Interministerial nº. 2.118, de 03 de novembro de 2005. Institui parceria entre Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2005. Seção 1, p. 112.

_____. Portaria nº. 563, de 21 de fevereiro de 2006. Ministério da Educação e da Cultura. Aprova o Instrumento de Avaliação de Cursos do SINAES. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 fev. 2006. Seção 1, p. 6.

_____. Portaria n.º. 1752, de 30 de outubro de 2006. Ministério da Educação e da Cultura. Institui na SESu Grupo de Trabalho com a finalidade de subsidiar as decisões administrativas nos processos de autorização de cursos de graduação em medicina atualmente em trâmite perante o Ministério da Educação. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 out. 2006. Seção 2, p. 9.

_____. Ministério da Educação e da Cultura. Conselho Federal de Educação. Resolução n.º. 8, de 8 de outubro de 1969: fixa os mínimos de conteúdo do curso de Medicina: Currículos Mínimos dos Cursos de Graduação. 4. ed. Brasília, 1981.

_____. Ministério da Educação e da Cultura. Conselho Federal de Educação. Resolução n.º. 9, de 24 de maio de 1983. Regulamenta o internato dos cursos de medicina. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 mai. 1983. Seção 1, p. 9.152.

_____. Ministério da Educação e da Cultura. Conselho Federal de Educação. Resolução n.º. 5, de 16 de março de 1984. Altera a redação do artigo 3º da Resolução 9/83. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 mar. 1984. Seção 1, p. 4.024.

_____. Ministério da Educação e da Cultura. Conselho Federal de Educação. Resolução n.º. 1, de 4 de maio de 1989. Altera a Resolução 9, de 24 de maio de 1983, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 maio 1989. Seção 1, p. 7.090.

_____. Resolução n.º. 4, de 7 de novembro de 2001. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 38.

BUENO, R. R. L.; PIERUCCINI, M. C. Abertura de escolas de medicina no Brasil: relatório de um cenário sombrio. 2. ed. Brasília: Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina, 2005.

CAVALCANTI, P. B. Reflexões acerca do tratamento dado aos recursos humanos em saúde no Brasil. Revista do IESP, João Pessoa, ano 2, n. 1, p. 51-64, abr. 2001.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção 1, p. 1.

CURY, G. C. et al. Avaliação institucional da extensão universitária - Avaliação do processo didático-pedagógico do Internato Rural - IR: construção de um modelo para avaliação de experiências de integração universidade - serviço de saúde In: [RE]CONHECER diferenças, construir resultados. Brasília : UNESCO, 2004. v. 1, p. 19-28.

CURY, G. C.; MELO, E. M. Ensino baseado em pessoas: a experiência da mudança curricular de 1974 realizada pela Faculdade de Medicina da UFMG. Cadernos da ABEM, [S.l.], v.2, p. 46 - 48, 2006.

DEMO, P. Crise dos paradigmas da educação superior. Educação Brasileira, Brasília, DF, v. 16, n. 32, p. 15-48, 1994.

EDLER, F.; FONSECA, M. R. F. A crise da educação médica na segunda metade do século XX. Cadernos da Abem. Associação Brasileira de Educação Médica, Volume 2, p. 21-22, 2006.

FEUERWERKER, L. C. M. O movimento mundial de educação médica: as conferências de Edinburg. [S.l.]: Associação Brasileira de Educação Médica, 2006. (Cadernos da ABEM, v. 2). p. 30-38.

GARCÍA, J. C. La educación médica em la América Latina. Washington: Organización Panamericana de la Salud: Organización Mundial de la Salud, 1972.

GUTIERREZ, M. S. Ciência e tecnologia em saúde. Brasília Médica, Brasília, DF, v. 32, n. 4, p. 14-16, 1995.

MARANHÃO, É. A. Formação de recursos humanos para a saúde. Revista Symposium, Recife, v. 23, n. 2, p. 71-79, 1981. Separata.

MARANHÃO, É. A. Qualidade: a grande tendência da educação superior brasileira. In: CONFERÊNCIA MUNDIAL DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, 1988, Paris, França. Tendências da Educação Superior para o Século XXI/ UNESCO/ Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras. Brasília, 1999. p. 89-91.

MARANHÃO, É. A.; SILVA, F. M. Formação médica: Novas Diretrizes Curriculares e um Novo Modelo Pedagógico. In: ARRUDA, B. K. G. (Org.). A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife: IMIP, 2001. cap. 8. p. 153-168

MARANHÃO, É. A. Análises das correlações entre a titulação e a produção acadêmica científica de professores de medicina em duas universidades brasileiras: uma reflexão para uma proposta de formação docente para o ensino médico. 2002. Tese (Doutorado em Medicina) Pneumologia - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2002.

MARANHÃO, É. A. et al. A trajetória dos cursos de graduação em medicina. In: HADDAD, A. E. (Org.). A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004. Brasília: INEP, 2006. cap. 7. p. 277-309.

MARANHÃO, É. A.; MARANHÃO FILHO, É. A.; SILVA, F. M. A implantação das diretrizes curriculares no curso médico: desafios e impasses. VII Congresso Nacional da Rede Unida - Curitiba, PR, julho de 2006.

MARANHÃO, É. A.; MARANHÃO FILHO, É. A. A medicina de família e comunidade e as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em medicina: caminhos e potencialidades. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 44., 2006, Gramado. II Mostra de Medicina de Família e Comunidade na Graduação. Gramado, 2006.

MARINS, J. J. N. Coletânea de artigos da Série Educação Médica no Brasil. Publicados nos Boletins Informativos da ABEM, 2002-2004, e Artigos Originais, 2005-2006. Cadernos da ABEM, v. 2, junho 2006.

SIQUEIRA, B. P. Ética e ciência: cooperação internacional em educação médica, desafios e possibilidades. In: XXXI CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 1993, São Luís. [Anais]. São Luís: [s.n.], 1993. p. 137-138.

SOUZA, V. C. T. Aspectos atuais do ensino médico no Brasil. Revista Brasileira de Colo-Proctologia, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 121-122, 1987.

ZAGO, M. A. et al. Ciência no Brasil: medicina. São Paulo, 2001. Texto preparado para Academia Brasileira de Ciências.

4.3. A aderência dos cursos de graduação em odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais

Ana Estela Haddad¹

Dalva Cruz Laganá²

Elaine Quedas de Assis³

Maria Celeste Morita⁴

Orlando Ayrton de Toledo⁵

Sigmar de Mello Rode⁶

Simone Helena Ferreira⁷

Sylvia Lavinia Martini Ferreira⁸

4.3.1. Introdução

Os cursos de odontologia têm seu início histórico no Brasil no final do século XIX, com a instalação do primeiro curso, em 1884, na cidade do Rio de Janeiro.

O ensino de odontologia brasileiro foi fortemente influenciado pelo modelo americano, inspirador das primeiras escolas. Desenvolveu-se a partir de uma concepção voltada para o aperfeiçoamento da técnica, do ensino artesanal, onde os profissionais formados pela prática acolhiam novos pretendentes ao ofício, transmitindo assim a tradição da arte dentária. Em um

¹ Professora Doutora do Departamento de Ortodontia e Odontopediatria da Universidade de São Paulo (USP). Assessora do Ministro da Educação (2003-2005). Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

² Professora Titular do Departamento de Prótese da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Diretora do Curso de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo.

³ Mestre em Odontopediatria, docente da Universidade Cidade de São Paulo - UNICID e Universidade Guarulhos - UnG.

⁴ Doutora em Saúde Pública / Epidemiologia, docente da Universidade Estadual de Londrina / UNOPAR.

⁵ Doutor em Odontologia Pediátrica, docente da Universidade de Brasília.

⁶ Doutor e Livre-docente em Dentística pela FOU SP. Professor Adjunto da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos (UNESP). Professor Titular de Materiais Dentários do Departamento de Odontologia da UNITAU. Coordenador do Curso de Odontologia da Universidade Ibirapuera.

⁷ Mestre em Saúde Coletiva pela ULBRA - Universidade Luterana do Brasil. Docente da Faculdade de Odontologia da ULBRA.

⁸ Doutora em Odontopediatria, docente da Universidade de Santo Amaro (UNISA), Assessora da Diretoria da Faculdade de Odontologia da UNISA.

conflito entre o prevenir ou curar, a odontologia se desenvolve como um apêndice da medicina, crescendo sob a égide de uma profissão que pretende se consolidar como resposta à necessidade de tratar doenças existentes.

Do ponto de vista legal, "desde a regulamentação profissional pela Lei nº 1.314, de 17/01/1951, estabelecia-se que o exercício da profissão só seria permitido aos que se achassem habilitados por título obtido em escola de odontologia oficial ou legalmente reconhecido. Já se exigia o registro do diploma na Diretoria do Ensino Superior e a anotação no Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, na repartição estadual competente. Isto foi ratificado pela regulamentação em vigor, a Lei nº 5.081, de 24/08/1966" (CARVALHO, 2006). Somente a partir do momento em que a profissão de cirurgião dentista passa a ser reconhecida oficialmente torna-se alvo de grande expansão.

Inicialmente, os cursos públicos foram responsáveis pelo crescimento da formação em odontologia. A expansão dos cursos de odontologia privados foi efetivada no período no qual se defendeu um amplo processo de interiorização de faculdades, notadamente nas áreas de humanidades e, especificamente, das licenciaturas. Esta interiorização se deve à política educacional vinculada à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, promulgada em fins de 1961. Além da liberalização do processo de instalação de faculdades, a nova legislação previu um amparo legal e financeiro à iniciativa privada no campo do ensino. Daí a maior expansão de faculdades ter se verificado na rede particular (FERNANDES NETO *et al.*, 2006).

Considerando a necessidade de padronizar o ensino de odontologia no País, o Conselho Federal de Educação estabeleceu com a Resolução nº 4, de 3/9/1982, o conteúdo mínimo dos cursos de odontologia, visando à formação de um profissional generalista e determinou mínimos de carga horária de 3.600 horas e de oito semestres de duração do curso. Na oportunidade, foram introduzidas matérias das áreas de psicologia, antropologia, sociologia e metodologia científica. No entanto, a introdução destas matérias gerou questionamentos, sendo muitas vezes consideradas "perfumarias" ante as necessidades da formação técnica do profissional. A incorporação de ciências comportamentais e sociais no currículo, considerada uma evolução na educação odontológica, parece não ter sido amplamente entendida na oportunidade (CARVALHO, 2001).

Para entender a necessidade de inclusão das ciências sociais e comportamentais na formação em odontologia seria necessário deslocar o entendimento de que as doenças não possuem causas apenas biológicas, que

correspondia ao pensamento predominante à época. Os conceitos que significaram grandes evoluções na compreensão do processo saúde-doença, entendendo a saúde como um bem socialmente determinado, tardaram a atingir o ensino da odontologia (HADDAD; MORITA, 2006).

Entretanto, algum avanço pode ser observado no que diz respeito à integração dos conteúdos, pois as clínicas integradas, que nos anos 70 suscitaram intensas discussões, foram finalmente introduzidas no currículo com a regulamentação de 1982.

O currículo mínimo foi então a base para o ensino de odontologia tendo vigorado por cerca de vinte anos e exerceu influência sobre o que se observa ainda hoje em muitos dos cursos de odontologia, como essencial para a formação superior da profissão. Somente a partir da aprovação da LDB em 1996 e posteriormente da aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais, em 2002, novos parâmetros foram apresentados.

A Lei nº 9.394, de 29/12/1996, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, em síntese, introduz:

- o processo nacional de avaliação;
- a elaboração de proposta pedagógica;
- a ampliação de dias letivos;
- a limitação do prazo de validade para reconhecimento do curso;
- o mecanismo de renovação de reconhecimento de curso;
- obrigatoriedade dos cursos informarem seus programas, qualificação docente, recursos disponíveis e critérios de avaliação;
- estímulo à qualificação docente; extinção do currículo mínimo e a proposta de diretrizes curriculares.

Em fevereiro de 2002, foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em odontologia (BRASIL, 2002) e estas passam a fundamentar o planejamento dos cursos de graduação em odontologia.

As DCN são orientações para elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior. Na área da Saúde, entretanto, estas precisam ser entendidas dentro de um contexto maior, o da Reforma Sanitária brasileira (MORITA; KRIGER, 2004). A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988 e a atribuição de ordenamento da formação de recursos humanos na saúde a ele atribuído, darão direcionalidade ao desenvolvimento da educação superior na área.

As DCN estabelecidas para os cursos da saúde surgem como resultado das novas conjunturas previstas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação e Reforma Sanitária brasileira, trazendo à evidência dois aspectos fundamentais: a flexibilização na organização dos currículos pelas Instituições de Educação Superior (IES) e a existência de uma base comum para os cursos da saúde. Além disso, as DCN sinalizaram para a necessidade de maior interação entre ensino, serviço e comunidade (MORITA; KRIGER, 2005).

