



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Débora Alves dos Santos Fernandes

**Avaliação do ambiente educacional a partir da percepção do discente de
Medicina em uma instituição pública do Estado do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2018

Débora Alves dos Santos Fernandes

**Avaliação do ambiente educacional a partir da percepção do discente de
Medicina em uma instituição pública do Estado do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a Dra. Stella Regina Taquette

Coorientadora: Prof.^a Dra. Nádia Cristina Pinheiro Rodrigues

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

F363 Fernandes, Débora Alves dos Santos.

Avaliação do ambiente educacional a partir da percepção do discente de Medicina em uma instituição pública do Estado do Rio de Janeiro / Débora Alves dos Santos Fernandes. – 2018.

87 f.

Orientadora: Stella Regina Taquette.

Coorientadora: Nádia Cristina Pinheiro Rodrigues.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em Ciências Médicas.

1. |Educação médica - Teses. 2. Medicina – Estudo e ensino- Teses. 3. Avaliação educacional - Teses. 4. Estudantes de Medicina. I. Taquette, Stella Regina. II. Rodrigues, Nádia Cristina Pinheiro. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

CDU 61:681.5

Bibliotecária: Ana Rachel Fonseca de Oliveira
CRB7/6382

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Débora Alves dos Santos Fernandes

**Avaliação do ambiente educacional a partir da percepção do discente de
Medicina em uma instituição pública do Estado do Rio de Janeiro**

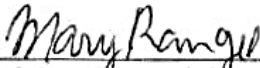
Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 28 de novembro de 2018.

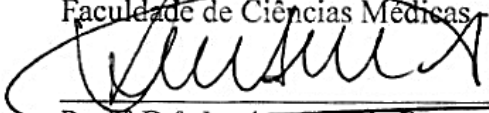
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Stella Regina Taquette
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Nádia Cristina Pinheiro Rodrigues
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

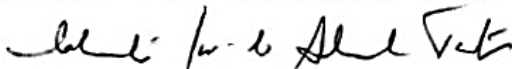
Banca Examinadora:



Prof.^a Dr.^a Mary Therezinha Alexandre Simen Rangel
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ



Prof.^a Dr.^a Luciana Maria Borges da Matta Souza,
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ



Prof. Dr. Claudio José de Almeida Tortori
Escola de Medicina e Cirurgia - UNIRIO

Rio de Janeiro

2018

DEDICATÓRIA

Aos amigos e familiares que me compreenderam e incentivaram quando os momentos difíceis solicitaram paciência e ausência.

Ao meu marido, companheiro em minhas expedições pelo desconhecido.

Aos professores e aos médicos que nos antecederam nesta caminhada em prol da Educação.

A Deus e aos Benfeitores de Luz, que nos inspiram a seguir no caminho do Bem.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO e à Escola de Medicina e Cirurgia – EMC, por tornarem viável meu sonho na carreira docente.

À Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ e ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas – PGCM, por alicerçarem minha carreira profissional profundamente.

À direção da EMC e do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, por apoiarem nossos ideais educacionais desde os esboços desde trabalho.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Stella Regina Taquette, por acolher minhas as idéias de pesquisa e me guiar neste árduo caminho do estudo da educação em saúde.

À minha coorientadora, Prof.^a Dr.^a Nádia Cristina Pinheiro Rodrigues, por me instruir no fascinante mundo da bioestatística.

Aos professores que participaram da banca examinadora, que inspiraram uma reflexão crítica no sentido de aperfeiçoar esta dissertação: Prof.^a Dr.^a Mary Therezinha Alexandre Simen Rangel, Prof.^a Dr.^a Luciana Maria Borges da Matta Souza, Prof. Dr. Claudio José de Almeida Tortori, Prof.^a Dr.^a Marise Elia de Marsillac e Prof. Dr. Sergio Tavares de Almeida Rego.

Aos colegas de Mestrado, tanto da PGCM quanto do Instituto de Medicina Social da UERJ, pela convivência e aprendizado salutareis.

Aos docentes da EMC, pelo auxílio em ceder os horários de aulas teóricas e práticas, que viabilizaram a realização desta pesquisa.

Aos técnico-administrativos da UNIRIO, que assessoraram as buscas documentais e contribuíram com suas palavras incitadoras.

Aos discentes de Medicina, que são a razão e a motivação deste estudo.

A esperança tem duas filhas lindas, a indignação e a coragem; a indignação nos ensina a não aceitar as coisas como estão; a coragem nos ensina a mudá-las.

Santo Agostinho

RESUMO

FERNANDES, Débora Alves dos Santos. *Avaliação do ambiente educacional a partir da percepção do discente de Medicina em uma instituição pública do Estado do Rio de Janeiro*. 2018. 87 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Introdução: O ambiente educacional (AE) do ensino médico é definido como o conjunto de fatores de natureza material e afetiva que permeia o tripé formado pela instituição de ensino, pelo professor e, em especial, pelo educando. Fatores físicos, psicológicos, sociais, pedagógicos e tecnológicos contribuem de forma intrínseca no êxito do processo ensino-aprendizagem e são a resultante da dinâmica salutar dos três pilares do AE. Um ambiente saudável resulta em uma aprendizagem de qualidade e, conseqüentemente, em um profissional com maior nível de competência e satisfação em relação à carreira escolhida. **Objetivos:** Analisar o ambiente educacional de uma escola de medicina na visão de seus discentes e pesquisar a presença de associação entre as variáveis sociodemográficas dos discentes e suas percepções a respeito do processo de ensino-aprendizagem, dos docentes, dos resultados acadêmicos, do ambiente geral de ensino e das relações sociais associados. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional de corte transversal com estudantes de medicina de 4 diferentes períodos do curso. Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados: o DREEM, questionário específico de avaliação de AE médico, e um questionário sociodemográfico. Os dados foram coletados em junho e em dezembro de 2017 em uma universidade pública do Estado do Rio de Janeiro e analisados por meio dos programas estatísticos R versão i386 3.5.0 e R Studio, utilizando-se de teste de hipóteses e de análise de variância e testes de significância estatística. **Resultados:** Participaram 210 estudantes, sendo 80 do 1º período do curso, 43 do 4º, 44 do 9º e 43 do 12º período. A média da pontuação geral do DREEM revelou que os estudantes possuem uma visão mais positiva que negativa do AE de uma maneira geral. Se destaca a discrepância de resultados encontrados entre os grupos pesquisados. As maiores pontuações foram encontradas no primeiro período (ciclo básico) e as menores no décimo segundo período (internato), indicando que quanto mais avança no curso médico, mais negativa se torna a visão do discente a respeito do ambiente educacional. A percepção a respeito do ambiente e das relações sociais foi negativa nos quatro grupos, evidenciando um ponto crítico a ser considerado. As estudantes do sexo feminino, os de cor branca, e os que moravam fora do Rio de Janeiro antes de cursarem a EMC percebem o AE de forma mais negativa. A percepção do AE pelos estudantes que ingressaram pelo sistema de cotas raciais ou sociais e os que não ingressaram pelo sistema de cotas foi semelhante. Os estudantes de baixa renda percebem o AE de forma mais positiva. **Conclusão:** a análise do ambiente educacional com o DREEM permitiu salientar os pontos fortes que carecem de maior valorização, pontos fracos que necessitam de intervenção, e, principalmente, a insatisfação e o desencanto dos estudantes com relação aos modelos tradicionais flexnerianos. Estudantes de baixa renda e autodeclarados não brancos parecem relevar problemas e situações negativas do AE, enquanto as estudantes do sexo feminino são mais críticas e mais exigentes. Os resultados encontrados revelam que o ensino centrado no professor é um fator desfavorável no AE e desestimula a progressiva autonomia intelectual e profissional preconizadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais vigentes.

Palavras-chave: Educação médica. Ambiente de aprendizagem. Percepção dos estudantes de medicina. DREEM.

ABSTRACT

FERNANDES, Débora Alves dos Santos. *Evaluation of the educational environment from the perception of the student of Medicine in a public institution of the State of Rio de Janeiro*. 2018. 87 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Introduction: The educational environment (EE) of medical education is defined as the set of factors of a material and affective nature that permeates the tripod formed by the educational institution, by the teacher and, in particular, by the student. Physical, psychological, social, pedagogical and technological factors contribute intrinsically to the success of the teaching-learning process and are the result of the salutary dynamics of the three pillars of EE. A healthy environment results in quality learning and, consequently, a professional with a higher level of competence and satisfaction with the career chosen. **Objectives:** To analyze the educational environment of a medical school in the view of its students and to investigate the presence of association between the sociodemographic variables of the students and their perceptions to repeat the teaching-learning process, the teachers, the academic results, the general teaching environment and social relations. **Methods:** This is a cross-sectional observational study with medical students from 4 different periods of the course. Two data collection instruments were used: the DREEM, a specific questionnaire for the evaluation of medical EE, and a sociodemographic questionnaire. The data were collected in June and December of 2017 at a public university in the State of Rio de Janeiro and analyzed through the statistical programs R version i386 3.5.0 and R Studio, using hypothesis test and analysis of variance and tests of statistical significance. **Results:** 210 students participated, of which 80 were from the 1st period of the course, 43 from the 4th, 44 from the 9th and 43 from the 12th period. The average overall DREEM score revealed that students have a more positive than negative view of EE in general. It highlights the discrepancy of results found among the groups surveyed. The highest scores were found in the first period (basic cycle) and the lowest in the twelfth period (boarding school), indicating that the more the student advance in the medical course, the more negative your vision about the educational environment becomes. The perception about the general teaching environment and social relations was negative in the four groups, highlighting critical points to be considered. Female students, white, and those who lived outside Rio de Janeiro before attending in medical school perceived EE more negatively. The perception of EE by students who entered the system of racial or social quotas and those who did not join the quota system was similar. Low-income students perceive EE more positively. **Conclusion:** the analysis of the educational environment with the DREEM allowed us to highlight the strengths that need to be more valued, the weak points that need intervention, and, especially, the students' dissatisfaction with the traditional Flexnerian models. Low-income and self-declared non-white students appear to be experiencing more problems and negative situations in the medical school, and the female students are more critical and more demanding. The results show that teacher-centered teaching is an unfavorable factor in EE and discourages the progressive intellectual and professional autonomy advocated by the current National Curricular Guidelines of the Brazil.

Keywords: Medical education. Learning environment. Perception of medical students. DREEM.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Percepção do Ambiente Educacional (DREEM): interpretação da pontuação dos períodos letivos e a pontuação média geral	47
Gráfico 2 –	Percepção da Aprendizagem (Dimensão D1): interpretação da pontuação dos períodos letivos e a pontuação média geral	48
Gráfico 3 –	Percepção dos Preceptores (Dimensão D2): interpretação da pontuação dos períodos letivos e a pontuação média geral	49
Gráfico 4 –	Percepção dos Resultados Acadêmicos (Dimensão D3): interpretação da pontuação dos períodos letivos e a pontuação média geral	50
Gráfico 5 –	Percepção do Ambiente Geral (Dimensão D4): interpretação da pontuação dos períodos letivos e a pontuação média geral	51
Gráfico 6 –	Percepção das Relações Sociais (Dimensão D5): interpretação da pontuação dos períodos letivos e a pontuação média geral	52
Gráfico 7 –	Descrição comparativa da pontuação das percepções: interpretação da pontuação dos períodos letivos e a pontuação média de cada período ..	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil educacional dos grupos participantes do estudo	35
Tabela 2 – Características sociodemográficas da população estudada de acordo com o total de estudantes pesquisados e por período letivo.....	42
Tabela 3 – Variáveis sociodemográficas e pontuação total do DREEM	45
Tabela 4 – Variáveis sociodemográficas e pontuação total do DREEM e das percepções	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Aprendizado Baseado em Problemas
AE	Ambiente Educacional
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CNE	Conselho Nacional de Educação
COAPES	Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde
DCN	Diretrizes Nacionais Curriculares
DP	Desvio Padrão
DREEM	Dundee Ready Education Environment Measure
Enade	Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
EMC	Escola de Medicina e Cirurgia
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HUGG	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
N	Número de participantes
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PBL	Problem-Based Learning
PGCM	Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas
RBEM	Revista Brasileira de Educação Médica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	REVISÃO DE LITERATURA	
1.1	O ambiente educacional: a instituição de ensino, o professor e o educando...	18
1.2	A formação do médico.....	24
1.3	O ensino médico no Brasil	26
2	OBJETIVOS	
2.1	Objetivo principal	30
2.2	Objetivo secundário	30
3	MATERIAL E MÉTODOS	
3.1	Desenho do estudo	31
3.2	Local do estudo	32
3.3	População do estudo	34
3.4	Seleção dos participantes e critérios de inclusão	35
3.5	Coleta, identificação e descrição dos dados	36
3.6	Avaliação do ambiente educacional	37
3.7	Metodologia de interpretação do questionário DREEM e análise estatística dos dados	38
3.8	Considerações sobre os aspectos éticos	38
4	RESULTADOS.	
4.1	Perfil sociodemográfico da população estudada	40
4.2	Associação do perfil sociodemográfico da população do estudo com a pontuação do DREEM	45
4.3	Pontuação geral do DREEM	46
4.4	Percepção da Aprendizagem (Dimensão D1)	48
4.5	Percepção dos Preceptores (Dimensão D2)	49
4.6	Percepção dos Resultados Acadêmicos (Dimensão D3)	49
4.7	Percepção do Ambiente Geral (Dimensão D4)	50
4.8	Percepção das Relações Sociais (Dimensão D5)	51
4.9	Descrição comparativa da pontuação das percepções	52
4.10	Dificuldades operacionais	53
5	DISCUSSÃO	57

5.1	Perfil sociodemográfico da população do estudo e pontuação total do DREEM	57
5.2	Percepção do discente sobre a aprendizagem (dimensão D1) e sobre os preceptores (dimensão D2)	60
5.3	Percepção do discente sobre os resultados acadêmicos (dimensão D3)	62
5.4	Percepção do discente sobre o ambiente geral (dimensão D4)	63
5.5	Percepção do discente sobre as relações sociais (dimensão D5)	63
5.6	Percepção do discente a respeito do ambiente educacional com relação às cinco dimensões propostas no instrumento utilizado na pesquisa	64
5.7	Limitações da pesquisa	66
	CONCLUSÕES	68
	REFERÊNCIAS	70
	APÊNDICE A – Questionário sociodemográfico	76
	APÊNDICE B – Agrupamento das variáveis do questionário sociodemográfico	78
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	80
	ANEXO A – Questionário DREEM	81
	ANEXO B – Guia de Interpretação do DREEM para a pontuação total e para a pontuação das percepções	82
	ANEXO C – Guia de Interpretação do DREEM para a pontuação das afirmativas, classificadas com relação às percepções	83
	ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP HUGG/UNIRIO	85
	ANEXO E – Folha de Rosto do Projeto de Pesquisa	87

INTRODUÇÃO

Educação não transforma o mundo.
Educação muda pessoas. Pessoas transformam o mundo.

Paulo Freire

A motivação para ingressar no campo de estudo da educação médica mostrou-se fundamental para minha formação pessoal e acadêmica quando observei, na época de minha própria graduação, há onze anos, o desencanto expressado pelos colegas de turma e a frustração daqueles que desistiram do exercício da Medicina que tanto almejavam quando ingressaram no curso médico.

Nunca estive imune à essa sensação de decepção experimentada pelos companheiros de curso. Entretanto, a inserção precoce em atividades de Extensão Universitária, desde o primeiro período letivo, ampliou meus horizontes e minha capacidade de enfrentamento positivo da dura realidade vivenciada ao longo do curso de Medicina. A convivência salutar com alguns professores que se esmeravam em proporcionar um ensino ativo de qualidade motivou-me para um objetivo a ser alcançado: ser uma professora capaz de modificar, para melhor, a vida acadêmica dos estudantes de Medicina, assim como a minha vida havia se transformado pela influência dos bons professores de outrora. Não apenas os mestres do ensino médico, mas também aqueles com os quais aprendi a arte e a paixão pela docência, quando, na década de 90, cursei o antigo *colegial* desdobrando-me entre Curso Científico e o Curso Normal de formação de professores.

Conduzi, por consequência, a graduação em Medicina objetivando, no futuro, ser uma facilitadora do aprendizado e auxiliar os discentes na criação de possibilidades de desenvolvimento da vida e da carreira médica de forma a serem felizes com suas escolhas.

Diante da alegria e satisfação que sentia nas atividades extensionistas, no convívio com os usuários do hospital, nas pesquisas realizadas e nas monitorias ministradas, a observação daquele desencanto dos colegas causou-me grandes inquietações. As reflexões sobre as possíveis causas destas frustrações com a Medicina prosperaram na convivência com os estudantes de graduação quando cursei a residência médica no próprio hospital universitário onde estudei.