Ao contrário do currículo mínimo, adotado até então, que inibia a inovação e a criatividade das instituições formadoras, com excessivo detalhamento de conteúdos obrigatórios, engessando o currículo de estudos, as DCN ensejam a flexibilidade curricular e a liberdade das instituições elaborarem seus Projetos Político-Pedagógicos. Esse projeto deverá ser adequado para cada realidade local e regional, adequando-o às demandas sociais e aos avanços científicos e tecnológicos. Esta autonomia tem permitido avanços significativos em várias instituições brasileiras, com a implantação de projetos pedagógicos modernos, com grande ênfase na promoção de saúde e na qualidade de vida das pessoas (KRIGER, 2005).

Entretanto, as mudanças necessárias para implementar as DCN ainda não constituem a realidade da maioria dos cursos de odontologia do País, pois a formação em odontologia sempre esteve pautada principalmente no exercício privado da profissão.

Do ponto de vista da responsabilidade social, o aumento progressivo do número de dentistas em programas de atenção públicos é um avanço na ampliação de acesso à saúde. O dentista, antes de tudo, tem um papel fundamental na equipe para melhoria das condições de saúde da população brasileira (HADDAD; MORITA, 2006).

A inserção da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família e a prioridade dada pelo governo federal à saúde bucal fazem com que os serviços públicos passem a constituir um significativo mercado de trabalho para os profissionais da odontologia. Entretanto, estes fatos não têm sido suficientes para produzirem impacto sobre o ensino de graduação (MORITA; KRIGER, 2005).

As mudanças no perfil epidemiológico das doenças bucais, as novas práticas baseadas em evidências científicas e, principalmente, a promoção da saúde no seu conceito ampliado, exigem a formação de um profissional generalista, tecnicamente competente e com sensibilidade social. As DCN valorizam, além da excelente técnica, a relevância social das ações de saúde e do próprio ensino. Sem dúvida, isto implica a formação de profissionais capazes

de prestar atenção integral mais humanizada, trabalhar em equipe e compreender melhor a realidade em que vive a população (MORITA; KRIGER, 2004).

As habilidades e competências propostas nas DCN permitem uma reflexão sobre a formação voltada para a prática clínica tradicional, enfatizando a visão holística da atenção em saúde, com a produção social da saúde e a ênfase na qualidade de vida dos cidadãos.

Conceitos como interdisciplinaridade, transdisciplinaridade, integrações curriculares devem permear o Projeto Pedagógico do Curso e serem incorporados pelos dirigentes da instituição, coordenadores de curso, docentes e discentes. A integralidade da atenção deve ser um objetivo constantemente perseguido em todos os níveis da atuação clínica, tanto individual como coletiva.

Ao definir o perfil profissional desejado para os egressos dos cursos de odontologia, as DCN parecem contemplar uma nova prática profissional, que pode ser realizada para além dos limites do consultório. A formação de um profissional generalista procura romper com a dicotomia preventivo-curativo e público privado, com a valorização precoce da microespecialização e com a falta de integração com outras áreas da Saúde que tem caracterizado o exercício da profissão (MORITA; KRIGER, 2005).

Embora aprovadas desde 2002, as DCN ainda não estão adequadamente compreendidas por grande número de dirigentes, coordenadores, professores e alunos dos cursos de odontologia do Brasil. Diante disso, sua implantação e utilização vêm sendo constantemente retardadas, prejudicando as tentativas de revisão das estruturas curriculares das instituições de ensino e o próprio desenvolvimento dos cursos para a formação de um profissional compatível com a realidade das demandas sociais do País (MORITA; KRIGER, 2005).

A análise do compromisso do ensino da odontologia com o sistema de saúde do País e sua consolidação, evidencia a necessidade de uma reflexão sobre o papel pedagógico da avaliação como forma de avançar na direção apontada pelas DCN.

Não se pode esperar uma transformação espontânea das instituições acadêmicas na direção assinalada pelas DCN. Assim, é extremamente oportuno um papel indutor do sistema de avaliação, em suas várias instâncias, para estimular as mudanças na formação profissional em saúde de acordo com interesses e necessidades da população. A implementação de um sistema de avaliação sensível a esses aspectos vai possibilitar que se dê direcionalidade ao processo de mudança das escolas, facilitando que a formação profissional se

aproxime do necessário para uma assistência à saúde mais efetiva, equânime e de qualidade.

Contudo, é necessário reconhecer que as mudanças que se quer promover nos cursos de graduação na área da Saúde dependem de uma série de ações articuladas, entre estas, o processo de avaliação tem um papel decisivo como indutor de mudanças. Desta forma, em ação conjunta com os ministérios da Saúde e Educação, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) e o Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep/MEC), foram realizadas três oficinas de trabalho em 2005, com a participação de avaliadores das 14 profissões da saúde, com o objetivo de fazer com que a avaliação da educação superior na área da Saúde, baseada no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes - Lei nº 10.861 de 14 de abril de 2004), considerasse, também, as Diretrizes Curriculares Nacionais e os princípios do Sistema Único de Saúde (HADDAD; MORITA, 2006).

A apresentação da política de ações conjuntas dos ministérios da Saúde e Educação por intermédio da Portaria Interministerial nº 2.118/2005 acenando para a diminuição do distanciamento entre a formação dos profissionais de saúde e as necessidades do SUS, levou os autores a definir uma estratégia de trabalho, que visa principalmente à integração da odontologia às demais áreas da Saúde, pensando na integralidade da atenção à saúde individual e coletiva. A sistematização dos resultados do processo de avaliação nos anos de 2002 a 2005, por meio de uma análise quanti-qualitativa, pretende colaborar para a implementação das DCN, pois estas indicam a necessidade de mudanças importantes nos projetos pedagógicos, nos ambientes de prática, nas relações com os serviços de saúde e com as comunidades e a sociedade.

O texto ora apresentado procurou identificar nos relatórios de avaliação dos cursos de graduação em odontologia, para fins de reconhecimento, renovação de reconhecimento depositado no sistema do Inep, a aderência dos projetos pedagógicos desses cursos às DCN, expressas nas resoluções do CNE.

O presente capítulo pretende contribuir com o processo formativo, estimulando que os programas de graduação em odontologia possam deslocar o eixo da formação centrada na assistência individual, restrita a clínica privada, para um processo de formação mais contextualizado, que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população. Coerente com as DCN, os cursos devem capacitar os profissionais para enfrentar os problemas do processo saúde/doença da população. Isto implica estimular uma atuação

interdisciplinar, multiprofissional, que respeite os princípios do SUS e que atue com responsabilidade integral sobre a população brasileira.

Como se pode concluir das questões anteriormente abordadas, o momento atual é particularmente oportuno para uma reflexão que se propõe a incentivar as instituições acadêmicas de odontologia que se disponham a adequar a formação profissional que oferecem às DCN, configurando-se como uma ação destinada a subsidiar o redirecionamento da formação dos profissionais de saúde.

4.3.2. Análise quantitativa

Para que se pudesse realizar a avaliação do grau de adesão dos cursos de graduação de odontologia face às Diretrizes Curriculares Nacionais, foram selecionados do instrumento de avaliação do Inep/MEC, utilizado até 2005, 47 aspectos que melhor se relacionavam às DCN, segundo o grupo de relatores convidados para este trabalho. Dentre esse total, o grupo de trabalho selecionou 11 aspectos que mais fortemente estariam associados às DCN, bem como promoveu a criação e avaliação de índices de aderência mais fortemente associados ao aspecto único de coerência com as DCN da odontologia.

Tanto os 47 como os 11 aspectos foram selecionados de maneira subjetiva, calcados na sensibilidade dos relatores, após várias discussões, buscando atingir o padrão ouro, qual seja: "coerência do currículo em face das Diretrizes Curriculares Nacionais".

É importante ressaltar que os aspectos do instrumento de avaliação do curso de odontologia são medidos pelos seguintes escores: 1 - "muito fraco", 2 - "fraco", 3 - "regular", 4 - "bom" e 5 - "muito bom".

A criação dos índices considerou dois tipos de análise dos aspectos do instrumento de avaliação. Uma abordagem que considerou todas as categorias que poderiam ser assumidas pelo aspecto, isto é, de 1 a 5, de "muito fraco" a "muito bom". Outra opção considerada foi em relação ao completo atendimento ao aspecto, isto é, atribuindo o escore 1 (um) a classificação de "muito bom" e 0 (zero) para as demais, ou seja de "muito fraco" a "bom".

Os 47 aspectos selecionados que melhor se relacionam às DCN estão listados a seguir, conforme as três dimensões do instrumento de avaliação do Inep/MEC.

Dimensão 1 - Organização didático-pedagógica

- Coordenação do curso
- Atuação do coordenador do curso
- Titulação do coordenador do curso
- Regime de trabalho do coordenador do curso
- Experiência profissional acadêmica do coordenador do curso
- Experiência profissional não acadêmica do coordenador do curso
- Efetiva dedicação do coordenador à administração e à condução do curso
- Concepção do curso
- Objetivos do curso
- Perfil do egresso
- Currículo
- Coerência do currículo com os objetivos do curso
- Coerência do currículo com o perfil desejado do egresso
- Coerência do currículo em face das Diretrizes Curriculares Nacionais
- Inter-relação das disciplinas na concepção e execução do currículo
- Sistema de avaliação
- Coerência do sistema de avaliação do processo ensino aprendizagem com a concepção do curso
- Existência de um sistema de auto-avaliação do curso
- Atividades acadêmicas articuladas ao ensino de graduação
- Participação dos alunos em programas/projetos/atividades de iniciação científica ou em práticas de investigação
- Participação dos alunos em atividades de extensão
- Participação dos alunos em atividades fora da IES
- Estágio supervisionado
- Relatório de atividades realizadas durante o estágio supervisionado
- Relação aluno/supervisor na orientação de estágio

Dimensão 2 - Corpo docente

- Condições de trabalho
- Regime de trabalho
- Plano de carreira
- Ações de capacitação
- Existência de um sistema permanente de avaliação dos docentes
- Número médio de alunos por docente em disciplinas do curso
- Relação aluno/docente
- Atividades relacionadas com o ensino de graduação
- Docentes com orientação didática de alunos
- Docentes com orientação de estágio supervisionado
- Atuação nas atividades acadêmicas
- Docentes com atuação em atividades de extensão

Dimensão 3 - Instalações

- Biblioteca/ Acervo
- Livros
- Periódicos
- Informatização
- Base de dados
- Multimídia

continua...

continuação

- Clínica de ensino
- Espaço físico
- Equipamentos
- Serviços

Os 11 aspectos do instrumento de avaliação do Inep/MEC mais fortemente relacionados às DCN de odontologia, estão listados a seguir:

- Efetiva dedicação do coordenador à administração e à condução do curso
- Perfil do egresso
- Coerência do currículo com o perfil desejado do egresso
- Inter-relação das disciplinas na concepção e execução do currículo
- Coerência do sistema de avaliação do processo ensino-aprendizagem com a concepção do curso
- Participação dos alunos em programas/projetos/atividades de iniciação científica ou em práticas de investigação
- Participação dos alunos em atividades de extensão
- Participação dos alunos em atividades fora da IES
- Relação aluno/supervisor na orientação de estágio
- Regime de trabalho
- Clínica de ensino

A construção dos índices considerou a diferença entre a soma dos escores de cada curso e a soma dos escores mínimos possíveis. Também foi considerada a variação entre a soma dos escores máximos possíveis e a soma dos escores mínimos possíveis. O índice consistiu na razão entre estas duas diferenças. Na prática buscou-se medir quanto da variação possível da soma de escores foi alcançada por cada curso (vide capítulo de metodologia).

- Índice de aderência da soma de escores dos 47 aspectos das diretrizes nacionais do curso de odontologia (I_{47}).
- Índice de aderência da soma de escores da condição de completo atendimento aos 47 aspectos das diretrizes nacionais do curso de odontologia (I_{c47}).
- Índice de aderência da soma de escores dos 11 aspectos das diretrizes nacionais do curso de odontologia (I_{11}).
- Índice de aderência da soma de escores da condição de completo atendimento aos 11 aspectos das diretrizes nacionais do curso de odontologia (I_{c11}).

Os valores destes índices foram comparados com a avaliação feita no instrumento de avaliação do curso para sobre a "coerência do currículo em face das Diretrizes Curriculares Nacionais" pela observação de um único aspecto.

Após análise dos aspectos constantes do instrumento de avaliação, e aplicado testes de associação, pode-se chegar aos 10 aspectos que mais fortemente se associaram ao aspecto único de coerência do currículo em face das DCN da odontologia.

Os dez aspectos estão listados a seguir:

- Concepção do curso
- Objetivos do curso
- Perfil do egresso
- Currículo
- Coerência do currículo com os objetivos do curso
- Coerência do currículo com o perfil desejado do egresso
- Inter-relação das disciplinas na concepção e execução do currículo
- Sistema de avaliação
- Existência de um sistema de auto-avaliação do curso
- Existência de um sistema permanente de avaliação dos docentes

Para estes aspectos também se utilizaram os índices de aderência.

- Índice de aderência da soma de escores dos dez aspectos das diretrizes nacionais do curso de odontologia (I_{10}).
- Índice de aderência da soma de escores da condição de completo atendimento aos dez aspectos das diretrizes nacionais do curso de odontologia (I_{c10}).

As análises foram realizadas a partir de 2003, pois as DCN para o curso de odontologia foram implantadas somente a partir de 2002. Entretanto foram testados 52 cursos, cujo processo de avaliação do Inep/MEC ocorreu em 2002, e que tiveram índices de aderência menores do que os 45 avaliados após 2002. Os cursos avaliados após 2002 tiveram maiores índices de aderência e este resultado é estatisticamente significativo, comprovando a preocupação e o esforço das IES no atendimento e aderência as DCN.

4.3.2.a. Resultados

As maiores médias foram alcançadas nos índices I_{10} e I_{11} , e nos índices I_{c47} e I_{c11} ocorreram as menores médias.

Tabela 1
Distribuição dos valores dos índices de aderência às DCN do curso de odontologia

Índice	Número de cursos avaliados	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
I_{60}	110	0,73	0,12	0,43	0,94
I_{c60}	110	0,53	0,18	0,17	0,87
I_{11}	110	0,76	0,16	0,27	1,00
I_{c11}	110	0,59	0,25	0,09	1,00
I_{10}	110	0,72	0,22	0,10	1,00
I_{c10}	110	0,48	0,36	0,00	1,00

As maiores variâncias foram observadas nos índices I_{c10} , I_{c11} e I_{10} , o que evidencia que o índice tem uma tendência a apontar os melhores cursos, com presença de diferenciais. As dispersões são medidas mais fortemente pelo desvio padrão e a maior dispersão ocorreu nos valores dos índices I_{c10} e I_{10} , pode ser devido tanto pelas medidas dicotômicas que os compõe, como também pela maior capacidade de discriminar a aderência às DCN do curso.

Tabela 2
Distribuição das médias dos valores dos índices de aderência às DCN do curso de odontologia, segundo avaliação do aspecto (critério) único da avaliação

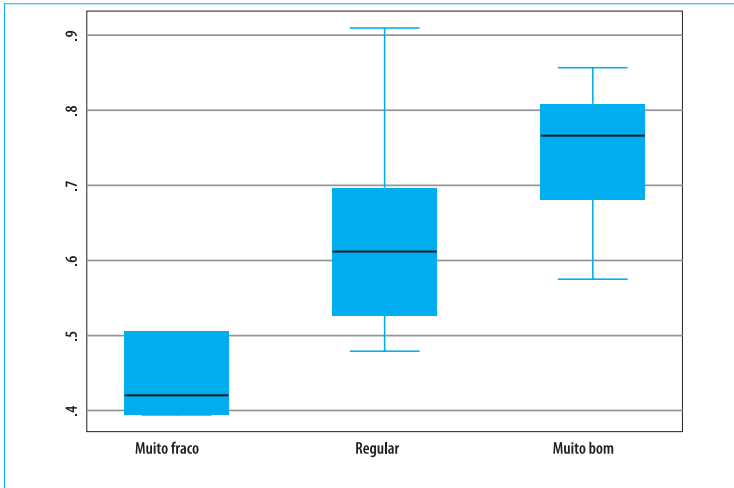
Índice	Muito fraco	Regular	Muito bom	Total
I_{60}	0,62	0,71	0,80	0,73
I_{c60}	0,39	0,48	0,65	0,53
I_{11}	0,60	0,74	0,85	0,76
I_{c11}	0,39	0,53	0,76	0,59
I_{10}	0,41	0,67	0,92	0,72
I_{c10}	0,14	0,35	0,83	0,48

As diferenças das médias dos grupos de cursos classificados pelo critério único da avaliação foram estatisticamente diferentes e significantes, não sendo atribuídos ao acaso. Essas médias, também relacionadas ao aspecto único, têm a capacidade de revelar que, de fato, as médias mostram-se diferentes, aumentando do grupo "muito fraco" para o "regular" e atingindo valores maiores no "muito bom".

As médias do grupo que atende às DCN ("muito bom") foi 21%, 64%, 25%, 76%, 60%, e 242% maior do que no grupo "regular" para os índices I_{47} , I_{c47} , I_{11} , I_{c11} , I_{10} e I_{c10} , respectivamente.

O índice I_{c10} distingue de forma bastante evidente os grupos de cursos classificados pelo critério único da avaliação. O I_{10} mostra que nos cursos avaliados 77% das DCN foram atendidas pelas IES.

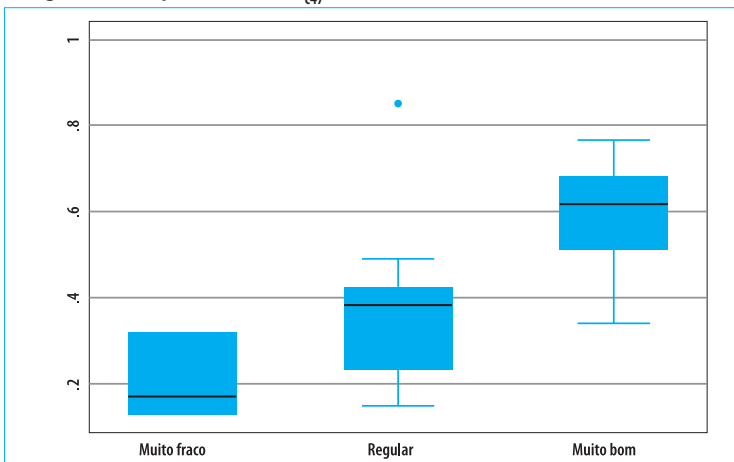
Figura 1 - Boxplot do índice I_{47} de aderência às DCN do curso de odontologia.



Na interpretação do Boxplot o tamanho das caixas indicam a dispersão.

As distribuições dos valores do índice I_{47} são mais dispersas e possuem uma distribuição mais simétrica no grupo classificado como "regular". Pode-se observar que as medianas aumentam do grupo "muito fraco" para o "muito bom", mostrando uma evolução na aderência às DCN. No grupo "muito fraco" 50% dos cursos avaliados estão muito próximos do menor valor.

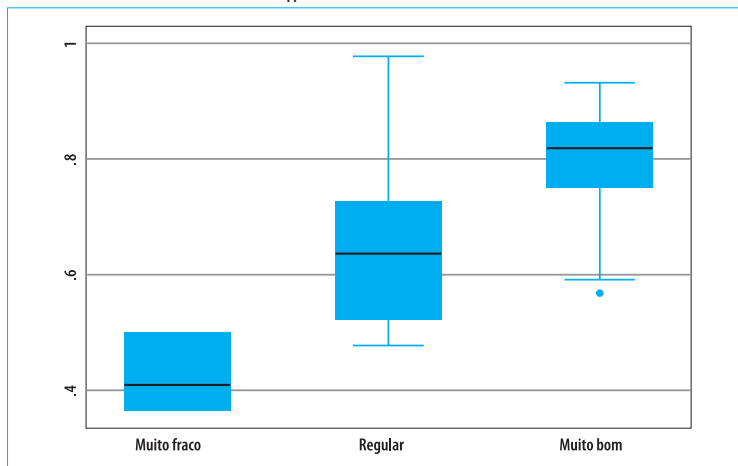
Figura 2 - Boxplot do índice I_{c47} de aderência às DCN do curso de odontologia



Observa-se, também, importante assimetria nas distribuições dos valores deste índice nos grupos classificados como "regular" e "muito fraco", e uma menor assimetria no grupo "muito bom". No grupo "muito fraco" 50% dos cursos avaliados estão muito próximos do menor valor.

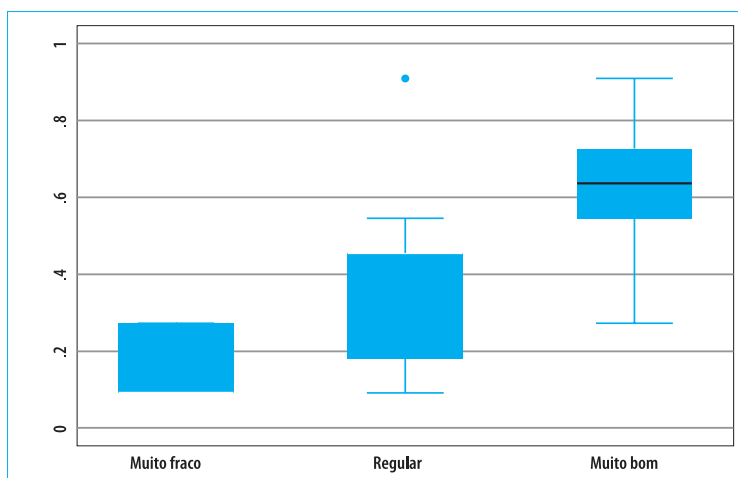
Os grupos de cursos classificados pelo critério único da avaliação apresentam valores do índice I_{c47} estatisticamente diferentes.

Figura 3 - Boxplot do índice I_{11} de aderência às DCN do curso de odontologia



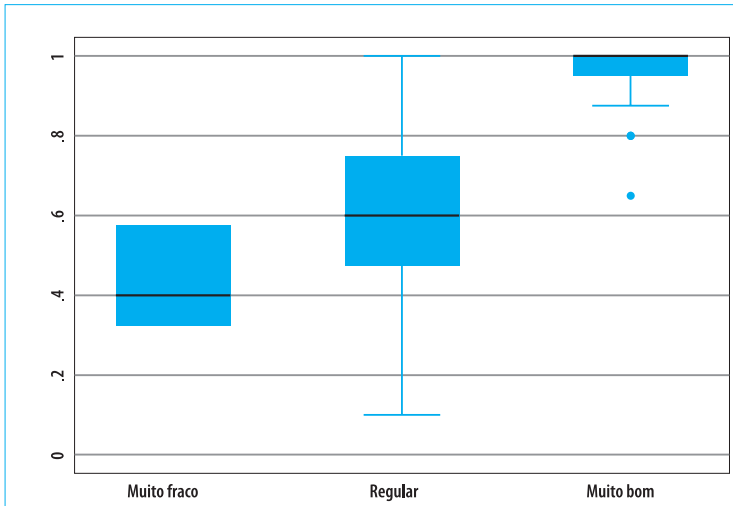
Observa-se maior dispersão no grupo classificado como "regular" e também discreta assimetria nas distribuições dos valores deste índice no grupo "regular", que vai aumentando no grupo "muito bom", e se acentua no grupo "muito fraco".

Figura 4 - Boxplot do índice I_{c11} de aderência às DCN do curso de odontologia



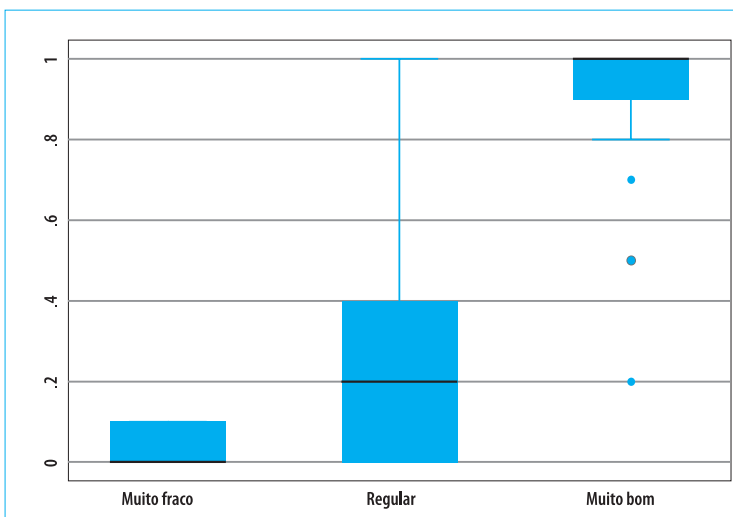
Observa-se simetria na distribuição dos valores deste índice no grupo classificado como "muito bom" e intensa assimetria nos grupos "muito fraco" e "regular". Nos grupos "muito fraco" e "regular" metade da distribuição tem valores iguais, sendo que no grupo "muito fraco" os valores estão em torno de 0,1.

Figura 5 - Boxplot do índice I_{10} de aderência às DCN do curso de odontologia



Observa-se importante assimetria nas distribuições dos valores deste índice no grupo classificado como "regular", se acentuando no "muito fraco". No grupo "muito bom" observa-se a menor dispersão, sendo que metade dos cursos do grupo atingiu valor máximo do índice.