Ao orientar esses discentes em seus trabalhos de conclusão de curso e durante o período que acompanhavam os atendimentos que realizávamos juntos no hospital universitário, pude perceber que persistiam as dificuldades que vivenciei na graduação e que se descortinavam piores ao meu olhar de médica residente.

Essas dificuldades compreendem os sentimentos de angústia com relação, por exemplo, à formação médica, ao declínio da autoestima ao longo do curso médico e às dúvidas a respeito da própria capacidade para a realização das atividades acadêmicas com êxito e do exercício da profissão.

Atualmente, como professora concursada na instituição onde me graduei médica, as inquietações tornaram-se mais intensas com a observação das crescentes taxas de incidência e prevalência de ansiedade, depressão e suicídio entre discentes de graduação e pós-graduação, não apenas na própria Escola de Medicina e Cirurgia, como em todo o país.

Ao me debruçar sobre os fatores que poderiam contribuir para o desencanto dos colegas e a frustração dos discentes, encontrei nos conceitos sobre ambiente educacional (AE) possibilidades de respostas, uma vez que o AE compreende o tripé formado pela instituição de ensino, pelo professor e, especialmente, pelo educando.

Esta foi a motivação para fazer o mestrado com a temática de educação médica. Compreender a percepção do AE a partir do discente de Medicina com o intuito de me aprimorar enquanto professora e oferecer, às instituições de ensino informações, a respeito dos pontos críticos existentes no AE na visão do estudante, uma vez que a Educação é a única ferramenta capaz de transformar pessoas em cidadãos comprometidos com o ambiente social no qual estão inseridos.

Justificativa

As incidências de depressão e suicídio entre estudantes de Medicina são cinco vezes mais elevadas do que as da população em geral e as de outros grupos acadêmicos, conforme revelou o estudo sobre suicídio entre estudantes de Medicina e médicos realizado em 1998 por Meleiro⁽¹⁾ e publicado na Revista da Associação Médica Brasileira e, mais recentemente, a revisão bibliográfica de Cantilino⁽²⁾ publicada na Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM) em 2016. O estudo de Vasconcelos⁽³⁾, desenvolvido em 2015 e publicado na RBEM, mostrou prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em mais de 60% dos discentes de Medicina participantes da pesquisa. Um trabalho de conclusão de curso apresentado na Escola

de Medicina e Cirurgia, em junho de 2018, demonstrou que mais da metade dos discentes apresentou sintomas depressivos, com níveis significantes de depressão moderada e grave⁽⁴⁾.

Entre as razões que podem justificar tais taxas de ansiedade, depressão e suicídio, Vasconcelos⁽³⁾ aponta os seguintes fatores em seu estudo: o afastamento do discente de sua esfera familiar, o aumento do consumo de bebidas alcoólicas no decorrer do curso médico e o uso de ansiolíticos e anfetaminas em virtude do extenso conteúdo curricular a ser estudado, com o intuito de melhorar a atenção e se manterem acordados durante mais tempo. A pouca busca por tratamento por parte dos estudantes com a justificativa de temerem o estigma associado à procura de ajuda e terapêutica nas situações citadas, dificultam os cuidados psiquiátricos para os discentes de Medicina. Apesar do alto nível de aflição que acomete os estudantes de Medicina, apenas de 8% a 15% deles procuram cuidado psiquiátrico durante a sua formação:

Este fato é justificado por inúmeras razões: falta de tempo, estigma associado à utilização de serviços de saúde mental, custos e medo das consequências em nível curricular. Dentre os que procuram, cerca de 22% a 40% apresentam perturbação do humor, geralmente depressão⁽³⁾(Vasconcelos TC. 2015 p.136).

Um fator pouco estudado e que permeia os exemplificados acima de forma capilar é Ambiente Educacional, tanto em sua natureza material e afetiva, quanto em suas características físicas, psicológicas, sociais, pedagógicas e tecnológicas, apesar de diversos estudos contemplarem características específicas do AE^(5,6).

Como explica a pesquisadora Regina Guimarães⁽⁷⁾, em sua tese de doutorado realizado na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que versa sobre a trajetória de estudantes de Medicina na construção da identidade médica, a escolha de uma profissão implica em uma decisão pessoal com motivações profundas, conscientes ou não, que são influenciadas por diversas identificações com os pais, a família e a sociedade ao longo da vida:

(...) os “aspirantes-a-médicos” chegam felizes à universidade! Com muitos ideais, cheios de ideias, querendo ajudar as pessoas, salvar vidas, tirá-las do sofrimento (querem ter a tradicional relação pessoal com o paciente), também querem ‘operar’ (aprender a fazer cirurgias, tirá-las do sofrimento de um câncer, por exemplo), melhorar a saúde na sociedade, a qualidade de vida... e escolheram a medicina, por todos esses motivos, muitos dizem. Querem exercer, possivelmente, seu talento individual nesse lidar com as pessoas, ou seja, aprender a profissão para lidar com elas⁽⁷⁾(Guimarães RGM. 2007 p.11).

O pesquisador Sérgio Rego⁽⁸⁾, em seu estudo sobre a formação ética dos médicos, enfatiza que não se pode restringir a discussão sobre a formação profissional do médico aos aspectos inerentes à base técnica. O amplo processo de aprendizagem é resultante do envolvimento do discente na sociedade, e a escola médica é identificada como elemento crucial na aprendizagem profissional. Enfatiza, ainda, que ser médico implica em estabelecer relações com pacientes, com outros médicos e com outros trabalhadores da equipe de saúde. A conduta do médico é orientada por um conjunto de ideias, valores e padrões transmitidos e compartilhados, que lhe indicam os valores da profissão⁽⁸⁾.

De acordo com Luiz Ernesto de Almeida Troncon⁽⁹⁾, pesquisador na área de Educação Médica da Universidade de São Paulo (USP) e um dos criadores do Centro de Desenvolvimento Docente para o Ensino da USP, a formação médica não pode prescindir da transmissão de valores humanísticos e do aprendizado de conhecimentos próprios das ciências humanas, pois proporcionam o desenvolvimento dos estudantes em lidar com problemas com os quais eles inevitavelmente se defrontarão durante a prática médica.

Entretanto, os modelos tradicionais de ensino médico não oferecem este aprendizado, segundo Sérgio Rego⁽⁸⁾:

Mesmo hoje, quando muitas escolas experimentam novas abordagens pedagógicas, incentivando a capacidade de pensamento crítico e autônomo por parte dos alunos e não meramente entendendo-o como um receptáculo acrítico de informações, característica do chamado ensino bancário tradicional, quando considero a questão da competência moral, vejo que a maioria das escolas ainda patina na compreensão de que o indivíduo é uma tábua rasa, na qual os valores vão sendo escritos ou que tão somente o exemplo é suficiente para moldar o caráter dos futuros médicos⁽⁸⁾(Rego S. 2003 p.14).

O estudante de Medicina tende a reproduzir valores e comportamentos apreendidos de colegas considerados mais experientes, de preceptores, de professores, e da coletividade médica, na medida em que este jovem educando não é estimulado a refletir e questionar suas decisões no campo da moral⁽¹⁰⁾. Portanto, a instituição de ensino possui um papel tão importante quando o do professor, na formação do educando em Medicina, mesmo que a função pedagógica institucional seja diferente daquela legada ao docente.

Estudo publicado em 2005 na Revista da Associação Médica Brasileira, realizado no Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a respeito de circunstâncias eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de Medicina⁽¹⁰⁾, demonstrou que a instituição de ensino, um dos tripés do AE, parece ignorar que o local do treinamento prático se dá por escolha exclusiva do estudante quando busca, fora da

instituição, a formação que não encontra onde estuda. Entretanto, ao mesmo tempo que a instituição indiretamente parece estimular essa busca, não se envolve no processo de ensino ou de assistência nestes ambientes, isto é, não se compromete com o AE no qual o estudante está inserido, nem com a supervisão necessária para o devido aprendizado do aluno e para a assistência que é dada ao paciente.

Estes fatores psicológicos, sociais e pedagógicos citados igualmente compõem o Ambiente Educacional. Sem o comprometimento positivo da instituição e dos docentes, o educando percebe-se solitário em um AE hostil, o que implica em uma aprendizagem de má qualidade e, conseqüentemente, em um profissional com nível sofrível de competência e satisfação em relação à carreira escolhida.

Investigar e analisar a qualidade deste AE constitui uma ferramenta fundamental para a criação de políticas institucionais que garantam um ensino motivador e a qualidade de vida do estudante, tanto física quanto emocionalmente.

Este trabalho parte da inquietação da autora sobre AE da escola médica em que é docente e, a partir da análise da percepção do discente de Medicina a respeito do AE pretende contribuir para a melhora da qualidade do curso médico, levando em consideração o período de estudo em que o aluno se encontra e suas características sociodemográficas.

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 O ambiente educacional: a instituição de ensino, o professor e o educando

Segundo Troncon⁽¹¹⁾, os processos educacionais, independentemente das suas características, visam sempre a aquisição de conhecimentos e a incorporação, pelo educando, de novas habilidades e competências. Entretanto, um dos principais fatores dos quais o processo educacional depende, costuma ser ignorado:

A eficácia do processo educacional, que, em última análise, poderia ser entendida como a concretização do aprendizado, depende de vários fatores, dos quais, um dos mais importantes, é o ambiente educacional. Embora de grande importância, o ambiente educacional é frequentemente negligenciado⁽¹¹⁾(Troncon LEA. 2014 p.264).

Entende-se por AE o conjunto de elementos materiais e afetivos que permeiam o educando durante o curso médico. As características físicas correspondem aos componentes materiais como espaço físico geral, mobiliário, temperatura do ambiente, condições audiovisuais, iluminação e recursos para atender necessidades fisiológicas dos discentes. As afetivas correspondem ao modo como o educando percebe o ambiente e é por ele influenciado. Estas características permeiam as percepções das relações sociais, que se referem às diversas interações entre as pessoas, particularmente, entre os próprios estudantes. As práticas pedagógicas estão ligadas ao currículo, que pode ser mais centrado no discente ou no docente; e a relação com os instrumentos tecnológicos disponíveis para a facilitação do aprendizado, bem como ao acesso dos estudantes a estes recursos⁽⁵⁾.

O termo *ambiente educacional* tem sido utilizado de formas bem variadas, considerando o professor e o estudante como pontos balizadores. Uma forma de utilização muito comum é a que implica no conceito de AE como todo e qualquer contexto em que se dá o ensino e o aprendizado⁽⁵⁾.

Segundo Linda Hutchinson⁽⁶⁾, a instituição de ensino, os professores e o educando são os pilares do AE do curso médico. O primeiro pilar influencia por meio das características de seu currículo, da qualidade do ensino, da definição clara de objetivos, das atividades intra e extracurriculares, das avaliações, dos mecanismos de apoio psicológico e do ambiente físico, enquanto o segundo contribui com estilos e técnicas de ensino, com entusiasmo, com a

adequação aos ambientes oferecidos e com modelos de comportamento. O educando soma, a estes dois pilares, suas experiências prévias e seu sistema de crenças e valores, sua motivação e sua sensação de relevância do ensino. A conjugação harmoniosa destes três pilares favorece o aprendizado de forma positiva e engrandecedora.

O estudo de Cristian Herrera⁽¹²⁾, realizado com escolas médicas no Chile em 2010, explica dois pilares que compõe o AE:

(...) a instituição de ensino, com os cursos e currículos e o professor, seja ele individual, supervisor e/ou facilitador. A primeira é composta pelo estilo do currículo; qualidade de ensino; rotações clínicas e clareza do processo, objetivos e avaliação; e mecanismos de apoio. O segundo está relacionada ao estilo ou técnica de ensino, entusiasmo, maximização do ambiente físico e simulação de papéis. Esses fatores levam à motivação, relevância percebida e percepção das tarefas pelos alunos, que finalmente terminam em melhores resultados de aprendizagem⁽¹²⁾(Herrera C, Riquelme A, Someantri D. 2010 p.677).

O AE tem impacto direto no rendimento acadêmico dos estudantes, assim como na satisfação que sentem com o processo educativo, como demonstram estudos sobre avaliação do ambiente educacional⁽¹³⁾.

Esse impacto pode ser evidenciado por pesquisas realizadas na área de educação médica na área da saúde na Tailândia⁽¹⁴⁾ e em faculdades de Medicina na Índia⁽¹⁵⁾, no Chile⁽¹⁶⁾, na Arábia Saudita⁽¹⁷⁾, e em outros países. As mudanças no ambiente educacional não se restringem ao currículo e à sua forma de implementação. Abrangem a necessidade de se utilizar um instrumento válido que permita a detecção das variáveis que influenciam o AE e a avaliação das variáveis que favorecem ou dificultam o processo de ensino-aprendizagem dos estudantes de Medicina.

Todo empenho em reconhecer e aperfeiçoar o AE de uma faculdade de Medicina é fundamental para contribuir com o aperfeiçoamento e com a evolução do próprio processo educacional do ensino médico⁽¹⁸⁾. Segundo a pesquisa realizada por Genn, no Centro de Educação Médica da Universidade Pública de Pesquisa de Dundee (fundada em 1881, na Escócia), para analisar o AE é importante:

(...) considerar o ambiente organizacional de trabalho no qual as pessoas convivem. Esse ambiente organizacional é muito significativo, não apenas para os funcionários, mas também para os estudantes. A mesma avaliação de ambiente educacional pode ser usada com diferentes partes interessadas, fornecendo, por exemplo, comparações de professores e estudantes e é importante para ambos. A logística e a organização que o corpo docente experimenta no ambiente de trabalho é importante para o seu próprio bem-estar e o de seus estudantes. A escola médica é uma organização que aprende evoluindo e mudando na avaliação esclarecedora que faz de seu ambiente e seu currículo por meio dos estudos de pesquisa-ação. As

considerações sobre o ambiente na escola de medicina deve seguir uma linha contínua de melhoria da qualidade e inovação, que tende a promover a escola médica como uma organização que aprende com os benefícios correspondentes⁽¹⁸⁾(Genn JM. 2001 part 2 p.947).

A busca contínua de melhorar a qualidade desde ambiente promove benefícios nas escolas de Medicina, de maneira que se tornem verdadeiras organizações de aprendizagem. A menos que escolas médicas se tornem tais organizações, a sua qualidade e sua longevidade podem ser ameaçadas⁽⁵⁾.

Em sua tese de doutorado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 2008, Patrícia Fiedler⁽¹⁹⁾ destaca a importância da formação acadêmica e do currículo da instituição de ensino na saúde mental e na qualidade de vida do estudante de Medicina, características que influenciam diretamente na mensuração da qualidade do AE. Fiedler enfatiza que a maioria dos discentes que cursam escolas com estrutura curricular tradicional tem índices mais baixos na mensuração da própria qualidade de vida, que é influenciada pelos modelos curriculares do curso médico e pelos professores ao longo do curso:

O estudante de medicina tem um currículo de seis anos para adquirir as competências exigidas para o exercício da profissão, com atividades teóricas e práticas, em variados cenários de aprendizado, onde o professor deve ter a postura de facilitador da construção do conhecimento, nesse processo são utilizadas extensas cargas horárias⁽¹⁹⁾(Fiedler PT. 2008 p.16).

O curso médico no Brasil, em seus seis anos de duração, é dividido, tradicionalmente, em ciclo básico, ciclo clínico e internato. No ciclo básico, durante os dois primeiros anos do curso, o estudante tem contato com a biologia básica do ser humano por meio de disciplinas como Anatomia, Histologia, Fisiologia, Microbiologia, Parasitologia, além de Medicina Social, Estatística e Iniciação Científica. No ciclo clínico, durante o terceiro e quarto anos, e metade do quinto ano do curso, o discente tem aulas teóricas que abrangem grandes especialidades como a Clínica Médica, a Cirurgia, a Pediatria, a Ginecologia, a Obstetrícia, e outras disciplinas como Semiologia, Patologia, Doenças Infecciosas, Radiologia, Psiquiatria, Medicina Legal, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Ortopedia, Nefrologia, Cardiologia, Dermatologia e Anestesia.

No internato, no último um ano e meio do curso, o estudante passa pelo treinamento em serviço, com assistência a pacientes, sob a supervisão de professores nas diversas especialidades.

Essa distribuição é a mais comum em escolas com currículos mais tradicionais e segue o modelo flexneriano, proposto por Abraham Flexner⁽²⁰⁾, na época da reforma do ensino médico americano e canadense em 1910.

Esse modelo, habitual nas instituições de ensino no Brasil, privilegia a formação científica de alto nível, o estudo do corpo humano segundo órgãos e sistemas, fortalecendo as especialidades e disciplinas^(8,21).