Figura 6 - Boxplot do índice I_{c10} de aderência às DCN do curso de odontologia



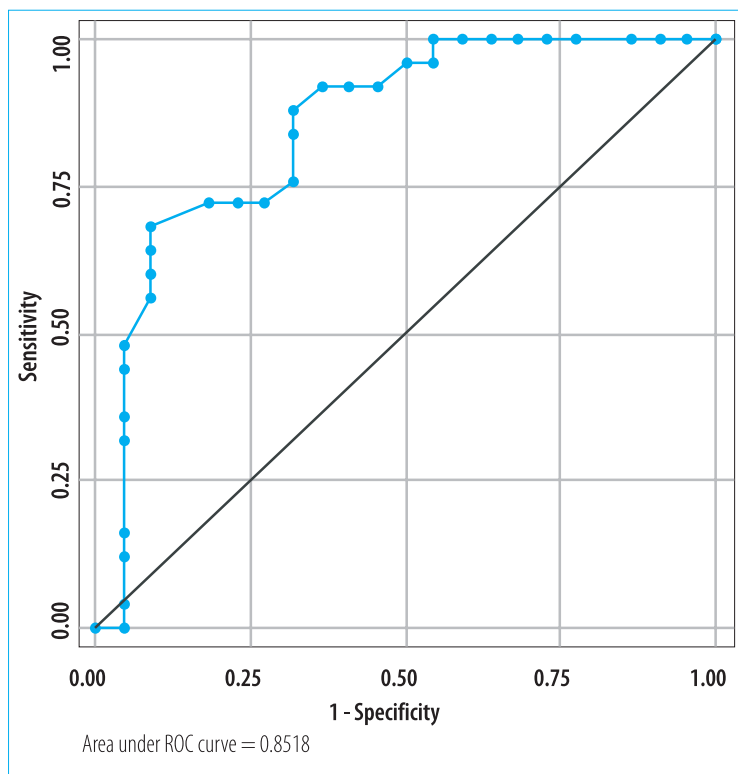
Observa-se simetria e uma maior dispersão na distribuição dos valores deste índice no grupo classificado como "regular". Confirmando a expectativa, observou-se uma dicotomia, onde metade dos cursos do grupo "muito bom" atingiu valor máximo e metade do grupo "muito fraco" atingiu o valor mínimo.

Uma forma de avaliar a performance dos índices construídos é estimando a acurácia destas medidas em relação à classificação pelo critério único da avaliação.

Elevadas sensibilidade e especificidade são desejadas para estes índices, no entanto seus cálculos pressupõem o estabelecimento de pontos de corte. Entretanto, a medida "área abaixo da curva ROC" (área under ROC curve - AUC) permite avaliar a sensibilidade e a especificidade quando são considerados os vários pontos de corte dos valores obtidos pelo índice.

Quanto mais próximo de 1, maior a acurácia, isto é, a capacidade de detectar os cursos que tem maior aderência (sensibilidade/sensitivity) e excluir os cursos que não tem aderência (especificidade/specificity). A comparação dos valores destas áreas permite selecionar o melhor índice.

Figura 7 - Curva ROC do índice I_{47} de aderência às DCN do curso de odontologia



A área AUC indica que o nível de acurácia, 0,8518, é muito bom, estando já próximo de 1.

Figura 8 - Curva ROC do índice I_{c47} de aderência às DCN do curso de odontologia

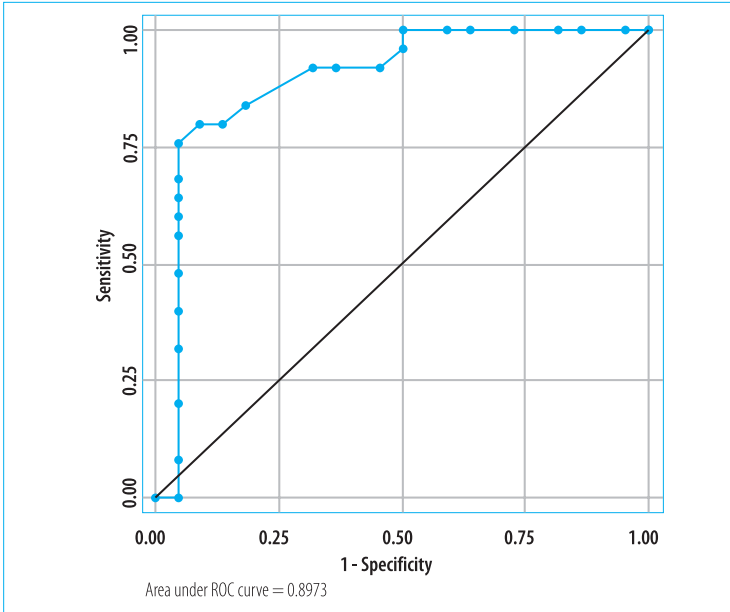


Figura 9 - Curva ROC do índice I_{11} de aderência às DCN do curso de odontologia

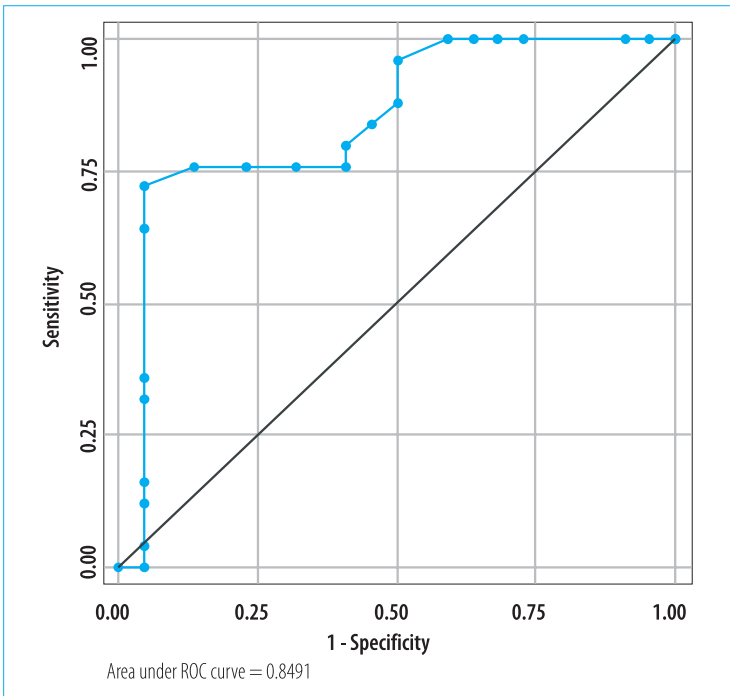


Figura 10 - Curva ROC do índice I_{c11} de aderência às DCN do curso de odontologia

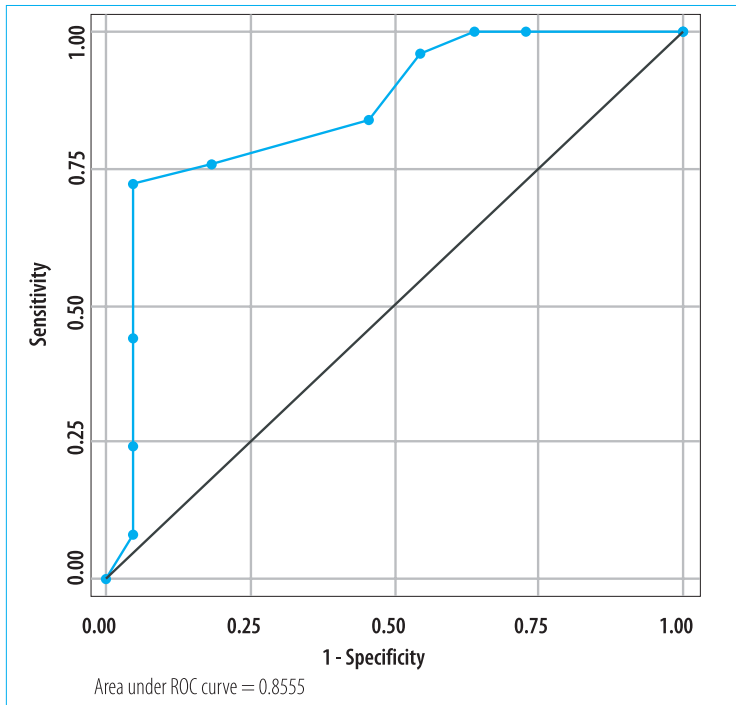


Figura 11 - Curva ROC do índice I_{10} de aderência às DCN do curso de odontologia

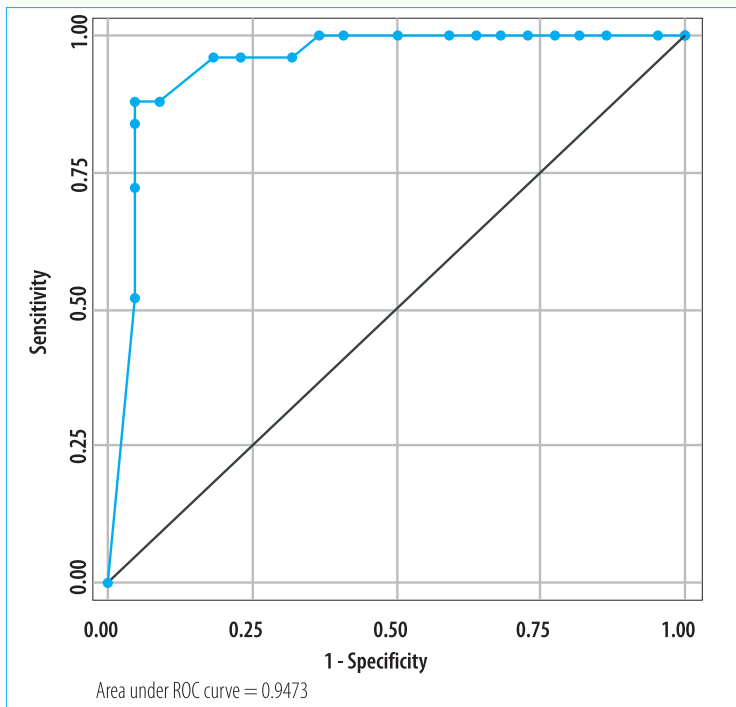
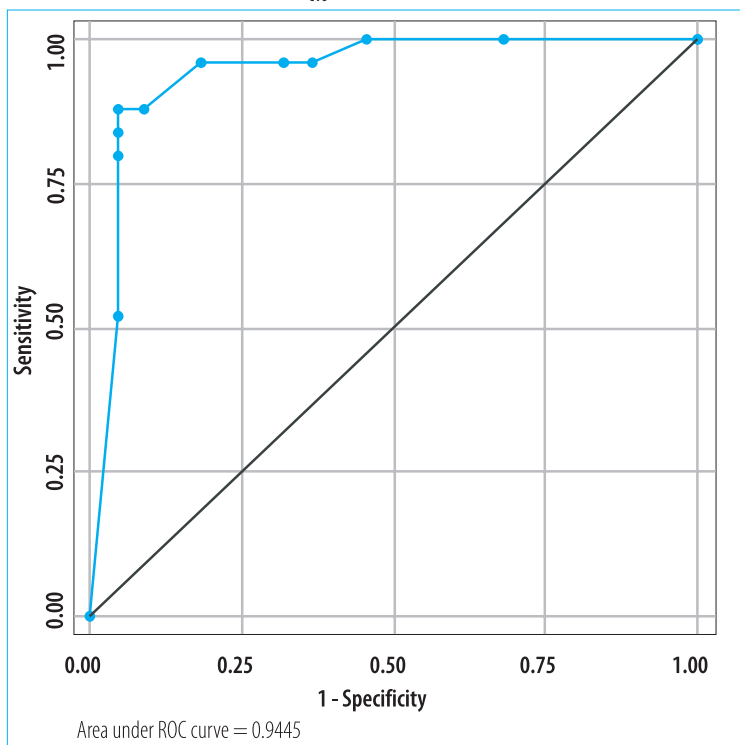


Figura 12 - Curva ROC do índice I_{c10} de aderência às DCN do curso de odontologia



Os índices tiveram valores de "área abaixo da curva ROC" de 0,85; 0,90; 0,85; 0,85; 0,95 e 0,94 respectivamente para os índices I_{47} , I_{c47} , I_{11} , I_{c11} , I_{10} e I_{c10} .

A performance dos índices I_{11} e I_{c11} foram muito semelhantes entre si e com o I_{47} . Os melhores valores da AUC para os índices I_{10} e I_{c10} são coerentes com outras características já observadas e comentadas destas medidas.

A performance do índice I_{10} , mais próxima de 1, pode ser entendida como a maior capacidade em diferenciar os cursos com maior e menor aderência às DCN do curso de odontologia.

A análise que segue buscou apreciar as diferenças do índice I_{10} segundo as seguintes características: organização acadêmica, categoria administrativa, localização do curso (se capital ou interior), turno e unidade federada.