Além das atividades de formação dentro da instituição, o estudante vivencia atividades de monitoria, de iniciação científica, de extensão universitária e de estágios, aumentando muito as horas dedicadas ao estudo e aprendizagem da Medicina.

Apesar do extenso currículo oficial, os discentes necessitam complementar sua aprendizagem em estágios extracurriculares. Em pesquisa realizada, em 2003⁽²²⁾, na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (FCM / UERJ), 93.7% dos estudantes pesquisados (63.74% do total de discentes da instituição no ano da pesquisa) tinham realizado pelo menos um estágio extracurricular durante dois dos seis anos do curso médico. As autoras Stella Regina Taquette, Lêda Maria da Costa-Macedo e Fátima de Barros Alvarenga concluíram que:

A principal razão externada por eles foi a necessidade de aperfeiçoamento prático. Devido à frequência elevada com que esta prática tem ocorrido, podemos concluir que há necessidade de reavaliar o currículo médico para apurar estas demandas dos alunos e criar estratégias de melhora do ensino⁽²²⁾(Taquette SR, Costa-Macedo LM, Alvarenga FB. 2003 p.175).

Tal excesso de atividades e exigências diminui o tempo disponível para que o possa se exercitar fisicamente, cuidar da sua saúde, se relacionar com a família e com os amigos ou desenvolver outros interesses. Dessa forma, a maneira como o curso de Medicina é estruturado influencia de forma basilar o AE e a qualidade de vida do estudante.

Para Rego⁽⁸⁾, a escola médica tem o papel fundamental de permitir que o educando reflita a respeito da realidade com a qual convive, se preparando para a vida profissional de maneira autônoma, respeitando o próximo e suas próprias visões de mundo, assim como os direitos humanos. Defende, ainda, que a educação não pode permanecer nas mãos de profissionais ignorantes pedagogicamente, ainda que estes sejam bons técnicos, explicando que:

Não é possível que se continue deixando a tarefa de preparar os futuros profissionais nas mãos daqueles que entendem ser suficiente a apresentação de um Código de Ética ou de meia dúzia de soluções pré-fabricadas para conflitos éticos aos alunos para se formar profissionais competentes desse ponto de vista. Não se pode continuar ensinando ética deixando os alunos como se estivessem assistindo a um filme de televisão⁽⁸⁾(Rego S. 2003 p.14).

O docente, uma das três bases que compõem o AE, influencia a percepção que o discente tem do AE, que, por sua vez, é afetado pelo contexto social, pelo ambiente em que a aprendizagem está ocorrendo e pela postura ética do professor⁽⁶⁾. Essa postura ética do docente, que se enquadra na complexidade crescente dos diversos setores da vida no âmbito mundial, nacional e local, tem demandado o desenvolvimento de capacidades humanas de pensar, sentir e agir de modo cada vez mais amplo e profundo, comprometido com as questões do entorno em que se vive⁽²³⁾.

Em artigo publicado na revista *Interface*, em 2011, as autoras Izabel Rios e Lilia Schraiber⁽²⁴⁾, defendem que:

(...) para o trato competente pelas interfaces técnicas e humanas da profissão, é necessário que, a partir do viver pedagógico na formação médica, se aprenda como tais dimensões se articulam. Em meio aos valores, modelos e inscrições de significado da cultura contemporânea, no exercício cotidiano das relações clínicas ou de ensino-aprendizagem, modos de subjetivação se realizariam, propiciando ou dificultando a experiência intersubjetiva necessária para o desenvolvimento de competências técnicas e ético-relacionais conjugadas⁽²⁴⁾(Rios IC, Schraiber LB. 2011 p.40).

Na década de 90, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), desenvolveu uma pesquisa com objetivo de avaliar o ensino médico no Brasil, de propor medidas que viessem a sanar as deficiências identificadas e de criar mecanismos de avaliação das escolas médicas e instrumentos de desenvolvimento de educação médica continuada. Uma das conclusões desta pesquisa aponta que, para a grande maioria dos professores médicos entrevistados, a docência constituiu-se como atividade complementar à profissão médica. Como decorrência deste perfil docente, a educação médica parece caracterizar-se como um processo de reprodução endógena, sem ênfase na produção do conhecimento e sem atenção ao AE no qual o discente está inserido⁽²⁵⁾.

Faz-se necessário que o docente se conscientize de seu papel fundamental no AE e se comprometa com uma educação capaz de promover no discente de Medicina a capacitação de amar a arte médica⁽²⁶⁾. Possa então, o professor, construir em si mesmo, a consciência de que necessita auxiliar o educando a compreender que o médico é um instrumento na promoção da cura e refrigério do sofrimento de seus pacientes^(26,27), auxiliando estes últimos a atender aos mais altos fins de suas existências enquanto seres humanos^(28,29).

Desse modo, se torna fundamental que o professor conheça o AE e as necessidades de aprendizado específicas dos discentes para os quais leciona, de maneira que possa utilizar-se de recursos pedagógicos e didáticos como estratégias na educação médica.

A docência em Medicina, longe de ser uma abstração ou uma mera atividade complementar à carreira médica, é uma construção contínua comprometida com uma formação profissional que extrapole a aprendizagem de procedimentos e técnicas⁽³⁰⁾.

Entendendo-se como uma peça chave do AE, o docente promoverá um ensino médico de melhor qualidade⁽³⁰⁾, incentivará e facilitará o fluir do caminho de aprendizado de futuros médicos verdadeiramente comprometidos com a Medicina.

O ambiente de aprendizagem é um fator determinante da conduta do jovem médico. O AE é a alma e o espírito em torno da escola médica e do currículo, e está relacionado com o sucesso, a satisfação e o êxito dos estudantes⁽⁵⁾. O currículo implementado na instituição de ensino médico não define o AE, contudo, assim como o corpo docente e corpo discente, é um dos fatores fundamentais para o adequado ambiente de ensino-aprendizagem. Portanto, em um país de dimensões continentais, onde as instituições ainda se encontram em processo de adequação de currículo e de infraestrutura, encontramos diferentes AE.

Visando à adequação do médico às necessidades de promoção em saúde da Medicina do Terceiro Milênio, a OMS⁽³¹⁾ tem ampliado a definição de saúde enquanto conceito e, nesse sentido, a definição do Escritório Regional Europeu da OMS se encontra em um patamar mais amplo, conceituando saúde como a capacidade de um indivíduo ou grupo de, por um lado, realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo⁽³²⁾.

A motivação do estudante está ligada ao senso de autorrealização, alcançado quando sua autoestima está preservada. Esta preservação depende do senso de pertencimento, da sensação de segurança em emitir opiniões e do bem-estar físico e emocional do educando. Estas relações são citadas por Hutchinson⁽⁶⁾ como uma hierarquia em forma de pirâmide, que tem como base as necessidades fisiológicas do estudante, posteriormente a sensação de segurança, o senso de pertencimento, a autoestima e, no topo da pirâmide, a autorrealização.

Múltiplos fatores influenciam diretamente no perfil do futuro médico e compõem o ambiente educacional, tais como o processo de ensino-aprendizagem, a relação dos discentes com os preceptores e/ou professores, os resultados acadêmicos esperados, a percepção a respeito do ambiente geral de ensino e das relações sociais que vivenciam durante os anos em que cursam a graduação em Medicina.

O discente, um dos objetos principais na relação ensino-aprendizagem, está condicionado às diretrizes institucionais e operacionais da escola médica, como os objetivos educacionais, formato e conteúdo do currículo, mecanismos e instrumentos de avaliação, bem

como a relação da escola médica com os cenários de prática⁽³³⁾. Capacitar o discente para ser ativo em seu próprio ensino, lhe oferecendo a possibilidade de contribuir em seu ensino, se constitui um ponto basilar do processo de ensino-aprendizagem.

1.2 A formação do médico

A organização do processo de formação do médico foi sendo produzida em meio à constituição da Medicina como prática e como ciência, refletindo as opções feitas em relação ao profissional que se desejava formar⁽³⁴⁾. A formação de um perfil específico de médico tende a ser imposta pela conjuntura politico-economico-social vigente, uma vez que esse perfil depende das características pessoais do discente aliadas ao ambiente educacional.

Apesar do ensino médico ocidental haver se institucionalizado formalmente após a Idade Média, a história exemplifica o quanto a conjuntura vigente influenciou para a caracterização deste ensino. Segundo Castiglioni⁽³⁵⁾, no século V d.C., a Medicina na Europa, assim como a cultura clássica greco-romana, se abrigou nos mosteiros impelida pela invasão do império Romano pelos bárbaros, encarregando as ordens religiosas de preservarem os manuscritos sobre a Medicina e cuidarem dos enfermos por meio da criação de hospitais de pequeno porte e albergues junto aos mosteiros, onde os doentes podiam ser atendidos. Por toda a Europa na época medieval, coexistiam clérigos com formação médica e médicos leigos. Os primeiros possuíam profundo conhecimento dos filósofos clássicos, enquanto os práticos eram possuidores de pouca cultura. Esta situação conservou-se por mais de três séculos, até a institucionalização do ensino em Salerno, na Itália do século X d.C., facultando o desenvolvimento de um currículo regular e o recebimento de verbas governamentais.

Em seu livro que versa a respeito da formação ética dos médicos, Sérgio Rego⁽⁸⁾ explica, de forma didática, a evolução do ensino médico e da Medicina. Esclarece que o Cristianismo manteve a concepção da enfermidade como punição aos pecadores, segregando leprosos e loucos, considerados impuros, e os hospitais europeus, em sua maioria, eram vinculados a instituições religiosas, oferecendo aos doentes um local minimamente digno para morrerem. Até a chegada do Iluminismo, os médicos, que eram sacerdotes em sua maioria, possuíam a função de salvar as almas dos impuros e, secundariamente, possibilitar certa sobrevivência aos enfermos. Pode-se compreender essa questão quando explicada por Foucault⁽³⁶⁾:

(...) se trata, essencialmente, de um tipo de hospitalização que não procura fazer do hospital um instrumento de cura, mas de impedir que seja foco de desordem econômica ou médica⁽³⁶⁾(Foucault M. 2017 p.178).

Foucault⁽³⁶⁾ problematiza, ainda, a questão da mudança de função dos hospitais e dos médicos, a partir do século XVIII, assinalando que a criação do hospital com fins terapêuticos esteve associada às políticas comerciais e militares, características dos Estados absolutistas:

Se os hospitais militares e marítimos tornaram-se o modelo, o ponto de partida da reorganização hospitalar, é porque as regulamentações tornaram-se mais rigorosas no mercantilismo, como também porque o preço dos homens tornou-se cada vez mais elevado. É nessa época que a formação do indivíduo, sua capacidade e suas aptidões passam a ter um preço para a sociedade⁽³⁶⁾(Foucault M. 2017 p. 178).

No início do século XX d.C., ocorreu uma grande modificação na educação médica devido a um minucioso trabalho realizado pela fundação Carnegie, nos EUA, com a proposta de modificar o padrão educacional vigente. Além de sugerir que os docentes tivessem acesso à melhor formação científica possível, inseria, na educação médica, o conceito de que o conhecimento devesse ser construído pelo discente, ativo em sua própria formação. Segundo a proposta de Flexner⁽²⁰⁾, sob o aspecto pedagógico, as atividades nos laboratórios e nas enfermarias são as principais fontes da instrução do futuro médico. No hospital de ensino, o discente responsabiliza-se pela história do paciente, realiza o exame clínico e exames complementares que se fizerem necessários, propõe diagnóstico e sugere a forma de conduzir o caso e o tratamento.

Entre as sugestões de Flexner, encontramos a obrigatoriedade do ensino laboratorial, o estímulo à contratação de docentes em tempo integral, a expansão do ensino clínico especialmente em hospitais, a vinculação das escolas médicas às universidades, a ênfase na pesquisa biológica de adequar a educação médica ao desenvolvimento das ciências médicas e o estímulo às pesquisas e sua vinculação ao ensino⁽⁸⁾.

O Relatório Flexner⁽²⁰⁾ sugeriu questões importantes para a transformação do ensino médico, entretanto, nem todas foram implementadas por serem consideradas inviáveis, como a redução do número de escolas médicas nos EUA. Entretanto, as manifestações contidas no relatório tinham tamanha força política que se tornaram equivalentes a uma lei e foram utilizadas para acreditação das escolas médicas americanas.

Na evolução do processo educacional, visto as modificações nos modelos de atendimento à população, seria possível extrapolar o conceito de laboratórios e enfermarias para os cenários de prática oferecidos pelas variadas agências de saúde e pelos múltiplos

níveis de complexidade das ações em saúde pública, sem perder a ênfase flexneriana no conceito de que a presença ativa do estudante de Medicina nos cenários de prática e o ambiente educacional que estes cenários oferecem são um dos modelos ideais de ensino médico.

Contudo, estas reformas, em sua maioria, não abrangeram componentes relativos à saúde mental dos discentes ou preocupações intrínsecas ao ambiente educacional⁽³⁷⁾. Um dos principais desafios sempre foi pensar a formação médica como um todo integrado e não como soma de conteúdos de diversas disciplinas e especialidades médicas⁽³⁸⁾.

1.3 O ensino médico no Brasil

O desenvolvimento do ensino médico no território brasileiro esteve ligado ao crescimento da sociedade desde sua origem, em 1808 d.C., na Bahia, após a chegada da família imperial portuguesa, sendo vinculado ao surgimento das instituições econômicas, militares, culturais e ao poder político⁽³⁹⁾. No mesmo ano, foi fundada a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro da UFRJ, com o nome de Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia e instalada no Hospital Militar do Morro do Castelo⁽³⁹⁾.

Em 1898, foi criada a Faculdade Livre de Medicina e Farmácia, em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, portanto o terceiro curso de Medicina no Brasil, de forma que no início do século XX existiam apenas três faculdades de Medicina no País⁽²⁵⁾. O modelo pedagógico adotado era o academicismo francês e a pesquisa era influenciada pela escola alemã. As reformas sucessivas e o tempo fizeram com que este modelo fosse totalmente substituído pelo americano, hegemônico no início do século XIX. Em 1908, Abraham Flexner, elaborou um relatório e recomendou reduzir o número e melhorar a qualidade das escolas, propondo um modelo de curso que foi adotado inicialmente nos Estados Unidos e logo em grande parte do mundo⁽³⁷⁾. Diversas reformas curriculares foram realizadas no ensino médico e nas escolas de Medicina brasileiros desde então e, há mais de sete décadas, as escolas médicas brasileiras encontram-se como alvo de recorrentes críticas e reavaliações.

Em seus estudos, Luiz Roberto Millan⁽⁴⁰⁾ explicita que um dos aspectos criticados no Relatório Flexner é que o ensino médico concentraria sua ênfase na doença e não no doente ou no indivíduo. Além disso, o relatório não valorizava a assistência médico-ambulatorial, nem se referia à função social da escola médica. O ensino era essencialmente

hospitalocêntrico, quando se reconhece hoje que pelo menos dois terços dos atendimentos médicos se resolvem em ambulatório, não necessitando de hospitalização⁽²⁵⁾.

Vários acontecimentos a partir da década de 1950 têm contribuído para o debate sobre reformas no ensino médico, de acordo com as autoras Maria Bernadete Gonçalves e Ana Maria Teresa Benevides-Pereira⁽³⁷⁾, a citar:

a) a criação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (Capes) e do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) para melhorar o ensino superior e incentivar a pesquisa; b) a atuação das Fundações Rockefeller e Kellog em apoio a projetos na área da saúde; c) a incorporação de conceitos como medicina integral, preventiva, comunitária e, posteriormente, medicina da família – movimentos ou propostas que pleiteavam reorganizar o ensino médico brasileiro, inclusive discutindo sobre o profissional que a escola deveria formar⁽³⁷⁾(Benevides-Pereira AMT, Gonçalves MB. 2009 p.484-485).

No Brasil, em 1958, entrou em vigor o Currículo Mínimo, de acordo com a legislação vigente⁽⁴¹⁾, tendo por base o modelo de ensino de um curso flexneriano⁽²⁰⁾. Historicamente, o currículo do ensino médico brasileiro atende a este modelo.

De acordo com a pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) existem, no Brasil, 1.95 médicos registrados para cada 1000 habitantes. Este índice se encontra abaixo da meta dos Ministérios da Saúde e da Educação do país, que é de estabelecer a relação de 2.5 médicos por 1000 habitantes em 2020⁽⁴²⁾. Entretanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) não definem um número desejável de médicos por habitante, pois este número depende de fatores regionais que diferem de região para região, país para país. Isso torna pouco válido o estabelecimento de um número ideal a ser aplicado de maneira generalizada⁽³¹⁾. O Brasil possui dimensões continentais, e o número ideal de médicos e leitos para uma população rural na Região Norte, não pode ser o mesmo que o exigido na Região Metropolitana de São Paulo, por exemplo. Esta diversidade regional proporciona ao jovem estudante de Medicina, do mesmo modo, ambientes educacionais diversos⁽⁴³⁾.