As diferenças nas médias observadas em cada Figura podem ser atribuídas ao acaso, isto porque não apresentaram significância estatística, mesmo que algumas medianas estejam elevadas e/ou apresentem maiores dispersões. Portanto, não existem evidências que as variáveis estudadas influenciem na aderência às DCN.

Figura 13
Boxplot do índice I_{10} de aderência às DCN do curso de odontologia,
segundo organização acadêmica

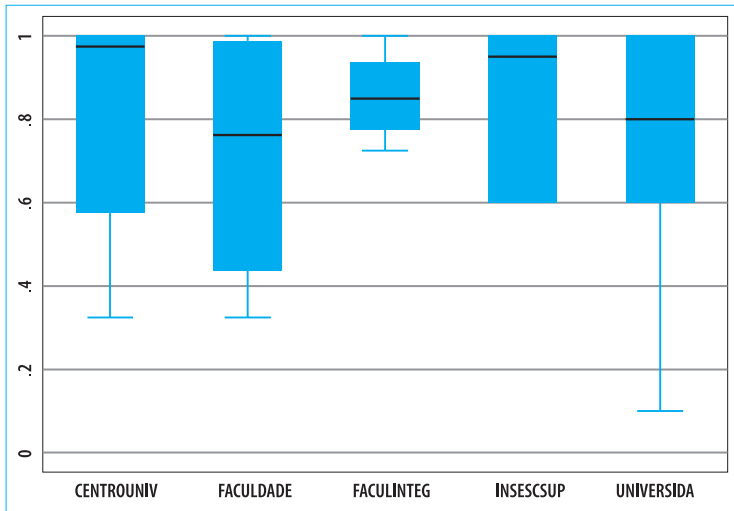


Figura 14
Boxplot do índice I_{10} de aderência às DCN do curso de odontologia,
segundo categoria administrativa

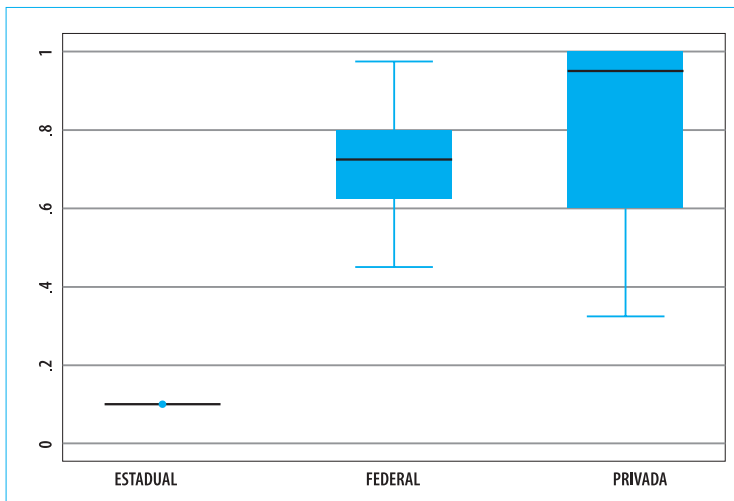


Figura 15
Boxplot do índice I_{10} de aderência às DCN do curso de odontologia, segundo localização geográfica

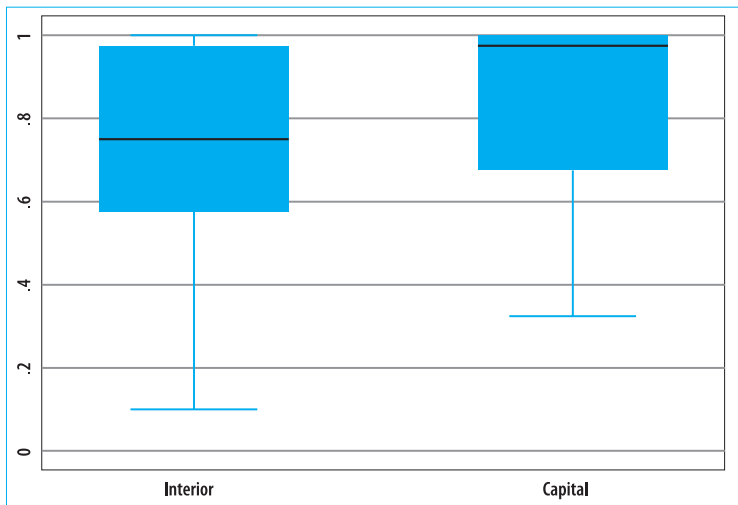


Figura 16
Boxplot do índice I_{10} de aderência às DCN do curso de odontologia, segundo turno

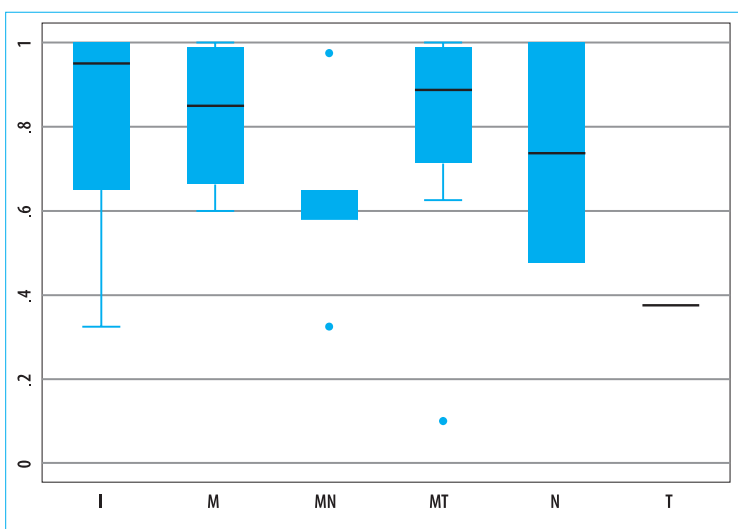
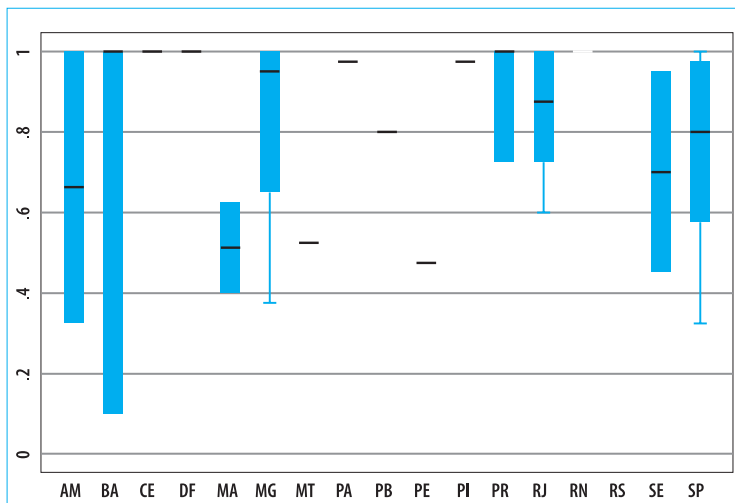


Figura 17
Boxplot do índice I_{10} de aderência às DCN do curso de odontologia,
segundo distribuição nas Unidades da Federação



4.3.2.b. Considerações finais

Dos cursos avaliados somente 50% atendem completamente ao critério único da avaliação de cursos.

Os valores dos índices (I_{47} , I_{c47} , I_{11} , I_{c11} , I_{10} e I_{c10}) de aderência às DCN do curso de odontologia variaram de 0,47 a 0,77.

O índice que apresentou o melhor desempenho (I_{10}) indica uma aderência média de 77%, mostrando uma tendência de aderência às DCN, classificada como regular. Porém isto não implica que estes são os aspectos de maior importância para as DCN, simplesmente são os mais aderentes.

A diferença de aderência entre o I_{10} e o I_{11} é importante, pois o I_{11} reflete a tentativa de mudança nos aspectos caracterizados como de maior importância, estando os valores destes índices muito próximos.

Nenhuma característica estudada está associada ao índice escolhido (I_{10}). Entretanto, o pequeno tamanho da amostra deve ter influência nestes resultados.

4.3.3. A Análise qualitativa dos produtos de avaliações do MEC sobre a aderência às DCN dos cursos de odontologia

Inicialmente, com base na aderência observada, os cursos foram agrupados segundo intervalos inter-quartis. Foram analisados oito cursos, do primeiro intervalo inter-quartil (com menor grau de aderência) e do quarto

intervalo inter-quartil, com maior grau de aderência aos princípios das DCN.

Como características agrupadas do grupo de menor aderência pode-se observar:

- Currículo tradicional, constituído de disciplinas isoladas; quase sempre fundamentado no currículo mínimo.
- Ciclos básicos, pré-clínicos e clínicos.
- Ausência de integração com a rede de serviços.
- Projeto Pedagógico do Curso (PPC) redigido de forma a reproduzir parte das DCN, mas sem correspondência com a realidade observada pelo avaliador.

No grupo de maior aderência pode-se observar:

- Iniciativas de integração curricular.
- Existência de temas integradores.
- Sistema de acompanhamento do curso e do professor.
- Diversificação de cenários de ensino.

Na busca de ampliar o olhar sobre os aspectos relacionados ao tema em estudo, a análise qualitativa foi realizada em 20 dos 45 cursos utilizados na análise quantitativa. A análise qualitativa procurou avaliar os aspectos relativos às três dimensões do manual de avaliação do Inep/MEC, selecionando características capazes de expressar a relação entre o PPC e o movimento do curso, na direção da concretização de sua proposta.

Para esta parte do estudo foram utilizados os PPC dos cursos de odontologia e os relatórios de avaliação de reconhecimento e renovação de reconhecimento, realizados no período de janeiro de 2003 a julho de 2006.

Antes de um esforço de apreensão do objeto em análise por intermédio da complementação do evidenciado pelo estudo quantitativo, algumas considerações precisam ser observadas.

Na análise quantitativa observou-se que os cursos avaliados apresentaram 77% de aderência às DCN, através do I_{10} . Para interpretar esse resultado é necessário discutir os limites do observado e ao menos três fatores devem ser levados em consideração:

- a inferência subjetiva do avaliador nas observações feitas durante os processos de avaliação;
- as limitações do instrumento de avaliação;

- o uso de dados secundários e a impossibilidade de padronização em estudos retrospectivos.

Sobre os aspectos subjetivos da avaliação, há que se considerar que muitos elementos podem contribuir para o juízo de valores do avaliador. Embora o processo de utilização de manuais tenha, entre outros objetivos, a função de facilitar a análise e a síntese, a experiência prévia e o capital cultural do avaliador sempre exercerão influência sobre o conceito final elaborado. Assim, é fato que o avaliador não se constitui em um verificador de formulários, mas sim aquele que aportará ao sistema um olhar qualitativo fazendo as sínteses necessárias entre os inúmeros aspectos avaliados. Tal como preconiza a Lei nº 10.861, de 2004: "o Sinaes deverá assegurar uma análise global e integrada das estruturas acadêmicas, do compromisso social, das atividades-fim de ensino, pesquisa e extensão e das finalidades e responsabilidades dos cursos e das instituições".

Contudo, conceitos como os de compromisso social, nem sempre tem o mesmo significado para todos, e embora tenha havido esforços para capacitar avaliadores, é fundamental assumir a qualificação permanente dos avaliadores como elemento chave para garantir à avaliação seu caráter educativo.

Na odontologia, a formação superior sempre esteve voltada para o exercício privado da profissão e muitos avaliadores foram graduados em um modelo de desconexão entre o biológico e o social. O imperativo de formar para o SUS, estabelecido pelas DCN, ainda esbarra em dificuldades na revisão de interpretação de questões relativas à saúde e à doença e suas dinâmicas sociais.

As dificuldades de processar uma síntese do nível de aproximação com o SUS não são pequenas, sobretudo porque, até recentemente, a atenção odontológica nos serviços públicos não era significativa. Somente nos últimos quatro anos a saúde bucal passou a ser priorizada como estratégia de melhoria de qualidade da atenção à saúde da população. Destaca-se aí o enorme desafio de responder à demanda de formação criada pela ampliação de postos de trabalho em sintonia com as formas próprias de gestão do sistema e os novos modos de atenção à saúde.

Assim, o engajamento no processo histórico de construção do sistema de saúde contou com a participação de apenas parte da academia e, em geral, os conhecimentos sobre o SUS ficaram restritos aos professores da área de Saúde coletiva.

A necessidade de aprofundamento dos conhecimentos sobre o SUS foi apontada como fundamental pelos próprios avaliadores durante a capacitação

promovida em conjunto pelo Deges/MS e Inep/MEC, em novembro de 2005, "entre as conclusões dos relatórios produzidos pelos participantes está a percepção da necessidade de aprofundar o conhecimento, no meio acadêmico, sobre os princípios e o funcionamento do Sistema Único de Saúde" (HADDAD; MORITA, 2006).

Portanto, a capacidade de auscultar as nuances da relação do ensino com os serviços de saúde, perceber a identidade da proposta com o perfil epidemiológico locorregional e outros aspectos, resente de fundamentos para que o avaliador exerça a plenitude de sua função de auxiliar o desenvolvimento e crescimento da IES em direção aos objetivos propostos pelas DCN.

Em síntese, formar para o SUS significa formar para um sistema em constante construção, com uma dinâmica de gestão em que a comunidade tem participação decisiva em todos os níveis. Essa, sem dúvida, não é a prática de gestão no ensino superior. Espera-se, portanto, um enriquecimento das relações do ensino com a sociedade, um amadurecimento progressivo da capacidade de avaliação subjetiva dos avaliadores, valorizando mais as IES que apresentem estratégias de formação para o SUS, o que certamente demandará o tempo necessário ao amadurecimento dessas relações.

Sobre as limitações do instrumento de avaliação, embora este venha sofrendo constantes aperfeiçoamentos e ainda que se possa verificar um ganho de qualidade entre a versão inicialmente utilizada e a utilizada como objeto deste estudo, ainda é preciso aumentar a sensibilidade às DCN. A busca desta aproximação deve ser constantemente revisitada e retroalimentada pelos elementos sinalizadores de sua evolução/estagnação.

Um exemplo do que se afirma pode ser observado pelo índice de aderência I_{c10} obtido na área. Que processos mentais foram estabelecidos quando o avaliador assinalou o aspecto "coerência face às Diretrizes Curriculares Nacionais"? Que outros aspectos estiveram associados? Que aspectos deveriam estar relacionados?

Considerando os aspectos que foram selecionados pela medida de associação entre cada um deles e o aspecto único de "coerência do currículo em face das DCN", nem todos os aspectos que mostraram maior força de associação com o critério único tinham sido previamente selecionados pelos autores. Pode-se interpretar a distância entre o considerado pelos autores e pelos avaliadores de diferentes ângulos. Uma parte desta distância poderia ser atribuída à dificuldade de valorizar (ou precisar) no instrumento aspectos fortemente indicados nas diretrizes.

Os cenários de ensino, por exemplo, são tidos como essenciais para o desenvolvimento do perfil do graduando voltado para o SUS. É no mundo do trabalho, em contato com a realidade, que se espera que aconteçam as maiores experiências educativas do aluno.

Para autores que vem se dedicando a estudar o tema, não há dúvidas quanto aos benefícios para a formação do aluno:

“A aprendizagem da atenção em saúde coletiva em ambientes da comunidade, como as escolas, espaços comunitários, domicílios familiares, contribui para dar uma dimensão sanitária ampliada ao aluno de odontologia e a participação em atividades de saúde geral em equipes multidisciplinares outorga ao aluno de odontologia a condição de um verdadeiro profissional de saúde” (BELTRAN, 1998).

“Levar os estudantes para fora das salas de aula e para dentro das comunidades pode criar oportunidades para o melhor entendimento que fatores como cultura, estilo de vida e comportamentos podem influenciar profundamente a prevalência de saúde, de doença e de problemas bucais em uma população” (YODER, 2006).

“O espaço de aprendizagem que o SUS oportuniza vai muito além da mudança de “paisagem”. Ele inclui o que hoje podemos chamar de maior experiência brasileira de construção coletiva. Talvez tenhamos nas instâncias gestoras do SUS, em especial nos conselhos de saúde, a melhor oportunidade de mostrar ao aluno o quanto o exercício da cidadania pode ser uma ação significativa para melhorar o País” (MORITA; KRIGER, 2006).

No caso da odontologia, a estratégia estruturante da atenção básica, o Programa de Saúde da Família (PSF) teve substancial crescimento como política pública nos últimos anos. No ano de 2006, temos 12.602 equipes de saúde bucal em PSF de 3.896 municípios brasileiros (BRASIL, 2006). Paralelamente, há cursos de odontologia que tem constituído neste programa um importante espaço de ensino-aprendizagem. Entretanto, não havia no instrumento de avaliação utilizado neste estudo uma forma específica que pudesse valorizar a utilização deste cenário de ensino, restando ao avaliador ponderar sua contribuição entre outros aspectos.

Outra parte da distância entre o considerado pelos autores e pelos avaliadores poderia ser atribuída a diferenças na compreensão e julgamento dos aspectos essenciais. A associação apresentada precisa ser entendida dentro

dos limites do universo de compreensão do que foi julgado pelos avaliadores, no momento da avaliação. Não se trata, portanto de assumir tal associação como ideal, de modelo ou passível de hierarquização.

Comparando-se aos demais cursos em tela, a seleção inicial de 60 aspectos pela enfermagem, 50 pela medicina, e 47 pela odontologia, como temas relacionados com as DCN, dão uma idéia da complexidade do tema em questão. Os instrumentos utilizados refletem também o processo histórico de cada profissão e as diferentes formas de compreensão de seu papel social.

Para concluir, ainda entre os limites de aprofundamento da análise que se quer empreender, tratando-se de um estudo retrospectivo, é necessário admitir que as diferentes influências sofridas durante o processo de avaliação e a variabilidade observada não respondem a um processo de padronização intencional. Não há, portanto, possibilidade, nem é objetivo dos autores, de estabelecer um caráter classificatório aos cursos.

Feitas estas considerações, que impõem os limites do estudo como condição preliminar à análise que se segue, buscou-se aproveitar a sistematização feita para identificar no objeto de estudo (aderência às DCN), por meio de um olhar qualitativo, que outros aspectos estariam facilitando ou dificultando a implantação das DCN.

Os dados foram sistematizados nas três dimensões que compõem o instrumento de avaliação, buscando elementos que possam ser indicados como potencialidades e fragilidades em cada dimensão. A seleção de categorias e aspectos que seriam analisados baseou-se em consenso dos autores, não tendo a pretensão de exaustão.

4.3.3.a. Dimensão 1: Organização didático pedagógica

Administração acadêmica

Buscou-se observar a existência de condições institucionais para a prática e gestão do PPC, a atuação da coordenação do curso em relação aos alunos, aos professores, à atividade acadêmica e seu comprometimento com o PPC, considerando, ainda, seu regime de trabalho e sua efetiva dedicação à administração e à condução do curso.

Projeto do Curso

Foram averiguados os aspectos relacionados à concepção do curso e a clareza nos objetivos; o currículo e sua coerência com o perfil do egresso; a

integração; a interdisciplinaridade e a antecipação de atividades clínicas e as metodologias de ensino.

Atividades acadêmicas articuladas ao ensino de graduação

Nesta categoria foi averiguada a existência de programas e projetos de iniciação científica e extensão, além da proposta de atividades acadêmicas, especialmente estágio supervisionado intra e extramuros.

Potencialidades

- Coordenador do curso com liderança e efetiva dedicação à administração e à coordenação dos cursos.
- Iniciativas de interdisciplinaridade, com a existência de temas integradores.
- Atividades clínicas desde as primeiras séries em alguns cursos.
- Formação em saúde coletiva ao longo do curso.
- Existência dos programas, projetos, atividades de pesquisa, iniciação científica e de extensão.
- Atividades extramuros presentes em praticamente todos os PPC analisados.

Fragilidades

- Dificuldade em estabelecer interdisciplinaridade e em formar para um perfil generalista com corpo docente especializado em sua área de conhecimento.
- Ensino fragmentado em disciplinas.
- Objetivos bem delineados, mas sem correspondência com a realidade observada pelo avaliador.
- Currículo voltado para o ensino ou formação tradicional.
- Ensino centrado no professor.
- Dificuldade em utilizar a rede de serviços com espaço de aprendizagem.

Na administração acadêmica, destaca-se a dimensão de poder político que o coordenador tem sobre a qualidade dos processos ocorridos dentro do curso e seu envolvimento com a condução do processo de elaboração do currículo.

Observa-se que as IES possuem condições institucionais para a prática do PPC. Na maior parte delas, o coordenador do curso, principalmente das

IES privadas, tem um papel fundamental no que se refere a dirigir e supervisionar o ensino, acompanhar a execução dos planos de ensino, avaliar a produtividade do processo ensino/aprendizagem, buscar articulações com o Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão. O comprometimento do corpo docente com o projeto pedagógico e com a implantação das DCN, esta sob a liderança do coordenador, que na maioria das IES tem regime de trabalho integral e efetiva dedicação à administração e à coordenação do curso. Pode-se dizer que o coordenador é peça fundamental na condução e desenvolvimento do projeto pedagógico, refletindo diretamente na qualidade da formação do aluno.

Na concepção dos cursos, observa-se uma tendência para a interdisciplinaridade apesar da composição curricular, na grande maioria dos cursos, ainda ser fragmentada em disciplinas. Alguns esforços manifestos mostram um movimento na busca de uma mudança mais estrutural da concepção de alguns cursos, seja pela existência de temas integradores, por construções modulares ou pela busca de outros cenários de ensino.

Entretanto, prevalece a estrutura curricular tradicional e baseada em disciplinas. Uma das dificuldades que se apresenta para mudar a concepção curricular para estruturas integradas, que certamente significariam um ganho de qualidade no atendimento às DCN, pode ser atribuída à predominância de um corpo docente formado sob um caráter especialista, o que dificulta a formação do aluno com perfil generalista. Nesse sentido, uma das conseqüências da fragmentação do saber é a perda da capacidade de lidar com o todo. Não raro, professores superespecializados tendem a valorizar extremamente sua área de conhecimento, tendo como imagem objetivo a formação de um graduado em odontologia com múltiplos conhecimentos, que raramente correspondem às necessidades de formação no nível adequado ao generalista. Essa distorção pode também ocasionar desequilíbrios na composição curricular, que é dependente das forças que interagem no momento de sua construção.

Assim, um olhar mais atento aos PPC permite encontrar os reflexos do jogo de poder, as distâncias entre o redigido e o que é realizado. Ainda que exista clareza expressa nos objetivos do curso e compatibilidades com a concepção filosófica dos projetos pedagógicos apresentados pelas IES, de acordo com a contextualização dos avaliadores, a implementação desses objetivos não ocorre a contento. O que se observa é que há uma preocupação em reproduzir partes textuais das DCN para demonstrar uma coerência sem que haja, entretanto, mudanças na orientação teórica dos cursos.

Do mesmo modo, o perfil do egresso apresentado nos PPC corresponde à concepção e aos objetivos do curso. Entretanto, quando se analisa o conteúdo

curricular, este parece estar voltado para o ensino ou formação tradicional, não sendo coerente com o perfil pretendido para o egresso.

Acredita-se ser este o aspecto mais importante da avaliação, pois ele representa o produto final da formação almejada pelas DCN, como estas devem ser seguidas pelas IES, respeitando em cada uma, suas peculiaridades.

Neste sentido Pérez Gomes (2001), contextualiza:

“Considerar que o ensino se reduz ao que os programas oficiais ou os próprios professores dizem que querem transmitir é uma ingenuidade. Uma coisa é o que dizem aos professores o que devem ensinar, outra é o que eles acham ou dizem que ensinam e outra diferente é o que os alunos aprendem. Em qual dos três espelhos encontramos uma imagem mais precisa do que é a realidade? Os três trazem algo, mas algumas imagens são mais fictícias do que outras. O resultado que obtemos das duas primeiras imagens - o que se diz que se ensina - forma o currículo manifesto. Mas, a experiência de aprendizagem do aluno nem se reduz, nem se ajusta, à soma de ambas as versões”.

Em sintonia com a formação tradicional, também se observa predominantemente o uso de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no professor. Os usos pedagógicos, com o ensino centrado no professor, refletem um estilo de trabalho individualista dos docentes, com pouco desenvolvimento da integração profissional. Seus inconvenientes não estão apenas nas incongruências que colocam diante dos alunos, mas também, na impossibilidade de melhorar a prática dos professores, comunicando-se e discutindo as experiências particulares para o seu mútuo enriquecimento. O isolamento profissional impede a transmissão da experiência entre docentes e dificulta que se manifestem critérios do que é ou não fundamental para a profissionalização adequada do egresso (KRIGER, 2005).

As DCN para a graduação em odontologia significaram um importante avanço na medida em que estabeleceram claramente os princípios e fundamentos, para a formação do cirurgião dentista, definindo o perfil do egresso por meio de competências e habilidades necessárias à formação de um profissional da área da Saúde. A montagem do currículo deveria contemplar o objetivo do perfil requerido. A real concepção dos professores, coordenadores e diretores dos cursos na forma de saber conduzir o conceito filosófico alinhado à sua aplicabilidade na estruturação curricular, é um dos pontos que mais dificultam a aderência às DCN.