Em 2001, o governo brasileiro aprovou as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina (DCN)⁽⁴⁴⁾. As DCN recomendaram a mudança do formato dos cursos médicos no Brasil, de uma orientação espelhada na vertente flexneriana centrada na doença para ensino centrado no discente. Além disso, preconizaram práticas que estimulasse uma progressiva autonomia intelectual e profissional do estudante, para que favorecessem a articulação teoria-prática e desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem.

Em 2014, o governo brasileiro instituiu novas DCN⁽⁴⁵⁾, incentivando uma formação generalista do médico e possibilitando a implementação do Programa Mais Médicos⁽⁴⁶⁾. Este programa tem como objetivo garantir uma reestruturação do Sistema Único de Saúde – SUS / Brasil, modificando o AE dos discentes. Essa atualização das Diretrizes foi necessária para oferecer fundamentação à implementação do Programa Mais Médicos que, por meio de seus três eixos de atuação (provimento emergencial, educação e infraestrutura), estimula essa reestruturação, de forma a garantir a arcabouço necessário para que os médicos do Sistema Único de Saúde (SUS) atendam a população com o máximo de qualidade e motivação.

Os atuais requisitos para a formação acadêmica e a obtenção do grau de médico devem contemplar as DCN de 2014 nas áreas de Atenção, Gestão e Educação em Saúde⁽⁴⁵⁾. Estas diretrizes têm foco em modificações quanti-qualitativas do ensino médico no Brasil, principalmente relativas à Medicina de Família e à Atenção Básica, áreas antes pouco exploradas na formação médica. O Mais Médicos remodela o SUS por meio de seus três eixos de atuação que são o provimento emergencial de profissionais para regiões onde há carência de médicos, implementação de instituições de ensino médico voltadas para características de saúde regionais, e infraestrutura por meio da manutenção e construção física de serviços de saúde⁽⁴⁶⁾.

No sentido de aprimorar a relação entre as universidades e os gestores do SUS e promover melhores condições de inserção dos estudantes nos serviços de saúde, foi implantado, em 2015, o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)⁽⁴⁷⁾. O COAPES reúne os compromissos pactuados entre as instituições de ensino e os gestores municipais e estaduais do SUS em uma formalização transparente e organizada, garantindo que os estudantes da área da saúde possam atuar de forma supervisionada na rede pública de saúde, especialmente nas unidades básicas de saúde (UBS) e nas emergências, espaços de aprendizagem fundamentais para a formação dos alunos e para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS.

As DCN para os Cursos de Graduação em Medicina vigentes têm como objetivo assegurar às instituições de ensino médico brasileiras ampla liberdade na composição da carga horária, indicando campos de estudo sobre ensino-aprendizagem e incentivando uma formação generalista do médico, além de incentivar práticas que estimulem uma progressiva autonomia intelectual e profissional do estudante. Favorecem a articulação teoria-prática e desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem⁽⁴⁸⁾.

A adequação dos currículos às DCN está a cargo das universidades e faculdades médicas. É possível encontrar, nas diversas regiões do país, instituições cujos currículos tem

como base as diretrizes de 2014 por meio de reformas curriculares, instituições com currículos formados por uma miscelânea entre as DCN de 2001 e 2014 e, ainda, instituições cujo currículo mantém, como estrutura básica, o tradicional currículo mínimo flexneriano com pouca ou nenhuma modificação em sua estrutura educacional e pedagógica. De acordo com o artigo 38 das DCN de 2014⁽⁴⁵⁾, os cursos iniciados antes de 2014 devem adequar seus currículos progressivamente até 31 de dezembro de 2018.

Segundo Naomar de Almeida Filho⁽⁴⁹⁾, do ponto de vista pedagógico, o modelo de ensino flexneriano é considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos, e até perversos, sobre a formação profissional em saúde, o que vai de encontro a um AE adequado ao ensino médico de qualidade e às DCN.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal

Analisar o ambiente educacional de uma escola de Medicina na visão de seus discentes.

2.2 Objetivo secundário

Pesquisar a presença de associação entre as variáveis sociodemográficas dos discentes e suas percepções a respeito do processo de ensino-aprendizagem, dos docentes, dos resultados acadêmicos, do ambiente geral de ensino e das relações sociais.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Estudo observacional de corte transversal com coleta de dados por meio da aplicação de dois questionários: um para avaliação do ambiente educacional – o Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM)⁽⁵⁰⁾ (anexo A), validado para Brasil em 2003⁽⁵¹⁾; e outro para a coleta do perfil sociodemográfico dos participantes (apêndice A).

A inclusão de um questionário sociodemográfico foi sugerida pelos membros da banca de qualificação do projeto, em maio de 2017, como uma ferramenta reveladora do perfil dos estudantes participantes. Por meio de emenda, a utilização deste questionário foi aprovada pelo CEP/HUGG.

Existem diversos instrumentos construídos e validados para a avaliação do ambiente educacional, nos seus vários aspectos. Em nosso trabalho, optamos por um instrumento que analisa a percepção do discente a respeito do AE do processo de ensino-aprendizagem, dos preceptores e/ou docentes, dos resultados acadêmicos, do ambiente geral de ensino e das relações sociais.

O termo “percepção”, oriundo do latim *perceptione*, descreve o ato, efeito ou capacidade de perceber alguma coisa. Este termo será utilizado neste trabalho no sentido de expressar a visão ou o ponto de vista que o discente apresenta, como organiza e interpreta as suas impressões sensoriais para atribuir significado ao AE, como referido por Sue Roff e Sean McAleer no desenvolvimento e validação do questionário Dundee Ready Education Environment Measure – DREEM⁽⁵⁰⁾ (anexo A), escolhido para ser utilizado nesta pesquisa.

O questionário DREEM é considerado um instrumento de referência no âmbito do ambiente educativo nas escolas médicas, por ser projetado para avaliar a percepção do estudante sobre o ambiente educacional⁽¹³⁾. É composto por 50 afirmativas estruturadas segundo a escala Likert, com cinco possibilidades de respostas (discorda fortemente, discorda, não tem certeza, concorda e concorda fortemente).

Para cada uma das afirmativas é atribuída uma pontuação de 1 a 5, considerando 1(um) a de maior discordância e 5(cinco) a de maior concordância. Nove das afirmativas são de conotação negativa sendo-lhes atribuída interpretação inversa à pontuação encontrada. As afirmativas são agrupadas compondo cinco dimensões (percepção sobre o aprendizado, sobre

os professores, sobre a atmosfera educacional da instituição, sobre o próprio desempenho acadêmico e sobre a interação social no ambiente educacional), com uma pontuação própria para cada dimensão, resultante da soma das pontuações de cada afirmativa que a compõe.

Antes da entrega dos questionários aos estudantes, foi feita breve exposição acerca dos objetivos da investigação, da importância da colaboração dos mesmos para o estudo e do adequado preenchimento do questionário.

Questionários cuja pontuação estivesse abaixo de 50 e acima de 200 e que não fossem preenchidos corretamente (como ausência de resposta para alguma afirmação, rasura que impossibilite a certeza da pontuação atribuída à qualquer afirmação) foram desconsiderados para pontuação total do DREEM e classificados como perda amostral, pois para a pontuação total utiliza-se a média da soma simples de cada questionário. Para interpretação das percepções e da pontuação individual das afirmativas, não houve perda amostral devido ao método de interpretação do DREEM, uma vez que para a pontuação da afirmativa é feita a média da pontuação para aquela afirmativa específica e que para a pontuação da percepção, é feito o somatório destas médias de cada afirmativa.

O questionário sociodemográfico (apêndice A) foi confeccionado para esta pesquisa com as variáveis de interesse de forma a pesquisar a presença de associação entre essas variáveis sociodemográficas dos discentes e suas percepções a respeito do processo de ensino-aprendizagem, dos docentes, dos resultados acadêmicos, do ambiente geral de ensino e das relações sociais. Teve como base o Questionário do Estudante⁽⁵²⁾ aplicado no Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (Enade) em 2017. Este questionário do Enade tem por objetivo subsidiar a construção do perfil socioeconômico do estudante e obter uma apreciação quanto ao seu processo formativo.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em salas de aula e enfermarias do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – HUGG, da Escola de Medicina e Cirurgia – EMC, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, sito à Rua Mariz e Barros, nº 775, Maracanã, Rio de Janeiro – RJ, CEP 20270-901.

A Escola de Medicina e Cirurgia (EMC) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) é um curso graduação em Medicina localizado na capital do Estado do Rio

de Janeiro, Brasil. É uma tradicional instituição de ensino médico no país e formou mais 10.000 médicos até o ano de seu centenário de fundação, em 2012.

A EMC procedeu a sua primeira reforma curricular em 1999, de acordo com a legislação em vigor⁽⁴¹⁾, quando predominava, no Brasil, uma orientação espelhada na vertente positivista americana centrada na doença e antes de serem aprovadas as DCN. Em 2014, foi implementada uma nova reforma no currículo, tendo como base, entretanto, as diretrizes de 2001. Desde então, o ensino está em mudança. Atualmente, utiliza o sistema de créditos e está programado para uma duração mínima de 12 e máxima de 18 períodos letivos. A carga horária total do curso é de 8145 horas, sendo assim distribuídas: 4005 horas destinadas às disciplinas obrigatórias, 120 horas para as disciplinas optativas (carga horária mínima), 90 horas para o Trabalho de Conclusão de Curso, 390 horas para Atividades Complementares e 3540 horas cumpridas em regime de Internato. É um curso de funcionamento integral (manhã e tarde) e oferece cerca de 80 vagas por semestre⁽⁵³⁾.

Embora as DCN brasileiras tenham sido instituídas desde 2001, foi a partir de 2006 que a EMC começou a discutir formas de adequar seu curso às novas orientações do Ministério da Educação do Brasil. A reforma curricular na EMC durou aproximadamente doze anos, sendo implementada na prática a partir do primeiro semestre de 2014.

O projeto pedagógico da EMC⁽⁵⁴⁾ foi idealizado na década de 90, apesar do curso médico ter sido fundado em 1912. O modelo educacional em vigente na EMC, de uma maneira geral, possui o processo de ensino centralizado no professor e prioriza metodologias educacionais que propiciam a formação de indivíduos não-críticos, acomodados às informações recebidas, sem criatividade e capacidade de refletirem sobre a realidade em que vivem ou onde irão atuar. A matriz curricular apresenta carga horária mal distribuída quando se considera as características epidemiológicas da população brasileira. Por outro lado, não há integração entre as disciplinas, constituindo um currículo fragmentado numa série de disciplinas isoladas. O curso desenvolve-se majoritariamente em nível hospitalar e a inserção na atenção primária à saúde é insuficiente, apesar de esta inserção ser fundamental para a formação do médico generalista e o enfoque do curso não atende às atuais DCN.

No currículo atual da EMC coexistem disciplinas que ainda não sofreram as modificações propostas na reforma curricular e disciplinas modificadas. Estas passaram por algumas adequações, tais como de carga horária, com diminuição, aumento ou modificação do período letivo ao qual é oferecida aos discentes, devido à subutilização do tempo disponibilizado ou carência de horas para o ensino de determinada disciplina; e de metodologias de ensino e agrupamento em módulos temáticos de forma a diminuir a

fragmentação do ensino. Estabeleceu-se integração entre o ensino, os serviços oferecidos no hospital universitário e a comunidade por meio do COAPES⁽⁴⁷⁾ para inserção dos estudantes nos serviços de saúde do SUS fora do HUGG. Foram criadas as chamadas áreas verdes destinadas à pesquisa e extensão universitárias, que configuravam em espaço extracurricular, além de inclusão de disciplinas, antes optativas/eletivas, como obrigatórias.

As Diretrizes publicadas em 2014 fizeram emergir conceitos que não foram inclusos na reforma curricular implementada na EMC, demonstrando a existência de defasagem do currículo atual, mesmo após tão longa reforma, com relação às vigentes exigências do CNE, no que tange aos cursos médicos do país.

3.3 População de estudo

Foram selecionados discentes do curso de Medicina da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, onde a autora é docente. Foram escolhidos quatro grupos (tabela 01) para o estudo para se obter informações sobre o ambiente educacional, pertencentes a quatro ciclos distintos de ensino realizados na EMC, explicados a seguir:

- Primeiro período letivo: composto por discentes que ingressaram na universidade há alguns meses e que têm, como cenários de prática, os núcleos de atenção básica do SUS, viabilizados por meio dos COAPES. Participam de aulas teóricas com docentes da EMC / UNIRIO e aulas práticas com médicos não-docentes e que não pertencem ao quadro de funcionários da UNIRIO, em sua maioria. O currículo deste grupo passou pela reforma curricular acadêmica implementada na UNIRIO no início de 2014 e estão iniciando o ciclo básico.

- Quarto período letivo: composto por discentes que ingressaram na universidade há quase dois anos e que têm, como cenários de prática, os ambulatórios clínicos do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – HUGG / UNIRIO. Participam de aulas teóricas com docentes da EMC / UNIRIO e aulas práticas com docentes e médicos não-docentes que pertencem ao quadro de funcionários da UNIRIO, em sua maioria. O currículo deste grupo passou pela reforma curricular acadêmica implementada na UNIRIO no início de 2014 e estão terminando o ciclo básico e iniciando o ciclo clínico.

- Nono período letivo: composto por discentes que ingressaram na universidade há quase cinco anos (nove semestres letivos) e que têm, como cenários de prática, os

ambulatórios clínicos do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – HUGG / UNIRIO. Participam de aulas teóricas com docentes da EMC / UNIRIO e aulas práticas com docentes e médicos não-docentes que pertencem ao quadro de funcionários da UNIRIO, em sua maioria. O currículo deste grupo não passou pela reforma curricular acadêmica implementada na UNIRIO no início de 2014 e estão terminando o ciclo clínico e iniciando o internato.

Décimo segundo período letivo: composto por discentes que ingressaram na universidade há quase seis anos (onze semestres letivos) e que têm, como cenários de prática as enfermarias Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – HUGG / UNIRIO, enfermarias de outros hospitais e postos de saúde do SUS, conveniados (COAPES). Os grupos frequentam os ambulatórios e as enfermarias do HUGG em forma de rodízio. Participam de aulas teóricas e aulas práticas com docentes e médicos não-docentes da EMC / UNIRIO e com docentes e médicos não-docentes que não pertencem ao quadro de funcionários das diversas unidades conveniadas (COAPES). O currículo deste grupo não passou pela reforma curricular acadêmica implementada na UNIRIO no início de 2014 e estão terminando o internato.

Na tabela abaixo, podemos visualizar um resumo das características educacionais dos grupos escolhidos para o estudo.

Tabela 1 – Perfil educacional dos grupos participantes do estudo

Período letivo	Tempo cursado na EMC	Ciclo de ensino	Reforma curricular	Aulas teóricas (preceptores)	Cenários de prática
1º período	4 meses	Básico	Sim	Professores da EMC + Preceptores COAPES	Médicos COAPES / Posto de saúde
4º período	2 anos	Clínico	Sim	Professores da EMC	HUGG
9º período	4 anos e 6 meses	Clínico	Não	Professores da EMC	HUGG
12º período	6 anos	Internato	Não	Professores da EMC + Preceptores COAPES	HUGG / COAPES

Fonte: A autora, 2018

3.4 Seleção dos participantes e critérios de inclusão

Foram considerados elegíveis estudantes de ambos dos sexos, de qualquer idade, matriculados e cursando Medicina na instituição UNIRIO, do 1º, 4º, 9º e 12º períodos.

Foram incluídos todos os estudantes elegíveis que concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice C) antes de responder ao questionário DREEM (anexo A) e ao questionário sociodemográfico (apêndice A), que estivessem presentes em sala de aula no dia da aplicação do questionário (no caso do 1º, do 4º e do 9º períodos) ou presentes em ambiente de prática (12º período).

Casos omissos aos critérios descritos serão detalhados nos itens sobre os resultados e discussão.

3.5 Coleta, identificação e descrição dos dados

Os discentes foram recrutados para a pesquisa em sala de aula e em ambientes de prática e foram convidados a participar da pesquisa pela própria pesquisadora, duas semanas antes do final do semestre letivo. A coleta de dados ocorreu em julho e em novembro de 2017.