Contudo, pode-se perceber uma intenção de adequar os PPC às DCN. No que diz respeito à antecipação das atividades clínicas, por exemplo, alguns cursos têm se preocupado em introduzir o aluno gradualmente nestas atividades, a partir dos primeiros semestres, sendo o principal objetivo, colocá-lo em contato com a realidade social da região de inserção da IES e prepará-lo para o atendimento à comunidade. A área de Saúde Coletiva tem grande variabilidade, mas aparece ao longo de todo curso em algumas IES analisadas.

Nas atividades acadêmicas articuladas ao ensino de graduação, observa-se também, uma tentativa de adesão às DCN com a existência dos programas, projetos, atividades de pesquisa, iniciação científica e de extensão, porém, nem todos ocorrem simultaneamente e nem de maneira sistemática.

Observa-se que as atividades extramuros são relatadas em praticamente todos os PPC, entretanto a maneira como acontecem não está clara. As atividades fora do espaço físico da instituição têm caráter educativo e tem como objetivo oferecer ao aluno a possibilidade de aplicar seu conhecimento em situações reais da vida em sociedade (MORITA; KRIGER, 2004). A constatação feita quanto à realização dos estágios supervisionados e o seu funcionamento junto à rede pública dos serviços de saúde, é de uma grande dificuldade por parte das IES em consolidar esta parceria.

Inúmeros são os fatores que podem dificultar ou facilitar essa integração. A maneira como o estágio pode acontecer vai depender de fatores locais como compreensão do papel estratégico dessa formação por gestores do SUS e das IES, capacidade instalada da rede de serviços, possibilidade de estabelecer uma parceria que traga benefícios para os serviços e para as IES.

4.3.3.b. Dimensão 2: corpo docente

As três categorias de análise selecionadas foram: titulação, condições de trabalho e atuação e desempenho acadêmico e profissional.

Potencialidades

- Corpo docente com a qualificação requerida pela LDB, constituído majoritariamente de mestres e doutores.
- Boa experiência profissional

Fragilidades

- Existência de professores em regime de tempo parcial ou horista, dificultando a dedicação destes ao ensino de graduação em todos os cenários de prática e/ou atividades complementares.

4.3.3.c. Dimensão 3: instalações

Verificaram-se as descrições quanto ao acervo da biblioteca que representam condições de ensino-aprendizagem-pesquisa como também, as características da clínica de ensino, condizente aos objetivos do curso, à demanda e às necessidades de ensino.

Bibliotecas

Potencialidades

- São satisfatórias quanto ao desenvolvimento e atualização do acervo.

A existência de bibliotecas bem avaliadas contribui para a busca ativa de conhecimentos pela comunidade acadêmica. Segundo Rode e Junqueira (2005), "a odontologia é uma área à qual se agregam constantemente novos conhecimentos e novas tecnologias, e aonde atualizações são fundamentais". Desta forma, as bibliotecas aparecem como potencialidade dos cursos para atender à necessidade de educação continuada dos alunos e de professores. A possibilidade de utilização dessas bibliotecas pelos profissionais do SUS também é um recurso a ser estimulado.

Clínicas de ensino

Potencialidades

- Condições favoráveis para as atividades discentes e docentes, tendo sido mais bem avaliadas as IES privadas do que as públicas.

Na análise das dimensões 2 e 3 pode-se observar que muitas IES apresentam um corpo docente altamente qualificado, em termos de titulação, possuem instalações bem adequadas e mesmo assim não alcançam resultados positivos para seus cursos, em relação às DCN. O estudo realizado permitiu observar que praticamente em todas as IES, existem dificuldades quanto à implementação e a adequação dos cursos às DCN. Ao se flexibilizar para que cada IES desenvolvesse seu PPC, estas, com algumas exceções, acreditam estar cumprindo as determinações das diretrizes, porém, as avaliações demonstram que a maioria não consegue atingir plenamente os objetivos propostos. Contudo, neste estudo também foi possível observar que existe um potencial para a mudança, um movimento de re-estruturação de cursos, uma nítida vontade de acertar. Isso nos leva a refletir sobre as estratégias para ampliar a implementação

das DCN. Sem dúvida, o engajamento de professores, de coordenadores de curso e de gestores das IES, além da seleção e capacitação de avaliadores comprometidos com a consolidação do SUS, são elementos essenciais para promover as mudanças necessárias.

4.3.4. Conclusão, perspectivas e desafios

Embora alguns cursos possam ter sido avaliados como tendo baixa ou alta aderência às DCN, chama mais atenção as semelhanças do que as diferenças observadas. De uma maneira geral, as dificuldades para a implantação das DCN esbarram em questões que afetam: dificuldade de desenvolvimento do ensino na rede SUS, dificuldade de integração/modificação curricular, dificuldade em desenvolver projetos pedagógicos inovadores, diferentes do modelo tradicional de ensino. A maior parte dos projetos pedagógicos analisados ainda concentra boa parte da formação profissional no diagnóstico e tratamento de doenças que são aspectos relevantes, mas não respondem às necessidades atuais de conhecimentos para a produção de saúde.

São muitos os desafios que se apresentam para acelerar a implantação das DCN e para o aperfeiçoamento contínuo da avaliação dos cursos. O maior deles consiste em tornar claro a todos os envolvidos a dimensão que a saúde e a educação têm na qualidade de vida humana. O movimento de mudança precisará ser empreendido como esforço conjunto de estudantes, de professores, de coordenadores, de avaliadores, de gestores da educação e da saúde e dos formuladores das políticas públicas.

O estudo realizado deu grande atenção aos resultados do processo avaliativo disponíveis no Inep. Todos os esforços foram feitos com a intenção de examinar como se poderia explorar construtivamente os dados postos a serviço da melhor educação superior na área e a melhor assistência à saúde da população. Inicialmente buscou avaliar a influência exercida pelas DCN como fator de mudança dos cursos de odontologia brasileiros. Em um aprofundamento de análise, procurou estabelecer polarizações suscetíveis de orientar ao mesmo tempo aos que são partícipes do processo de avaliação e àqueles que têm a responsabilidade de conduzi-lo.

Desse modo, a noção emergente de avaliação como promotora do aprofundamento dos compromissos e responsabilidades sociais das IES expressa no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior, evidencia a necessidade de aproximação de dois grandes setores: a Educação e a Saúde no

País. A interface que se apresenta é complexa, situa-se na confluência em que se constituem diferentes interesses, mas tende à sinergia porque no horizonte da interseção de objetivos que não são paralelos, mas sim convergentes, a Constituição Federal lhes atribuiu a responsabilidade comum de promover um País mais equânime e mais justo.

4.3.5. Referências bibliográficas

BELTRAN, R. J. Educación en odontologia: manual del profesor. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1998. 245 p.

BRASIL. Ministério da Educação. CNE Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE-CES 3, de 19/02/2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 04 mar. 2002. Seção 1, p. 10.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/saude_familia.php>. Acesso em: 27 nov. 2006.

_____. Conselho Nacional De Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia. Resolução CNE/CES 3/2002. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 mar. 2002. Seção 1, p.10.

FERNANDES NETO, A. J. et al.; TOLEDO, O. A. In: BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. A trajetória dos cursos de graduação na saúde: 1991-2004. Brasília: Editora INEP/ MEC, 2006. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br/pesquisa/publicações>> <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>.

HADDAD, A. E.; MORITA, M. C. O ensino da Odontologia e as políticas de saúde. In: CARVALHO, Perri de A. C.; KRIGER, L. (Org.). Educação odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 2006. p. 105-117.

KRIGER, L.; MOYSES, S. J.; MOYSES, S. T. Humanização e formação profissional. Cadernos da ABOPREV (I), ABOPREV, Rio de Janeiro, maio de 2005. 8p.

KRIGER, L. O diferente é formar o generalista. Revista de Clínica e Pesquisa Odontológica, Curitiba, v. 1, n. 4, abr./jun. 2005.

MORITA, M. C.; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. Revista da ABENO, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 17-21, 2004.

_____. Termo de Referência para as Oficinas de Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais em Odontologia/projeto de Cooperação técnica. [S.l.]: OPAS/MS/ABENO, 2005. Mimeografado.

MORITA, M. C.; KRIGER, L. A relação ensino e serviços de odontologia. In: CARVALHO, A. C. Perri de; KRIGER, L. (Org.). Educação odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 2006. p. 129-139.

PARK, H. S.; GOO, M. J.; JO, C. H. Receiver Operating Characteristic (ROC) Curve: Pratical Review for Radiologists. Korean J. Radiol., [S.l.], v. 1, n. 5, mar. 2004.

PÉREZ GOMES, A. I. A. Cultura escolar na sociedade neoliberal. São Paulo: Artmed, 2001. 320 p.

CARVALHO, A. C. Perri de. Ensino de Odontologia em tempos de LDB. Canoas: Ed. ULBRA, 2001. 96 p.

_____. Ensino de odontologia no Brasil. CARVALHO, A. C. Perri de; KRIGER, L. (Org.). Educação odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 2006. p. 5-15.

RODE, S. M.; JUNQUEIRA, C. R. Derrubando fronteiras da odontologia. In: RODE, S. M.; GENTIL, S. N. Atualização clínica em odontologia. São Paulo: Artes Médicas, 2005. p. 617-622.

YODER, K. M. A framework for service-learning in dental education. Journal of Dental Education, [S.l.], v. 70, n. 2, 2006.



5. Considerações finais

A identificação de aspectos do instrumento de avaliação das condições de ensino que abordam temas fortemente presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia teve por objetivo verificar o grau de aderência dos projetos pedagógicos dos cursos (PPC) destas três áreas avaliadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), no período de 2002 a 2006, às DCN estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE).

Tão importante quanto a construção de índices quantitativos de aderência é a própria identificação, com base nos PPC e nos relatórios dos processos avaliativos, das características dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia mais intensamente relacionadas às diretrizes curriculares, dado o seu significado para o constante aperfeiçoamento dos instrumentos de avaliação.

Este estudo, ao buscar nos PPC e nos relatórios de avaliação os elementos facilitadores e as fragilidades que dificultam a aderência às DCN, aponta, a necessidade de estratégias que promovam a integração curricular, temas integradores ao longo do curso, sistema de acompanhamento/avaliação do curso e dos professores, bem como a diversificação de cenários de ensino-aprendizagem. Foram identificadas também características recorrentes nos cursos com baixo grau de aderência às DCN, entre as quais destacamos o currículo constituído de disciplinas isoladas, ainda baseado no currículo mínimo, a existência de ciclo básico, pré-clínico e clínico e a ausência de integração com a rede de serviços.

Os níveis de aderência dos PPC às DCN devem ser considerados para cada uma das três áreas analisadas, tendo em vista as suas especificidades. Fica, no entanto, evidente que, para as três áreas, algumas questões despontam como semelhantes. Não obstante o pouco tempo de existência das diretrizes, identifica-se um esforço na comunidade acadêmica no sentido de se ajustarem às mesmas. Esta aderência, no entanto, algumas vezes parece permanecer no nível da simples reprodução do discurso do CNE, sem se traduzir em práticas que caracterizem a mudança de paradigma proposta.

A proximidade do momento da realização das avaliações à aprovação das diretrizes pode ter influenciado fortemente os discursos dos atores envolvidos. Conforme destacam os autores do texto sobre os cursos de enfermagem, “*chama-nos a atenção esta tendência dos cursos a reproduzirem ipisis literis o discurso das DCN*”. Os autores do estudo dos cursos de medicina, da mesma forma, argumentam que:

“percebe-se uma intencionalidade de aderência dos cursos às diretrizes curriculares, em diferentes estágios. Tal foi evidenciado pela existência de núcleos pedagógicos, mecanismos efetivos de capacitação docente, existência de redes de comunicação e articulação com o SUS. Entretanto, não se pode concluir se essa intencionalidade tem como propósito um avanço para uma formação médica contemporânea ou se é uma decorrência do processo de regulação por exigência legal”.

Também os autores da odontologia apontam:

“um olhar mais atento aos PPC permite encontrar os reflexos do jogo de poder, as distâncias entre o redigido e o que é realizado. Ainda que exista clareza expressa nos objetivos do curso e compatibilidade com a concepção filosófica dos projetos pedagógicos apresentados pelas IES, de acordo com a contextualização dos avaliadores, a implementação desses objetivos não ocorre a contento. O que se observa é que há uma preocupação em reproduzir partes textuais das DCN para demonstrar uma coerência sem que haja, entretanto, mudanças na orientação teórica dos cursos”.

Cabe ressaltar que a análise qualitativa realizada pelos autores das três áreas buscou não apenas validar a análise quantitativa. A partir da identificação de dados quantitativos, que nortearam a avaliação qualitativa, num processo de constante diálogo entre estas duas abordagens, propuseram-se a responder aspectos não contemplados na avaliação quantitativa. Assim, índices de aderência às diretrizes apontando, por exemplo, utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, podem ter sido considerados elevados, num primeiro olhar. Porém, mereceram reflexão e aprofundamento no desenvolvimento da análise qualitativa, identificando um modelo ainda conservador, focado no professor e com pouca integração ensino-serviço.