Os dados do primeiro, do quarto e do nono períodos foram coletados em sala de aula, após exposição teórica de disciplinas curriculares obrigatórias. No primeiro período, após aula de anatomia; no quarto período, após aula de Homeopatia e Outras Racionalidades Médicas e, no nono período, após aula de Medicina intensiva. Os dados do décimo segundo período foram coletados duas semanas antes de se graduarem médicos, nos ambientes de prática no hospital universitário, especificamente nas enfermarias e ambulatórios de Clínica Médica, de Clínica Cirúrgica, de Especialidades Clínico-Cirúrgicas (Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Traumatologia-ortopedia, Anestesiologia, Urologia, Dermatologia), de Pediatria e de Ginecologia e Obstetrícia.

A metodologia de análise tem como base pesquisa realizada no Hospital Dom Malan/Gestão IMIP (HDM/IMIP) localizado na cidade de Petrolina em Pernambuco, Brasil, durante o Internato Médico da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF)⁽³⁰⁾. Foram computados e comparados os scores e médias dos grupos individualizados aos quais foi aplicado o questionário. Os dados foram digitados em planilhas do Excel 2010 para Windows.

3.6 Avaliação do ambiente educacional

Em uma revisão sistemática na área de avaliação de AE, foram encontradas 31 publicações de instrumentos de avaliação do AE, entre 1966 e 2000⁽¹²⁾. Quatro instrumentos específicos preencheram requisitos de validade e fidedignidade ou confiabilidade. Um deles, o Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM) (anexo A) demonstrou-se mais abrangente e multifuncional, sendo o instrumento o escolhido para ser utilizado na presente pesquisa.

Vários métodos têm sido utilizados para avaliar o ambiente educativo em geral, mas somente um é específico para o ambiente de Educação Médica, DREEM^(50,55). O mesmo tem sido usado internacionalmente em diferentes contextos, sendo mais frequentemente aplicado na graduação, em estudantes de Medicina, e é utilizado em outros cursos da área da saúde⁽⁵⁵⁾.

Trata-se de um instrumento não específico para uma dada cultura, entendido como universal, permitindo assim a sua aplicação em variados contextos socioculturais⁽⁵⁵⁾. Foi validado em Português em 2003⁽⁵¹⁾. É uma ferramenta útil para uma série de efeitos relacionados com a avaliação, incluindo: diagnóstico, comparação de diferentes grupos, comparação do mesmo grupo em diferentes condições e análise da relação entre o ambiente educacional com outras medidas⁽¹³⁾.

Essa avaliação possibilita o delineamento do perfil da instituição de ensino e permite efetuar uma análise comparativa dos resultados obtidos dentro de uma faculdade ou de faculdades distintas e num mesmo curso ou cursos diferentes⁽⁵⁰⁾. Nesse contexto, o presente estudo de corte transversal, com aplicação do questionário DREEM^(50,55), tem como analisar o ambiente educacional de uma escola de Medicina na visão de seus discentes e pesquisar a presença de associação entre as variáveis sociodemográficas dos discentes e suas percepções a respeito do processo de ensino-aprendizagem, dos docentes, dos resultados acadêmicos, do ambiente geral de ensino e das relações sociais, possibilitando a identificação e descrição de fatores que auxiliam o processo ensino-aprendizagem e possíveis lacunas neste processo. A partir dos resultados encontrados, é esperado que, posteriormente, seja viável uma pesquisa a respeito de estratégias e recursos pedagógicos que promovam uma melhor instrumentalização do docente frente à percepção discente da instituição onde leciona e adequação do currículo médico às diretrizes de 2014.

3.7 Metodologia de interpretação do questionário DREEM e análise estatística dos dados

A média da pontuação atribuída a cada tipo de percepção foi avaliada segundo o guia prático de utilização do questionário DREEM (anexos B e C) proposto por McAleer e Roff^(30,56).

Na análise estatística das informações coletadas, a fim de comparar a pontuação das cinco dimensões e a pontuação geral do DREEM entre os grupos, foram utilizadas medidas de tendência central e dispersão (média e desvio padrão) para variáveis contínuas e distribuições de frequência (porcentagem) para as variáveis categóricas. Optou-se por agrupar as categorias das variáveis, cujas categorias apresentavam pequenos valores. Algumas respostas para as variáveis do questionário sociodemográfico foram agrupadas de acordo com o apêndice B.

As respostas aos questionários foram tabuladas de forma descritiva. Para variáveis numéricas, calcularam-se média e desvio padrão. Foi calculado o alpha de Cronbach para avaliação da consistência interna do Maslach Burnout Inventory (MBI). Foi aplicado o teste do χ^2 e o teste de hipóteses (t de Student) e da análise de variância (ANOVA) para avaliar a associação estatística entre a pontuação do DREEM e as variáveis do questionário sociodemográfico. de maneira a permitir a análise por meio do Considerou-se significância estatística $p < 0,05$.

A pontuação total de cada uma das cinco dimensões de percepções do ambiente educacional do questionário DREEM foram analisadas em associação às características sociodemográficas dos participantes do estudo.

As análises estatísticas foram realizadas por meio dos programas estatísticos R versão i386 3.5.0 e R Studio.

3.8 Considerações sobre os aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO (CEP/HUGG/UNIRIO) em 01/12/2016 e foi considerado relevante, com benefícios relacionados ao fornecimento dos resultados da pesquisa à direção do curso de Medicina da EMC/UNIRIO com a intenção de auxiliar no oferecimento de um ensino de melhor qualidade.

Os resultados poderão auxiliar nos ajustes no novo currículo. Número do CAE: 60942116.4.0000.5258 / Número do parecer: 1.845.082 (anexo D).

O projeto foi qualificado como positivo e viável para aplicação pela Direção da EMC e pelo superintendente do HUGG (anexo E).

Os participantes do estudo foram incluídos após aceitarem o TCLE em conformidade com Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde⁽⁵⁷⁾.

Não há conflito de interesse de nenhum dos profissionais envolvidos na pesquisa e a pesquisadora declara que atua na EMC / UNIRIO como “servidor ativo permanente na função de professora de Medicina Auxiliar Classe B Nível 03”.

4 RESULTADOS

4.1 Perfil sociodemográfico da população estudada

Participaram do estudo 210 estudantes, sendo 80 do primeiro período, 43 do quarto período, 44 do nono período e 43 do décimo segundo período.

Os discentes do primeiro período foram recrutados em dia de prova, sendo identificada apenas uma falta. Os discentes do quarto e do nono períodos foram recrutados em dia de aulas regulares, com índice de falta de 25% a 30% do total de matriculados em cada período, aproximadamente. Os participantes do décimo segundo período foram buscados ativamente, pois se encontravam em diferentes cenários de prática, resultando em participação de todos os estudantes deste grupo.

A base populacional do estudo compreende 800 discentes matriculados na EMC na época da coleta de dados. Duzentos e noventa e dois estudantes eram elegíveis à participação do estudo, porém duzentos e dez estudantes puderam ser incluídos efetivamente na pesquisa. Estes compreendem 72% do total dos estudantes matriculados nos períodos letivos analisados e 22% de todos os discentes matriculados na EMC à época da pesquisa.

Para se ter um panorama da população estudada, as principais características sociodemográficas estão descritas na tabela 2.

As respostas para as variáveis do questionário sociodemográfico foram agrupadas, de acordo com o apêndice B, de maneira a permitir a análise por meio do teste de hipóteses (t de Student) e da análise de variância (ANOVA). Em algumas variáveis, o número de participantes encontrado foi pequeno. Por exemplo, quando variável ‘cor’ foi analisada, foram encontrados 128 discentes brancos, 62 pardos, oito negros, nove de origem oriental e três de origem indígena. Com as variáveis agrupadas, o teste de hipóteses e a análise de variância foram realizados utilizando 128 discentes brancos e 82 discentes não brancos.

A média de idade entre os discentes pesquisados é de 23 anos, a maioria do sexo feminino (51%) e a maioria autodeclarou-se branca (59%) (Tabela 2).

No primeiro período, a média de idade é de 21 anos, a maioria do sexo masculino (55%) e a maioria considera-se de cor branca (51%) (Tabela 2).

No quarto período, a média de idade é de 23 anos, a maioria do sexo feminino (53.5%) e a maioria considera-se de cor branca (51%) (Tabela 2).

No nono período, a média de idade é de 25 anos, a maioria do sexo masculino (54.5%) e a maioria considera-se de cor branca (64%) (Tabela 2).

No décimo segundo período, a média de idade é de 27 anos, a maioria do sexo feminino (65%) e a maioria considera-se de cor branca (74%) (Tabela 2).

Para se ter um panorama da população estudada, as principais características sociodemográficas estão descritas na tabela 2.

Tabela 2 – Características sociodemográficas da população estudada de acordo com o total de estudantes pesquisados e por período letivo

	Total N = 210		1º período N = 80		4º período N = 43		9º período N = 44		12º período N = 43	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo										
Feminino	107	51%	36	45%	23	7,0%	20	47%	28	65%
Masculino	103	49%	44	55%	40	93%	24	53%	15	35%
Cor										
Branco	124	59%	41	52%	23	53%	28	64%	32	74%
Não branco	83	39%	38	47,5%	20	47%	15	34%	10	23%
NA	3	2%	1	0,5%	-		1	2%	1	3%
Idade										
< 20	44	21%	40	50%	4	9,0%	0	0%	0	0%
20-22	60	29%	24	30%	29	67%	7	17%	0	0%
23-25	46	22%	7	9%	6	15%	25	58%	8	19%
>26	59	28%	9	11%	4	9,0%	11	25%	35	81%
Média da idade (m)	23(m)		21(m)		23(m)		25(m)		27(m)	
Município onde cursou ensino fundamental										
Fora do Rio de Janeiro	121	58%	41	51%	20	46%	33	75%	27	63%
No Rio de Janeiro	89	42%	39	49%	23	54%	11	25%	16	37%
Estado onde cursou ensino fundamental										
Fora do Estado do RJ	78	37%	41	51%	10	23%	27	61%	22	51%
No Estado do RJ	132	63%	39	49%	33	77%	17	39%	21	49%
Município onde cursou ensino médio										
Fora do Rio de Janeiro	119	57%	19	24%	19	44%	33	75%	28	65%
No Rio de Janeiro	91	43%	61	76%	24	56%	11	25%	15	35%
Estado onde cursou ensino médio										
Fora do Estado do RJ	80	39%	39	49%	11	25%	26	59%	23	53%
No Estado do RJ	130	61%	41	51%	32	75%	18	41%	20	47%

Tipo de escola do ensino médio										
Pública	78	37%	20	25%	23	53%	9	20%	8	17%
Particular	130	62%	60	75%	20	47%	35	80%	35	83%
NA	2	1%	-		-		-		-	
Município morava antes de cursar a EMC										
Fora do Rio de Janeiro	111	53%	38	48%	17	40%	30	70%	25	58%
No Rio de Janeiro	99	47%	40	50%	26	60%	14	30%	18	42%
NA	-		2	2%	-		-		-	
Município onde mora atualmente										
Fora do Rio de Janeiro	19	10%	14	18%	2	5%	3	7%	0	0%
No Rio de Janeiro	191	90%	66	82%	41	95%	41	93%	43	100%
Estado onde morava antes de cursar a EMC										
Fora do Estado do RJ	75	36%	20	25%	10	23%	26	60%	19	44%
No Estado do RJ	135	64%	60	75%	33	77%	18	40%	25	56%
Estado onde mora atualmente										
Fora do Estado do RJ	1	0,5%	0	0%	1	2,5%	0	0%	0	0%
No Estado do RJ	209	99,5%	80	100%	42	97,5%	44	100%	43	100%
Com quem morava antes de cursar a EMC										
Parentes	184	88%	71	89%	39	90%	38	87%	36	81%
Amigos	17	8,0%	5	6%	2	5%	5	11%	5	12%
Sozinho	9	4,0%	4	5%	2	5%	1	2%	2	7%
Com quem mora atualmente										
Parentes	115	55%	58	72%	26	60%	16	36%	15	35%
Amigos	73	35%	12	15%	12	28%	24	54%	25	58%
Sozinho	22	10%	10	13%	5	12%	4	10%	3	7%
Tempo de deslocamento entre a residência e a EMC										
Até 30 min	94	45%	15	19%	17	39%	26	59%	36	84%
Entre 30 min e uma hora	41	20%	18	22%	11	26%	7	16%	5	12%
Entre uma e duas horas	38	18%	23	29%	8	19%	6	14%	1	2%
Entre duas e três horas	37	17%	24	30%	7	16%	5	11%	1	2%

Renda familiar										
Menor que R\$ 1.250,00 até R\$ 4.150,00	51	25%	25	31%	9	20%	8	19%	9	21%
De R\$ 4.151,00 até R\$ 12.250,00	87	41%	29	36%	24	56%	15	34%	19	44%
Mais de R\$ 12.250,00	68	32%	23	29%	10	24%	20	45%	15	35%
NA	4	2,0%	3	4%	-		1	2%	-	
Valor mensal para sustento próprio do discente										
Até R\$ 1.250,00	83	40%	44	55%	20	46,5%	11	25%	8	18,5%
Mais de R\$ 1.250,00	125	59%	36	45%	22	51%	32	73%	35	81%
NA	2	1,0%	-	%	1	2,5%	1	2%	1	0,5%
Trabalho do discente										
Não trabalha	183	87%	74	92%	37	86%	34	77%	38	88%
Trabalha	27	13%	6	8%	6	14%	10	23%	5	12%
Meio de ingresso na EMC										
SiSU – ENEM	166	79%	62	77%	27	63%	40	91%	37	86%
Cotas sociais	41	20%	18	23%	13	30%	4	9%	6	14%
NA	3	1,0%	-		3	7,0%	-		-	

NA: nenhuma das alternativas.

Fonte: A autora, 2018.

4.2 Associação do perfil sociodemográfico da população do estudo com a pontuação do DREEM

Entre as diferentes percepções, a visão mais negativa foi revelada por discentes do 12º período, pelos estudantes do sexo feminino, de idade maior que 26 anos e por quem mora com amigos. A tabela 3 refere-se aos dados agrupados em categorias e analisados conforme a pontuação total do DREEM.

Tabela 3 – Variáveis sociodemográficas e pontuação total do DREEM

Variável	N (%)	Média DREEM (DP)	P-valor
Período letivo *			<0.0001
1º período	56 (32%)	152.04 (16.98)	
4º período	38 (21.7%)	147.16 (14.46)	
9º período	38 (21.7%)	138.47 (18.03)	
12º período	43 (24.6%)	99.42 (6.90)	
Sexo *			0.0004
Feminino	89 (50.8%)	128.51 (25.26)	
Masculino	86 (49.2%)	141.93 (24.34)	
Cor •			0.05
Branco	105 (60.6%)	132.47 (26.97)	
Não branco	68 (39.4%)	140.09 (22.50)	
Idade *			<0.0001
< 20	31 (17.8%)	152.39 (16.69)	
20-22	52 (29.8%)	148.13 (16.67)	
23-25	38 (21.8%)	132 (22.45)	
>26	53 (30.6%)	114.02 (24.30)	
Município onde cursou ensino fundamental •			0.06
Fora do Rio de Janeiro	103 (58.8%)	132.02 (24.59)	
No Rio de Janeiro	72 (41.2%)	139.51 (26.73)	
Estado onde cursou ensino fundamental *			0.0006
Fora do Estado do RJ	67 (38.2%)	126.85 (24.08)	
No Estado do RJ	108 (61.8%)	140.22 (25.34)	
Município onde cursou ensino médio •			0.04
Fora do Rio de Janeiro	103 (58.8%)	131.77 (24.80)	
No Rio de Janeiro	72 (41.2%)	139.89 (26.23)	
Estado onde cursou ensino médio *			0.001
Fora do Estado do RJ	69 (39.4%)	127.51 (24.55)	
No Estado do RJ	106 (60.6%)	140.05 (25.27)	
Tipo de escola do ensino médio •			0.003
Pública	63 (36.2%)	142.33 (22.85)	
Particular	111 (63.8%)	130.74 (26.25)	
Município morava antes de cursar a EMC			0.14
Fora do Rio de Janeiro	94 (53.7%)	132.45 (24.91)	
No Rio de Janeiro	81 (46.3%)	138.19 (26.28)	
Município onde mora atualmente •			<0.0001
Fora do Rio de Janeiro	15 (8.5%)	150.33 (9.88)	
No Rio de Janeiro	160 (91.5%)	133.68 (26.21)	
Estado onde morava antes de cursar a EMC•			0.01
Fora do Estado do RJ	65 (37.1%)	128.69 (24.64)	
No Estado do RJ	110 (62.9%)	138.89 (25.57)	