A educação dos profissionais de saúde deve ser entendida como processo permanente, que se inicia durante a graduação, e deve manter-se ao longo da vida profissional, mediante o estabelecimento de parcerias entre as Instituições de Educação Superior (IES), os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil.

Os processos formativos devem considerar o acelerado ritmo de evolução do conhecimento, as mudanças do processo de trabalho em saúde, as transformações nos aspectos demográficos e epidemiológicos, sempre na perspectiva do equilíbrio entre excelência técnica e relevância social.

Além disso, é necessário promover a reorientação das pesquisas desenvolvidas na área da Saúde, com ênfase na investigação das necessidades da comunidade, organização e financiamento dos serviços de saúde, experimentação de novos modelos de intervenção, avaliação da incorporação de novas tecnologias e desenvolvimento de indicadores que permitam melhor estimativa da resolubilidade da atenção.

Desta forma, é imprescindível contar com a construção efetiva da integração docente-assistencial, que envolve tanto a atenção básica quanto os demais níveis de atenção, em sintonia com a capacidade instalada da rede de serviços, complementada pela utilização dos hospitais universitários e unidades assistenciais especializadas vinculadas às IES, funcionalmente integradas ao SUS. Estabelece-se assim um adequado sistema de referência e contra-referência, essencial para a qualidade e resolubilidade do sistema de saúde. A interação entre os gestores do SUS e o sistema educacional resulta na melhoria tanto da qualidade na atenção à saúde, quanto do processo de ensino-aprendizagem.

As DCN para os cursos de enfermagem e medicina estão vigentes no Brasil desde o ano de 2001 e para o curso de odontologia a partir de 2002. As mudanças propostas se dão a partir de um processo que se inicia em diferentes momentos, com diferentes características e intensidade em cada profissão e em cada curso. Há que se considerar ainda a histórica diferença de acúmulos em relação à saúde pública entre as áreas da Saúde, as peculiaridades/especificidades de cada profissão, e conseqüente influência na forma como vem se dando a sua inserção no SUS.

Nesse sentido, os projetos dos cursos que concorreram ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) tiveram como ponto de partida a realização de uma auto-avaliação, em que os mesmos identificaram em que estágio de mudança encontravam-se antes da implantação do programa, no que diz respeito aos três eixos estruturantes das mudanças curriculares propostas: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica. Foi a partir deste diagnóstico inicial e da imagem-objetivo a ser alcançada que cada projeto apresentou suas estratégias de mudança curricular.

Vale destacar algumas perspectivas, em continuidade à proposta do Pró-Saúde, como a inclusão no programa de IES não selecionadas neste primeiro momento; ampliação do escopo para as demais profissões da saúde; interação com outras ações voltadas para mudanças na graduação e maior integração

entre os projetos de uma mesma escola, no caso das que tiveram duas ou três áreas selecionadas.

Ao mesmo tempo em que se define uma Política Nacional de Apoio às Mudanças na Graduação, estão se estabelecendo também os novos instrumentos de avaliação da educação superior, com base no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes). O Inep, responsável pela operacionalização da avaliação da educação superior, desenvolveu um programa informatizado de seleção dos avaliadores, a partir do currículo *lattes*, que será renovado anualmente, denotando a necessidade de se estabelecer uma estratégia de capacitação/qualificação permanente dos avaliadores.

A avaliação, na sua concepção formativa/emancipatória e como mecanismo fundamental de regulação e melhoria da qualidade, desempenha também um papel indutor fundamental para o processo de mudança. Coloca-se assim o desafio do sistema federal de educação superior brasileiro, de fazer com que o processo de avaliação concebido pelo Sinaes seja capaz, na prática, de identificar e valorizar, nos cursos da área da Saúde, os elementos que levam à formação de profissionais aptos a prestar atenção à saúde de forma resolutiva e integral. Cabe destacar que a avaliação, no âmbito do Sinaes, é percebida como uma atividade complexa, que envolve múltiplos instrumentos, não apenas um; diferentes momentos, não apenas o momento de uma prova ou de uma visita *in loco* por comissão de especialistas; diferentes agentes, não apenas os representantes oficiais do Ministério da Educação.

Importante, igualmente, é considerar que o Sinaes tem operado com a definição de avaliação, como sendo “um processo sistemático de identificação de mérito e valor”, por entendê-la como uma das mais consagradas na literatura internacional e por trazer para o âmago do processo as noções, muitas vezes conflitantes, de valores atribuídos por grupos socialmente ativos e às vezes hegemônicos e os méritos identificados como valores intrínsecos e que se justificam não pelas pressões do imediatismo e do utilitarismo do mercado, mas pela contribuição que têm a dar para o avanço do conhecimento.

Não por acaso, portanto, o Sinaes faz uso da palavra *educação* e não de *ensino* para identificar-se. Seus elaboradores entendem que educação expressa um conceito mais amplo que ensino, transcendendo o desempenho e o rendimento de estudantes, aferidos por meio de provas de larga escala, devendo buscar os significados mais amplos da formação e pondo como questão central a responsabilidade social das IES com o seu entorno, com a formação de cidadãos altamente qualificados e com o avanço da ciência.

O Sinaes, tal qual concebido e em processo de execução tem, pois, três olhares: um olhar sobre a instituição, um olhar sobre o curso e um olhar sobre o estudante. Estes olhares se completam. Quando, por um momento, nos transferimos para uma instituição acadêmica, pensamos na biblioteca, nos seus laboratórios multi-uso, nos docentes, nos servidores técnico-administrativos, nas políticas para o ensino, a pesquisa e a extensão. Pensamos, sem dúvida, nas dez dimensões da avaliação institucional, definidas em lei, pois referimo-nos aos pilares que sustentam uma instituição acadêmica. Este é o primeiro olhar!

O segundo olhar se lança sobre o curso. Isto equivale a dizer que aqui o olhar sobre a biblioteca central é menos importante do que o olhar sobre o acervo bibliográfico que sustenta as disciplinas do curso em questão. Se o curso oferece as disciplinas de literatura brasileira, interessa, por exemplo, saber se as grandes obras que a compõem e definem o cânone literário brasileiro estão disponíveis para os alunos e professores. É fundamental que a biblioteca dê sustentação à disciplina com a bibliografia que os especialistas reconhecem como fundamental. Se a disciplina for prática, que o laboratório didático esteja equipado com o instrumental e com as condições de trabalho aceitáveis para os profissionais e acadêmicos da área. O mesmo vale para os cursos da área da Saúde, com a particularidade de que os cenários de prática devem ser ampliados para além dos muros da universidade, rumo à rede pública de serviço de saúde e à comunidade. A integração docente assistencial desde o início do curso é de fundamental importância na apreensão do conceito de produção social da saúde, e na formação de um profissional engajado no exercício da cidadania. Este é o segundo olhar!

Por fim, o olhar sobre o estudante. O estudante começa como calouro e, se tiver tempo para estudar e tiver os recursos para permanecer no campus, em 60% dos casos conclui o seu curso. Do estudante queremos saber o que ocorre na sua trajetória pelo curso no qual se matriculou. Queremos saber se aprendeu minimamente o que se espera que aprenda, tomando por base o perfil profissional e cidadão desejado, as competências e os conteúdos estabelecidos nas DCN para a sua área de conhecimento.

Ao primeiro destes três olhares foi dado o nome de avaliação institucional; ao segundo, o de avaliação de cursos de graduação e ao terceiro, o de Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade). A avaliação institucional, conforme já destacado, tem dois momentos: a auto-avaliação e a avaliação externa, feita por comissões de pares, pois se valoriza sobremaneira, no âmbito do Sinaes, a participação da comunidade acadêmica no processo da construção do conhecimento e do auto-conhecimento institucional; a avaliação de curso,

da mesma forma, é feita por comissões de pares, especialistas em suas áreas do conhecimento. Por fim, a avaliação do estudante é feita pela aplicação do Enade, que além da prova, agrega questionários aplicados aos ingressantes e concluintes e aos coordenadores de curso, permitindo a elaboração de radiografias bastante completas sobre o dia-a-dia das atividades pedagógicas e administrativas no âmbito de cada curso. O Sinaes, ao integrar estes instrumentos entre si e integrá-los, ao mesmo tempo, aos instrumentos de informação (censo da educação superior, cadastro nacional de docentes, banco de currículos *lattes*, cadastros de instituições e cursos etc.) gera possibilidades interpretativas sem precedentes na história da avaliação da educação superior brasileira.

O novo instrumento de avaliação dos cursos de graduação privilegia a concepção de que a educação sempre se inscreve sobre um texto já existente e não sobre páginas em branco, sempre nas condições colocadas por um determinado tempo e espaço e não no vazio social. Ela precisa, portanto, ter a sua orientação básica pautada nas diretrizes curriculares próprias do seu tempo e empenhar os seus esforços pela melhoria da qualidade por intermédio da interação ativa com os resultados dos processos avaliativos, cotejando-os permanentemente com o preconizado nas DCN.

É por este motivo que o novo instrumento de avaliação dos cursos de graduação contempla, entre outros, os conhecimentos e saberes necessários à formação das competências estabelecidas a partir do perfil do egresso; a estrutura e conteúdo curricular; o ementário, as bibliografias básica e complementar; as estratégias de ensino; a titulação dos docentes; os recursos materiais, os serviços administrativos, os serviços de laboratórios e a infraestrutura de apoio ao pleno funcionamento do curso.

O PPC é, pois, a alma do curso, a ponte que une as DCN às práticas pedagógicas propostas pelo currículo. Todos os indicadores que caracterizam esta importante conexão estão classificados no instrumento de avaliação como imprescindíveis, isto é, indicadores cujo atendimento é fundamental para que a avaliação possa prosperar em suas conseqüências regulatórias, pois afirmam valores acadêmicos (coerência, adequação, inter-relação, atualização, relevância) em matéria que, se tratada de forma aligeirada, descaracteriza o próprio sentido da boa formação. São eles: coerência do currículo com os objetivos do curso; coerência do currículo com o perfil desejado do egresso; coerência do currículo face às diretrizes curriculares nacionais; adequação da metodologia de ensino à concepção do curso; inter-relação das disciplinas na concepção e execução do currículo; dimensionamento da carga horária das

disciplinas; adequação e atualização das ementas e programas das disciplinas; adequação, atualização e relevância da bibliografia; coerência da proposta curricular com os recursos humanos (docentes e técnicos); coerência da proposta curricular com os recursos materiais específicos do curso (laboratórios e instalações específicas, equipamentos e materiais).

O peso atribuído a esta articulação da prática formativa às DCN está claramente expresso nos critérios que os avaliadores usam para atribuir nota numa escala de 1 (muito fraco) a 5 (muito bom) a cada um dos indicadores acima. Assim, por exemplo, a nota atribuída a um dos indicadores acima é 5:

“Quando o perfil do egresso assume totalmente o referencial teórico-metodológico expresso nos documentos formais da instituição (Projeto Pedagógico Institucional - PPI, Projeto Pedagógico de Curso - PPC e Plano de Desenvolvimento Institucional - PDI), e é plenamente coerente com o proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e com as necessidades profissionais e sociais. Essa coerência resulta e/ou expressa uma diretriz de ação, acessível ao conhecimento da comunidade interna”.

e 1:

“Quando o perfil do egresso não está claramente definido ou é definido e totalmente incoerente com o referencial teórico-metodológico expresso nos documentos formais da instituição (PPI, PPC e PDI), com o proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e com as necessidades profissionais e sociais”.

Os indicadores e critérios definidos pelo novo instrumento de avaliação dos cursos de graduação, já implantado e incorporado aos ciclos avaliativos do Sinaes, permitem, pois, não só afirmar valores que garantam a aderência dos Projetos Pedagógicos dos Cursos às Diretrizes Curriculares Nacionais, mas verificar se as práticas pedagógicas daí resultantes guardam a coerência esperada e se efetivamente se traduzem em práticas inovadoras e adequadas ao contexto em que se inserem.

A implementação de um sistema de avaliação sensível à questão da aderência dos PPC às diretrizes possibilita que se dê direcionalidade ao processo de mudança das escolas, permitindo que a formação profissional aproxime-se, cada vez mais, de uma atenção à saúde mais efetiva, equânime e de qualidade.

Estas são apenas algumas das muitas considerações sobre o estudo realizado. No entanto, as contribuições deste trabalho para o processo de meta-

avaliação e de correção de rumos da avaliação da educação superior ainda estão por ser plenamente identificadas. Fica evidente que é grande o papel indutor das Diretrizes Curriculares Nacionais. A marca deixada por elas e pelas políticas públicas de mudanças na graduação e de avaliação implementadas nos últimos anos, certamente se fará presente na educação superior brasileira das próximas décadas.

ISBN 85-334-1299-1



9 798533 412995

Ministério da Educação
Ministério da Saúde