Estado onde mora atualmente			
Fora do Estado do RJ	1 (0.5%)	---	---
No Estado do RJ	174 (99,5%)		
Com quem morava antes de cursar a EMC			0.58
Parentes	153 (87.4%)	135.33 (25.38)	
Amigos	14 (8%)	136.29 (33.01)	
Sozinho	8 (4.6%)	128.63 (16.69)	
Com quem mora atualmente *			0.0003
Parentes	92 (52.5%)	141.83 (23.93)	
Amigos	63 (36%)	124.33 (25.75)	
Sozinho	20 (11.5%)	138.1 (22.39)	
Tempo de deslocamento entre a residência e a EMC *			<0.0001
Até 30 min	84 (48%)	123.12 (24.70)	
Entre 30 min e uma hora	32 (18.2%)	143.34 (26.17)	
Entre uma e duas horas	31 (17.7%)	147.42 (21.01)	
Entre duas e três horas	28 (16.1%)	148 (14.48)	
Renda familiar			0.16
Menor que R\$ 1.250,00 até R\$ 4.150,00	41 (23.7%)	133.90 (25.16)	
De R\$ 4.151,00 até R\$ 12.250,00	76 (43.9%)	135.55 (25.98)	
Mais de R\$ 12.250,00	56 (23.4%)	134.70 (26.13)	
Valor mensal para sustento próprio do discente*			0.07
Até R\$ 1.250,00	69 (39.9%)	141.67 (23.35)	
Mais de R\$ 1.250,00	104 (60.1%)	130.38 (26.30)	
Trabalho do discente			0.95
Não trabalha	152 (86.9%)	135.06 (25.70)	
Trabalha	23 (13.1%)	135.39 (25.81)	
Meio de ingresso na EMC			0.41
SiSU – ENEM	142 (82%)	133.56 (25.66)	
Cotas sociais	31 (18%)	142 (25.60)	

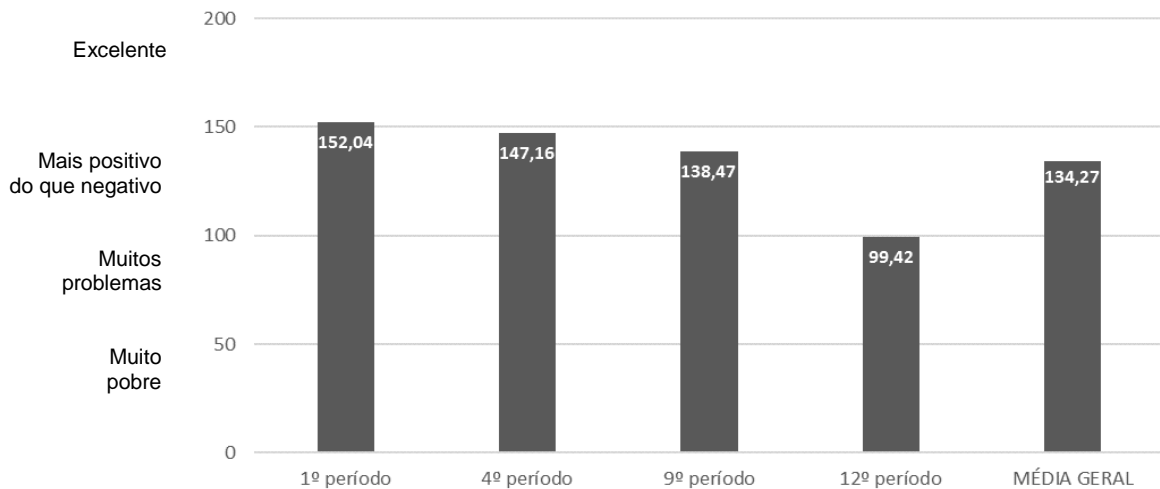
Nota: * P-valor < 0.05 – ANOVA / • P-valor < 0.10 – ANOVA

Fonte: A autora, 2018.

4.3 Pontuação geral do DREEM

A pontuação geral do DREEM revelou que o ambiente educacional (AE) foi percebido de forma diferente nos grupos pesquisados, e essa diferença foi estatisticamente significativa (P-valor <0.0001). De acordo com o guia de interpretação do DREEM(30,56) (anexos B e C), o AE geral foi percebido como excelente pelo primeiro período (“excellent” – 152.0) e mais positivo do que negativo pelo quarto e pelo nono períodos (“more positive than negative” – ambos 138.5). O décimo segundo período revela uma visão negativa do AE (“plenty of problems” – 99.4). A média entre os quatro grupos revelou um AE geral mais positivo que negativo (“more positive than negative” – 132.1) (gráfico 1).

Gráfico 1 – Percepção do Ambiente Educacional (DREEM): interpretação da pontuação dos períodos letivos e a pontuação média geral



Nota: Interpretação segundo o guia prático de utilização DREEM de McAleer e Roff⁽⁵⁶⁾.

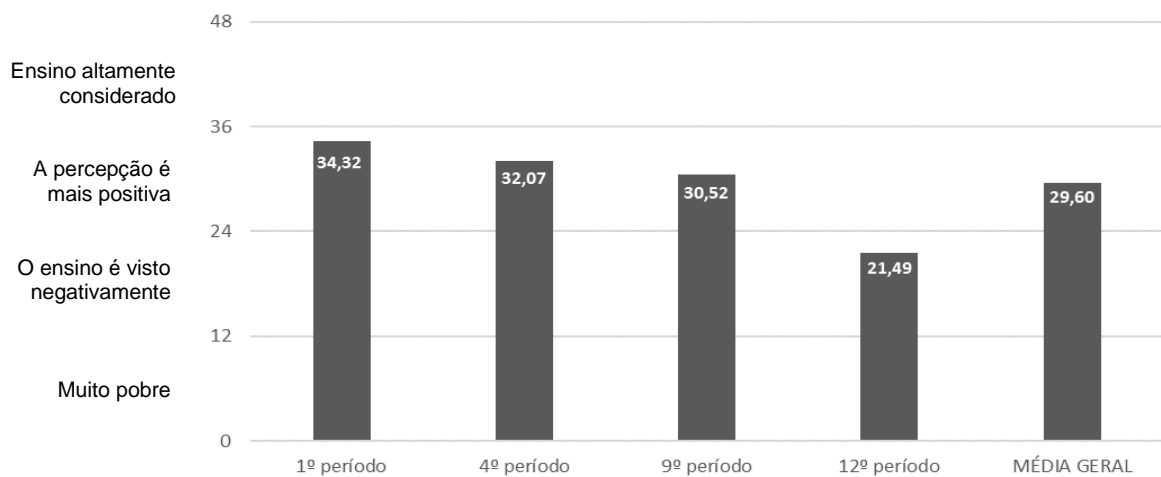
Fonte: A autora, 2018.

Houve diferença significativa de pontuação do DREEM entre os períodos letivos (P-valor <0.0001), os sexos (P-valor 0.0004), a cor autodeclarada (P-valor 0.05), as idades (P-valor <0.0001), o município e o Estado onde o discente cursou o ensino fundamental (P-valor 0.06 e P-valor 0.0006), o município e o Estado onde o estudantes cursou o ensino médio (P-valor 0.04 e P-valor 0.001), o tipo de escola onde cursou no ensino médio (P-valor 0.003), o município onde mora atualmente (P-valor <0.0001), o Estado onde morava antes de cursar a EMC (P-valor 0.01), com quem o discente mora atualmente (P-valor 0.0003), o tempo que o discente gasta em seu deslocamento entre sua residência e a EMC (P-valor <0.0001) e o valor mensal que o discente utiliza para seu próprio sustento (P-valor 0.07). Pontuações menores no DREEM significam percepção mais negativa do ambiente educacional e pontuações maiores do DREEM significam percepção mais positiva do ambiente educacional. Portanto, podemos afirmar que o ambiente educacional é percebido mais negativamente pelos discentes do 12º período, pelos estudantes do sexo feminino, pelas pessoas de cor branca, de idade maior que 26 anos, por quem cursou ensino fundamental e médio fora do município e do Estado do Rio de Janeiro, por quem mora no município do Rio de Janeiro, por quem morava fora do Estado do Rio de Janeiro antes de cursar a EMC, por quem mora com amigos, por quem utiliza até 30 minutos no deslocamento entre sua residência e a EMC e por quem utiliza até R\$ 1.250,00 no seu próprio sustento na faculdade. Não houve diferença significativa entre com quem e o município onde o discente morava antes de cursar a EMC (P-valor 0.14 e P-valor 0.58), entre discentes com diferentes rendas familiares, que trabalham ou não durante o curso de Medicina e com relação ao meio de ingresso (SiSU – ENEM e Cotas Sociais).

4.4 Percepção da Aprendizagem (Dimensão D1)

A pontuação encontrada revelou que o primeiro, o quarto e o nono períodos possuem uma percepção positiva da aprendizagem (“a more positive perception” – 34.32, 32.07 e 30.52 respectivamente), o que vai de encontro ao décimo segundo período, que revelou uma percepção negativa do ensino (“teaching is viewed negatively” – 21.49) (gráfico 2). Essa diferença de pontuação entre os períodos foi estatisticamente significativa. A média entre os quatro grupos foi de 29.6, revelando uma percepção geral mais positiva (“a more positive perception”) da aprendizagem (P-valor <0.05). A dimensão D1 sobre a percepção da aprendizagem é vista mais negativamente pelos discentes do 12º período, pelos estudantes do sexo feminino, de idade maior que 26 anos, por quem cursou ensino fundamental e médio fora do Estado do Rio de Janeiro, pelos discentes oriundos de escola particular, por quem mora no município do Rio de Janeiro mas morava fora do Estado do Rio de Janeiro, por quem mora sozinho, por quem utiliza até 30 minutos no deslocamento entre sua residência e a EMC e por quem utiliza mais de R\$ 1.250,00 no seu próprio sustento na faculdade (P-valor <0.05) (tabela 4).

Gráfico 2 – Percepção da Aprendizagem (Dimensão D1): interpretação da pontuação dos períodos letivos e a pontuação média geral



Nota: Interpretação segundo o guia prático de utilização DREEM de McAleer e Roff⁽⁵⁶⁾.

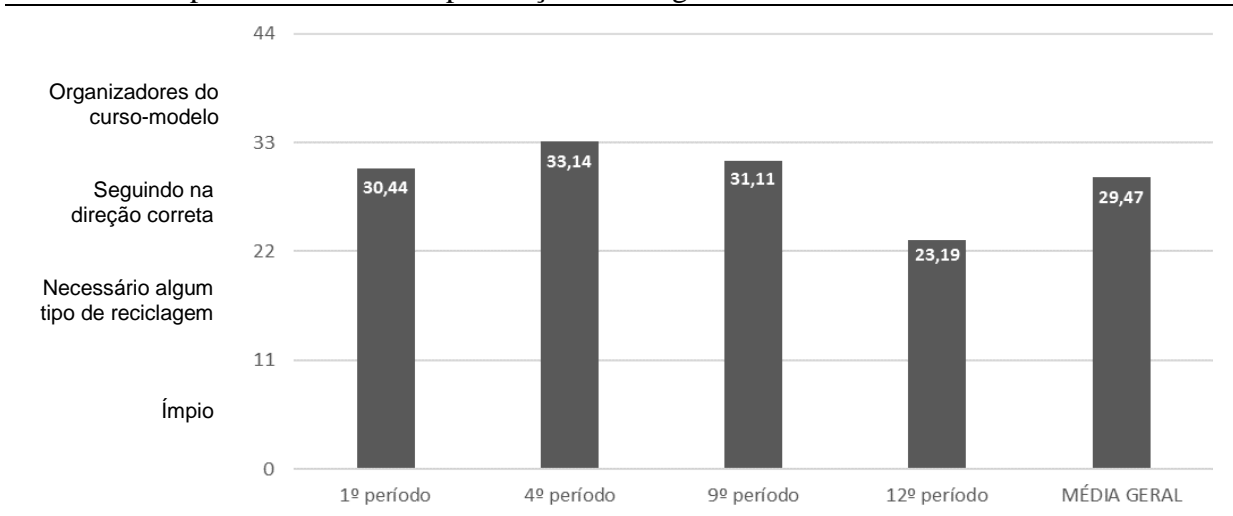
Fonte: A autora, 2018.

4.5 Percepção dos Preceptores (Dimensão D2)

A pontuação encontrada nos quatro grupos revelou uma boa percepção geral dos preceptores (“moving in the right direction”), com a média entre os quatro grupos de 29.47. A pontuação do 12º período é a menor, 23.19 (P-valor <0.05) (gráfico 3).

A dimensão D2 sobre a percepção dos preceptores é vista mais negativamente pelos discentes do 12º período, pelos estudantes do sexo feminino, pelas pessoas de cor branca, de idade maior que 26 anos, pelos discentes oriundos de escola particular, por quem mora com amigos, por quem utiliza até 30 minutos no deslocamento entre sua residência e a EMC, e por quem utiliza mais R\$ 1.250,00 no seu próprio sustento na faculdade. (P-valor <0.05) (tabela 4).

Gráfico 3 – Percepção dos Preceptores (Dimensão D2): interpretação da pontuação dos períodos letivos e a pontuação média geral



Nota: Interpretação segundo o guia prático de utilização DREEM de McAleer e Roff⁽⁵⁶⁾.

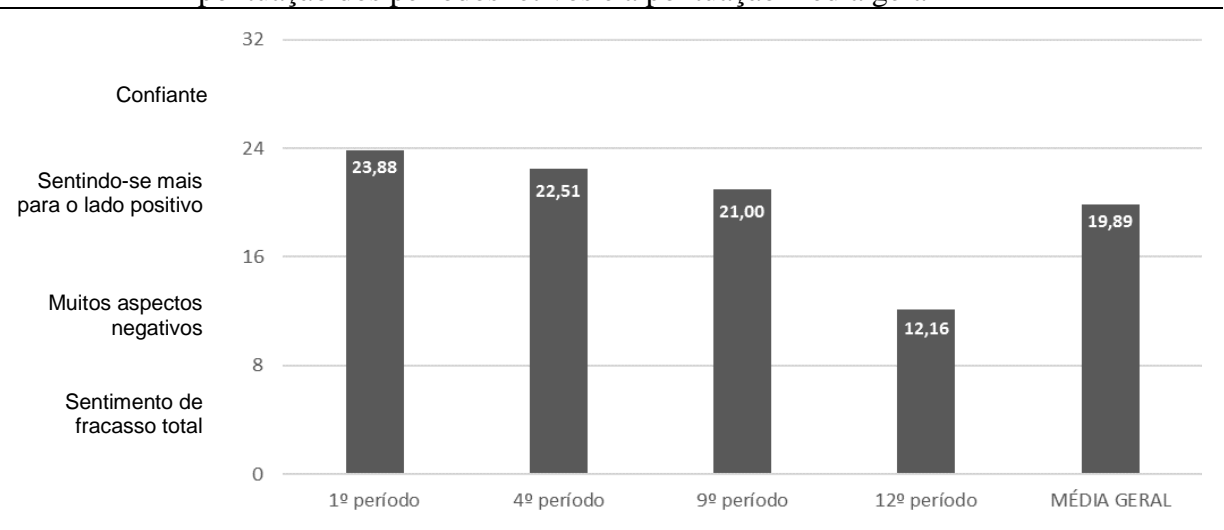
Fonte: A autora, 2018.

4.6 Percepção dos Resultados Acadêmicos (Dimensão D3)

A pontuação encontrada revelou que o primeiro, o quarto e o nono períodos possuem uma visão positiva com relação aos resultados acadêmicos (“feeling more on the positive side” 23.88, 22.51 e 21 respectivamente), o que vai de encontro ao décimo segundo período, que revelou uma percepção negativa (“many negative aspects” – 12.16). A média entre os quatro grupos foi de 19.88, revelando uma percepção mais positiva (“a more positive perception”) da aprendizagem (P-valor <0.05) (gráfico 4).

A dimensão D3 sobre a percepção dos resultados acadêmicos é vista mais negativamente pelos discentes do 12º período, pelos estudantes do sexo feminino, pelas pessoas de cor branca, de idade maior que 26 anos, por quem cursou ensino fundamental e médio fora do Estado do Rio de Janeiro, pelos discentes oriundos de escola particular, por quem mora no Estado do Rio de Janeiro mas morava fora do Estado do Rio de Janeiro, por quem mora com amigos e por quem utiliza de 30 minutos até uma hora no deslocamento entre sua residência e a EMC (P-valor <0.05) (tabela 4).

Gráfico 4 – Percepção dos Resultados Acadêmicos (Dimensão D3): interpretação da pontuação dos períodos letivos e a pontuação média geral



Nota: Interpretação segundo o guia prático de utilização DREEM de McAleer e Roff⁽⁵⁶⁾.
Fonte: A autora, 2018.

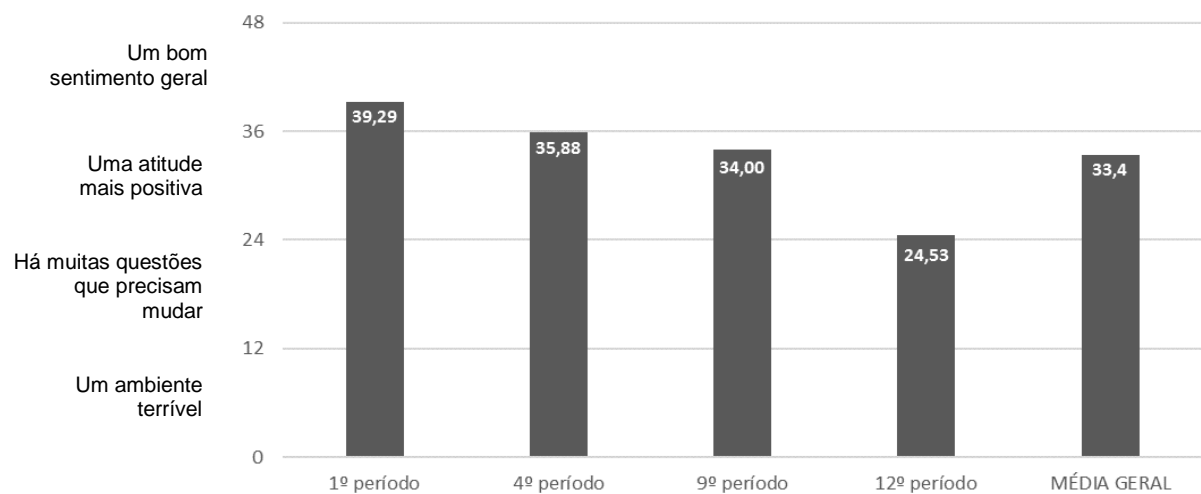
4.7 Percepção do Ambiente Geral (Dimensão D4)

O primeiro, o quarto e o nono períodos revelaram uma visão positiva com relação ao ambiente geral (“a good feeling overall” – 39.29 e “a more positive attitude” – 35.88 e 34, respectivamente). O décimo segundo período revelou uma visão negativa do ambiente geral (“there are many issues that need chanching” – 24.6). A pontuação média dos quatro grupos foi de 33.44, revelando uma visão positiva. (“a more positive attitude”) (P-valor <0.05) (gráfico 5).

A dimensão D4 sobre a percepção do ambiente geral é vista mais negativamente pelos discentes do 12º período, pelos estudantes do sexo feminino, pelas pessoas de cor branca, de idade maior que 26 anos, por quem cursou ensino fundamental e médio fora do município e

do Estado do Rio de Janeiro, pelos discentes oriundos de escola particular, por quem mora no município e no Estado do Rio de Janeiro mas morava fora do município e do Estado do Rio de Janeiro, por quem mora com amigos, por quem utiliza menos 30 minutos no deslocamento entre sua residência e a EMC e por quem utiliza mais de R\$ 1.250,00 no seu próprio sustento na faculdade (P-valor <0.05) (tabela 4).

Gráfico 5 – Percepção do Ambiente Geral (Dimensão D4): interpretação da pontuação dos períodos letivos e a pontuação média geral

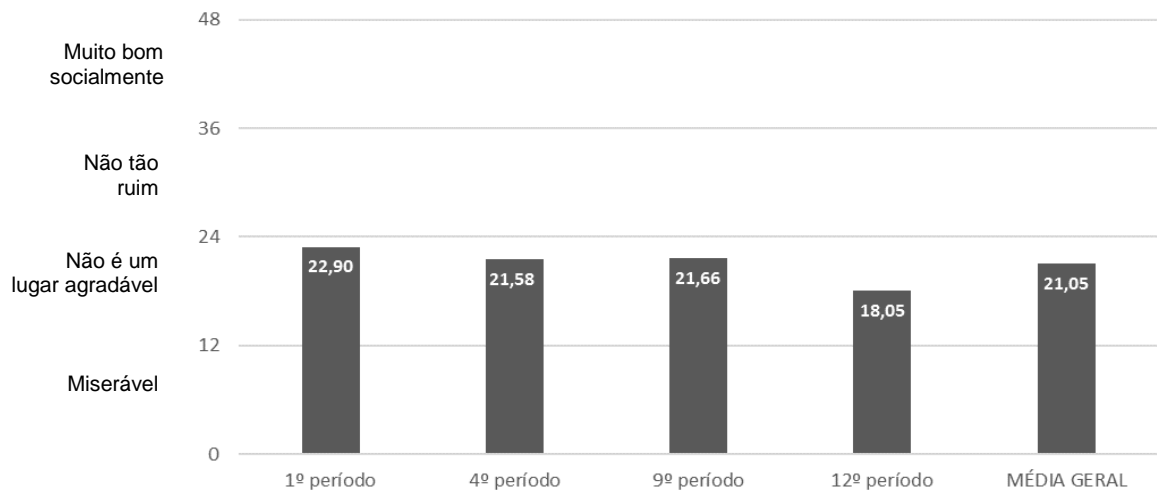


Nota: Interpretação segundo o guia prático de utilização DREEM de McAleer e Roff⁽⁵⁶⁾.
Fonte: A autora, 2018.

4.8 Percepção das Relações Sociais (Dimensão D5)

Os quatro grupos pesquisados revelaram uma visão negativa no ambiente de relações sociais (“not a nice place”), com pontuação média de 21.04 (P-valor <0.05) (gráfico 6). A dimensão D5 sobre a percepção das relações sociais é vista mais negativamente pelos discentes do 12º período, pelos estudantes do sexo feminino, de idade maior que 26 anos, por quem cursou ensino fundamental e médio fora do município e do Estado do Rio de Janeiro, por quem mora no município e no Estado do Rio de Janeiro mas morava fora do município e do Estado do Rio de Janeiro e por quem mora com amigos (P-valor <0.05) (tabela 4).

Gráfico 6 – Percepção das Relações Sociais (Dimensão D5): interpretação da pontuação dos períodos letivos e a pontuação média geral



Nota: Interpretação segundo o guia prático de utilização DREEM de McAleer e Roff⁽⁵⁶⁾.

Fonte: A autora, 2018.

4.9 Descrição comparativa da pontuação das percepções

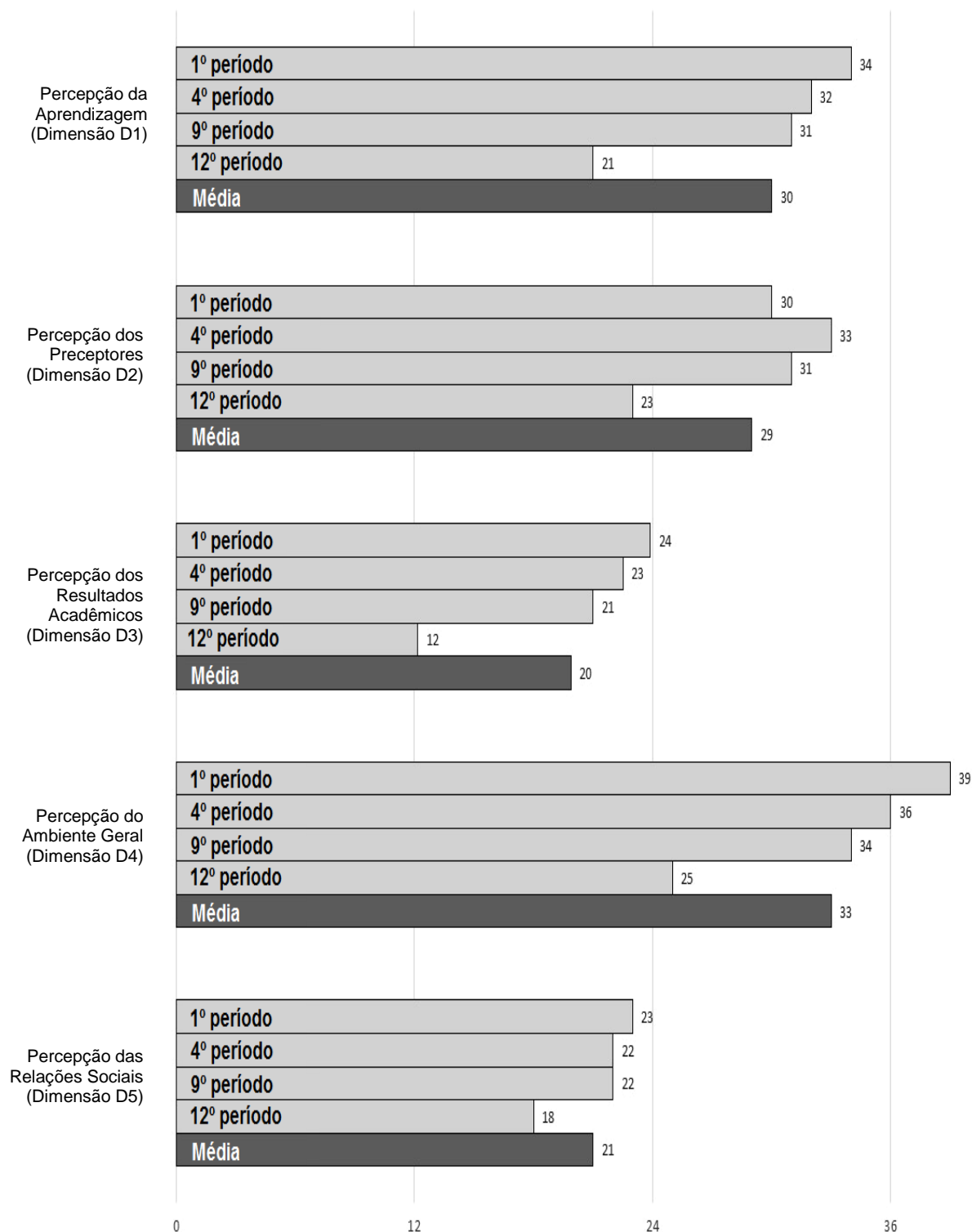
Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa ($P\text{-value} < 0.001$) entre o período letivo do estudante e as pontuações das cinco dimensões do DREEM. A maioria das pontuações decresce à medida que o discente avança no curso médico, demonstrando que uma percepção mais positiva do AE é encontrada nos primeiros períodos do curso e uma percepção mais negativa do AE é encontrada nos períodos finais do curso médico. Entretanto, como a pontuação da percepção é encontrada a partir da média das percepções dos períodos, as pontuações médias demonstram uma visão mais positiva do que negativa de maneira geral. Quando as pontuações por período são visualizadas individualmente e de maneira comparativa, é possível perceber em quais períodos as pontuações são maiores (visão mais positiva do AE) e em quais períodos as pontuações são menores (visão mais negativa do AE) (gráfico 7).

4.10 Dificuldades operacionais

A dificuldade operacional encontrada foi a leitura e o entendimento do preenchimento do questionário DREEM por parte dos discentes do primeiro período, uma vez que este questionário é composto por 50 afirmativas estruturadas segundo uma escala tipo Likert, com cinco possibilidades de respostas (discorda fortemente, discorda, não tem certeza, concorda e concorda fortemente). Foi necessário explicar detalhadamente a escala para estes discentes. Os estudantes do quarto, do nono e do décimo segundo período não demonstraram dificuldades de entendimento da escala Likert.

A aplicação do DREEM isoladamente, em estudo piloto realizado antes desta pesquisa, estimou o tempo de aplicação em 30 minutos. Entretanto, as afirmativas do DREEM e as perguntas do questionário sociodemográfico suscitaram diálogos a respeito do tema educação médica entre os participantes e a pesquisadora, o que promoveu um aumento significativo do tempo de aplicação dos questionários para até 90 minutos em todos os grupos pesquisados. Em uma possível replicação deste estudo, se sugere estimar a aplicação dos questionários em uma hora.

Gráfico 7 – Descrição comparativa da pontuação das percepções: interpretação da pontuação dos períodos letivos e a pontuação média de cada período



Nota: Interpretação segundo o guia prático de utilização DREEM de McAleer e Roff⁽⁵⁶⁾.
 Fonte: A autora, 2018.

Tabela 4 – Variáveis sociodemográficas e pontuação total do DREEM e das percepções

	DREEM TOTAL		PERCEPÇÃO D1		PERCEPÇÃO D2		PERCEPÇÃO D3		PERCEPÇÃO D4		PERCEPÇÃO D5	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Período letivo	*		*		*		*		*		*	
1º período	152.04	16.98	34.32	6.12	30.44	4.15	23.88	4.55	39.29	4.76	22.9	3.52
4º período	147.16	14.46	32.07	5.51	33.14	3.72	22.51	3.76	35.88	5.04	21.58	2.77
9º período	138.47	18.03	30.52	6.15	31.11	3.54	21	4.56	34	5.56	21.66	3.15
12º período	99.42	6.90	21.49	2.79	23.19	2.33	12.16	1.93	24.53	3.06	18.05	1.66
Sexo	*		*		*		*		*		*	
Feminino	128.51	25.26	28.85	7.22	28.95	4.93	18.91	5.87	32.89	7.10	20.56	3.32
Masculino	141.93	24.34	32.09	6.92	30.37	4.94	22.35	5.50	36.09	6.93	22.22	3.43
Cor	*		*		*		*		*		*	
Branco	132.47	26.97	30	7.33	29.06	5.37	19.98	6.32	33.76	7.23	21.29	3.64
Não branco	140.09	22.50	31.28	7.04	30.61	4.20	21.60	5.19	35.75	6.82	21.52	3.25
Idade	*		*		*		*		*		*	
< 20	152,39	16,69	34,68	6,05	30,77	3,84	23,77	4,70	38,52	4,62	23,16	3,39
20-22	148,13	16,67	33,48	5,83	31,95	4,25	23,32	4,28	37,88	4,95	22,12	3,39
23-25	132	22,45	29,22	6,35	29,52	4,72	19,54	5,62	32,85	6,19	21,13	2,92
>26	114.02	24,30	25,02	6,40	26,46	5,01	16,24	5,64	29,17	7,74	19,44	3,09
Município onde cursou ensino fundamental	*		*		*		*		*		*	
Fora do Rio de Janeiro	132.02	24.59	29.83	7.13	29.47	4.99	19.96	5.65	33.35	6.85	20.83	3.14
No Rio de Janeiro	139.51	26.73	31.27	7.36	29.89	4.96	21.46	6.23	35.98	7.38	22.11	3.76
Estado onde cursou ensino fundamental	*		*		*		*		*		*	0
Fora do Estado do RJ	126.85	24.08	28.68	7.09	28.76	4.93	18.88	5.65	32.08	6.65	20.60	2.96
No Estado do RJ	140.22	25.34	31.48	7.15	30.17	4.95	21.61	5.89	35.87	7.13	21.83	3.67
Município onde cursou ensino médio	*		*		*		*		*		*	
Fora do Rio de Janeiro	131.77	24.80	29.65	7.18	29.24	4.77	19.92	5.86	33.05	6.81	20.97	3.20
No Rio de Janeiro	139.89	26.23	31.47	7.23	30.19	5.21	21.48	5.95	36.31	7.27	21.91	3.73
Estado onde cursou ensino médio	*		*		*		*		*		*	
Fora do Estado do RJ	127.51	24.55	28.8	7.06	28.86	4.91	19.06	5.86	32.14	6.71	20.65	3.02
No Estado do RJ	140.05	25.27	31.45	7.19	30.13	4.97	21.54	5.80	35.89	7.11	21.82	3.65
Tipo de escola do ensino médio	*		*		*		*		*		*	
Pública	142.33	22.85	32.37	6.99	30.54	4.38	21.94	5.62	36.33	6.02	21.29	3.24
Particular	130.74	26.25	29.14	7.10	29.05	5.24	19.7	5.97	33.22	7.56	21.37	3.59
Município morava antes de cursar a EMC	*		*		*		*		*		*	
Fora do Rio de Janeiro	132.45	24.91	30.00	7.23	29.37	4.95	20.11	5.85	33.37	6.79	20.86	3.20

No Rio de Janeiro	138.19	26.28	30.92	7.26	29.96	5.01	21.14	6.02	35.69	7.43	21.95	3.67
Município onde mora atualmente	*		*				*		*		*	
Fora do Rio de Janeiro	150.33	9.88	33.79	4.92	30.53	4.02	22.74	3.46	37.26	4.76	23.53	3.06
No Rio de Janeiro	133.68	26.21	30.10	7.36	29.56	5.06	20.38	6.09	34.18	7.33	21.16	3.44
Estado onde morava antes de cursar a EMC	*		*				*		*		*	
Fora do Estado do RJ	128.69	24.64	29.04	7.19	28.95	4.99	19.43	5.92	32.61	6.58	20.67	3.11
No Estado do RJ	138.89	25.57	31.21	7.18	30.04	4.94	21.24	5.87	35.49	7.32	21.77	3.60
Com quem morava antes de cursar a EMC												
Parentes	135.33	25.38	30.53	7.25	29.58	4.99	20.67	5.90	34.61	7.14	21.48	3.49
Amigos	136.29	33.01	31.53	7.53	30.24	5.26	20.24	7.28	33.94	8.68	20.35	3.74
Sozinho	128.63	16.69	26.56	5.90	30	4.44	19.78	4.29	32.44	5.03	21.11	1.96
Com quem mora atualmente	*		*		*		*		*		*	
Parentes	141.83	23.93	31.8	6.76	29.91	4.90	21.81	5.61	36.44	6.82	22.25	3.63
Amigos	124.33	25.75	28.45	7.72	28.63	4.96	18.75	6.09	31.64	6.99	20.05	3.03
Sozinho	138.1	22.39	29.91	6.77	31.64	4.83	20.36	5.70	33.45	6.54	21.18	2.54
Tempo de deslocamento entre a residência e a EMC	*		*		*		*		*		*	
Até 30 min	123.12	24.70	27.5	6.77	28.07	5.01	18.28	6.00	30.85	6.70	20.24	3.18
Entre 30 min e uma hora	143.34	26.17	32.36	7.77	30.68	5.08	21.76	5.93	36.71	6.74	22.02	3.13
Entre uma e duas horas	147.42	21.01	32.42	6.58	30.79	4.22	22.39	5.24	37.53	6.56	22.82	3.56
Entre duas e três horas	148	14.48	33.73	5.69	31.32	4.45	23.35	4.16	38	5.10	22.05	3.64
Renda familiar												
Menor que R\$ 1.250,00 até R\$ 4.150,00	133.90	25.16	31.08	7.58	29.84	4.60	20.35	6.39	34.61	6.84	20.53	3.37
De R\$ 4.151,00 até R\$ 12.250,00	135.55	25.98	29.95	7.33	30	5.16	20.57	5.59	33.99	7.16	21.46	3.61
Mais de R\$ 12.250,00	134.70	26.13	30.07	6.79	28.84	5.05	20.47	6.10	34.68	7.61	21.76	3.29
Valor mensal para sustento próprio do discente	*		*				*		*			
Até R\$ 1.250,00	141.67	23.35	31.70	7.19	29.78	4.84	21.83	5.46	36.52	6.66	21.93	3.48
Mais de R\$ 1.250,00	130.38	26.30	29.55	7.22	29.49	5.08	19.72	6.13	33.01	7.23	20.98	3.44
Trabalho do discente												
Não trabalha	135.06	25.70	30.28	7.24	29.55	5.07	20.63	5.97	34.69	7.19	21.49	3.39
Trabalha	135.39	25.81	31.48	7.30	30.33	4.28	20.33	5.79	32.89	7.06	20.63	3.91
Meio de ingresso na EMC												
SiSU – ENEM	133.56	25.66	30.02	7.24	29.49	5.11	20.39	6.01	34.11	7.28	21.34	3.53
Cotas sociais	142	25.60	32.05	7.28	29.88	4.35	21.37	5.82	35.85	6.72	21.44	3.29

Nota: * P-valor < 0.05 – ANOVA / • P-valor < 0.10 – ANOVA. A variável 'Estado onde mora atualmente' foi retirada da análise comparativa porque 99,5% dos discentes moram no Estado do Rio de Janeiro.

Fonte: A autora, 2018.

5 DISCUSSÃO

A aceitação do questionário por parte dos discentes foi boa, em semelhança com outros estudos realizados com o questionário DREEM^(30,50,58-62). Todos os 210 discentes que atendiam aos critérios de inclusão concordaram em participar da pesquisa.

5.1 Perfil sociodemográfico da população do estudo e pontuação total do DREEM

Os estudantes que se autodeclararam brancos perceberam o ambiente educacional de forma mais negativa do que os que se autodeclararam negros, pardos, de origem indígena ou de origem oriental. A diferença de percepção do AE entre os estudantes universitários, segundo sua cor autodeclarada foi estatisticamente significativa, o que vai ao encontro de estudos como de Machado e Barcelos⁽⁶³⁾, que demonstram diferenças nos padrões de interesse e sociabilidade entre negros e brancos cursando nível superior, principalmente nos itens referentes à percepção dos discentes com relação aos preceptores, aos seus próprios resultados acadêmicos e ao ambiente em geral.

No Brasil, apesar de mais da metade da população ser formada por pretos e pardos, as universidades, principalmente as públicas, sempre foram um reduto quase exclusivamente de brancos⁽⁶⁴⁾. Uma pesquisa realizada na Universidade Federal de Santa Catarina⁽⁶⁵⁾, em 2006, estudou a distribuição étnico-racial na instituição e verificou a baixa proporção de estudantes negros candidatos e aprovados no vestibular e matriculados na referida universidade. Os autores verificaram baixa proporção de estudantes negros candidatos e aprovados no vestibular e matriculados na referida universidade e duplicação do número de vagas e a reserva de 50% das vagas para egressos de escola pública não alteram esse perfil étnico-racial. O aumento do número de vagas indica que políticas sensíveis à cor têm de ser utilizadas para aumentar a proporção de estudantes negros no ensino superior público e contribuir para a redução de desigualdades raciais no Brasil. Nesta pesquisa, foram simuladas diferentes proporções de reservas de vagas: 15%, 20% e 5% de negros, esta última somente para oriundos de escola pública. Em geral, a redução da nota mínima de ingresso em cursos de diferentes níveis de prestígio social é da ordem de 10% ou menos, não indicando um quadro de expressiva queda da qualidade de ensino.

Em agosto de 2012, a presidente Dilma Rousseff sancionou a Lei 12.711⁽⁶⁶⁾, conhecida como Lei de Cotas Sociais. Esta lei tornou obrigatório que, até agosto de 2016, todas as instituições federais de ensino reservassem no mínimo 50% das vagas para estudantes que cursaram todo o ensino médio em escolas da rede pública .

Atualmente, o panorama racial e social das escolas públicas encontra-se diferente como verificado, por exemplo, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul⁽⁶⁷⁾, em 2017. Antes da adoção das cotas, a proporção de egressos de escolas públicas autodeclarados negros (incluindo nessa categoria pretos e pardos) era de 3,27% do total de classificados. Com a adoção das cotas, esse número passou para 11,03%, caracterizando um impacto altamente significativo.

Estudantes que utilizam até R\$ 1.250,00 no seu próprio sustento na faculdade percebem o AE de forma mais negativa que os outros grupos, de forma estatisticamente significativa. Esse dado vai ao encontro de uma pesquisa realizada com estudantes de Medicina da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo em 2011⁽⁶⁸⁾. Em sua tese de doutorado, a autora descreve que os discentes das classes C/D possuem menor escore global de qualidade de vida.

Menos recursos financeiros utilizados pelo estudante em seu próprio sustento estão relacionados a uma menor qualidade de vida e à uma visão mais negativa do ambiente educacional⁽⁶⁹⁾. Estudo realizado em 2015, em uma universidade pública do Estado do Rio de Janeiro⁽⁶⁹⁾ descreve que muitos estudantes de medicina são provenientes de bairros ou cidades distantes de onde está situada a faculdade e vivem um processo de separação da família. A esse processo podem associar-se dificuldades materiais que prejudicam a integração ao novo espaço social que habitam.

Na França, no fim do século XX, alguns estudiosos, como Erlich⁽⁷⁰⁾, procuraram compreender a transição do *estudante herdeiro* para o *novo estudante* (termos propostos pelo autor). De acordo com o autor, o estudante herdeiro manteria características marcadas pelo cultivo da erudição, como literatura clássica, teatro e pintura. O novo estudante seria mais diverso e multifacetado em relação ao herdeiro. Houve, então, um deslocamento do olhar para a vida cotidiana dos estudantes, suas jornadas estudantis, seu modo de vida, sua relação com o trabalho universitário, suas maneiras de estudar, para o financiamento da vida estudantil, para os alojamentos, para a alimentação e para a saúde deste estudante novo.

No Brasil, há alguns anos, movimentos sociais, intelectuais, pesquisadores e gestores de políticas públicas tem feito considerações sobre o acesso das camadas menos favorecidas da população ao ensino superior⁽⁷¹⁾. Segundo Almeida, a universidade, para estes estudantes

novos, das classes sociais C e D, aparece como algo mágico, mítico, inatingível, sagrado, marcando fronteiras entre os que conseguem ingressar nesse espaço e os que não obtêm êxito. Fazer parte de um local prestigioso, tendo reconhecimento familiar e social, aparece como uma sensação de ter alcançado o sublime. Essa sensação de ter alcançado algo inatingível que os estudantes de baixa renda apresentam, no estudo de Almeida, parece influenciar na forma como percebem o AE. Estes estudantes parecem relevar problemas e situações negativas do AE. Essa característica propicia que os estudantes das classes C e D apresentem uma percepção mais positiva que os estudantes das classes sociais A e B, que parecem mais exigentes, apresentando percepção mais negativa do AE⁽⁷¹⁾.

Estudos a respeito das profissões na área da saúde e gênero demonstram que existem importantes variações na forma como pessoas de sexos diferentes estruturam suas respectivas carreiras desde a graduação em Medicina. As estudantes do sexo feminino parecem se deparar com maiores obstáculos, sentirem mais discriminação e desvalorização de seu trabalho que os estudantes do sexo masculino, precisando investir mais esforços para comprovar sua competência⁽⁷²⁾. Esta característica foi observada na presente pesquisa, em que as estudantes do sexo feminino perceberam o AE de forma mais negativa que os estudantes do sexo masculino.

Estudo realizado por Rehman⁽⁷³⁾, avaliando o ambiente educacional na Faculdade de Medicina da Universidade Aga Khan, Karachi, no Paquistão, utilizando o DREEM, em 2015, demonstra que o contexto cultural da população estudada pode explicar diferentes percepções utilizando-se o DREEM, conforme avaliado por Maya e Roff em pesquisa de 2004⁽¹⁵⁾. Na pesquisa citada, Rehman⁽⁷³⁾ identificou que mulheres avaliam de forma mais positiva o AE que os homens, ao contrário de estudos realizados onde a discriminação de gênero é menos intensa como no Brasil, se comparado com o Paquistão.

Em seu livro, Malala Yousafzai⁽⁷⁴⁾, publicado em 2013, a jovem que defendeu o direito à educação e foi baleada pelo Talibã, aponta para a existência de discriminação por gênero e as políticas adotadas pelo Talibã, em particular, apresentando aspectos que influenciavam na não consecução do direito à educação para as mulheres e meninas.

Como se pode perceber pelas pesquisas citadas, diferentes gêneros, raças e classes sociais costumam avaliar o ambiente educacional de forma diferente.

De modo geral, os estudantes universitários que precisam se afastar do núcleo familiar em decorrência da localização da universidade, se tornam mais expostos a distúrbios psicológicos, com diminuição da qualidade de vida e maior risco de transtornos como ansiedade e depressão^(3,75). Esses dados são compatíveis com os resultados encontrados neste

estudo, em que pontuações menores relacionadas a uma visão mais negativa do AE foram reveladas pelos discentes que cursaram ensino fundamental e médio fora do município e do Estado do Rio de Janeiro, e por aqueles que moravam fora do Estado do Rio de Janeiro antes de cursar a EMC.

A literatura descreve que o fato de o estudante dispor de pessoas próximas com quem possa compartilhar sentimentos e residir nas proximidades do local onde estuda são elementos importantes para retardar processos de estresse e Síndrome de Burnout⁽⁷⁶⁾. Entretanto, em nossa pesquisa, paradoxalmente, os discentes que moram com amigos, costumam residir próximo da faculdade e utilizam até 30 minutos no deslocamento entre sua residência e a EMC, demonstraram uma visão mais negativa do AE de acordo com a pontuação no DREEM. Um dos fatores que pode ser atribuído como causa para essa discrepância é o fato de que a maioria dos discentes que se enquadra nestas características cursam o Internato. Portanto, a baixa pontuação nesse grupo não pode ser atribuída exclusivamente aos fatores sociodemográficos de local de residência, com quem mora ou tempo de deslocamento até a universidade. Essa baixa pontuação deve ser interpretada como reveladora de um conjunto de fatores que colocam os estudantes de maior faixa etária, que correspondem aos dos períodos mais avançados no curso, como aqueles que encaram o AE de maneira mais negativa que aqueles que acabaram de ingressar no curso e que ainda estão organizando a logística para realização dos seis anos mínimos exigidos para se graduarem médicos⁽⁷⁷⁾.

Os estudantes dos períodos iniciais (primeiro e quarto) parecem se beneficiar mais das redes de suporte psicopedagógicas implantadas na instituição do que os períodos finais (nono e décimo segundo), e estas redes são fundamentais para a melhor qualidade do AE e o melhor ensino-aprendizagem^(77,78).

5.2 Percepção do discente sobre a aprendizagem (dimensão D1) e sobre os preceptores (dimensão D2)

As percepções dos estudantes a respeito da aprendizagem e dos preceptores revelaram-se semelhantes, uma vez que a visão mais negativa destes pontos do AE parece estar associada ao método de ensino adotado pela instituição e por seu corpo docente.

Na percepção sobre a aprendizagem (dimensão D1), o DREEM revelou um ensino desestimulante, centrado no professor e pouco coeso. Na percepção sobre os preceptores

(dimensão D2), revelou falta de críticas construtivas, de exemplos claros e ausência de feedback por parte dos professores.

De acordo com Machado⁽⁷²⁾, se espera que os estudantes universitários sejam interessados, estudiosos, dedicados assíduos e demonstrem ter iniciativa, que participem das aulas teóricas e práticas e procurem complementação em bibliografia recomendada. Espera-se que sejam responsáveis, muito inteligentes, educados e, além dessas qualidades, assimilem bem o que é ensinado⁽⁷²⁾.

Entretanto, o que tem sido verificado é que o ensino tradicional se pauta na transmissão / aquisição de conhecimentos ou técnicas, ou seja, que se pauta apenas no domínio cognitivo do estudante⁽⁷⁹⁾.

Machado⁽⁷²⁾ descreve, em seu livro que aborda questões sociológicas das profissões de saúde, que parece ser contraditório os professores gerarem a expectativa de que seus estudantes apresentem aquelas características, uma vez que a Universidade pouco faz para desenvolvê-las. O autor conclui que estudantes, para ser considerado um bom aluno teria que vir pronto para a Universidade, repleto de virtudes e de atitudes positivas.

Uma questão recorrente encontrada entre os participantes da pesquisa foi a necessidade de se sentirem *acolhidos e ouvidos* em suas demandas pelos professores e pela direção da instituição de ensino, principalmente o nono e o décimo segundo período.

Os discentes do último período relataram se sentirem mais à vontade para responderem à pesquisa, pois não tinham mais receio de sofrerem retaliação por parte dos professores, uma vez que se formariam duas semanas após a aplicação dos questionários. Estes estudantes destacaram, na percepção do AE com relação aos preceptores, que os professores se mostram autoritários e que os ridicularizam em sala de aula.

Esta pesquisa encontrou resultados semelhantes, no que se refere à relação professor-estudantes, a um estudo realizado em 2005⁽⁸⁰⁾ com estudantes pertencentes ao décimo segundo semestre do curso de graduação em Medicina de uma universidade federal do Sul do Brasil. Neste estudo, as autoras sugerem a criação de espaços para reflexão, mediados por professores ou médicos preparados, em que os estudantes possam discutir seu aprendizado, seus relacionamentos e suas angústias. Sugerem, ainda, que os professores sejam mais bem preparados nas habilidades de comunicação, na maneira de fornecer retorno aos estudantes a respeito dos resultados acadêmicos alcançados, demonstrando um ideal a ser seguido. As autoras concluem que estimular o desenvolvimento de pesquisas com abordagem qualitativa ao longo do curso para aprimorar as habilidades de comunicação, em especial a capacidade de

ouvir, é de fundamental importância em qualquer formação de profissionais habilitados para a docência na área da saúde⁽⁸⁰⁾.

Segundo as orientações da World Federation for Medical Education (WFME), realizar avaliação do ambiente educacional considerando o feedback dos estudantes é fundamental para as escolas médicas⁽¹⁶⁾. Para atingir metas de satisfação, é necessário um programa regular de avaliação e monitoramento de possíveis mudanças⁽⁶²⁾.

5.3 Percepção do discente sobre os resultados acadêmicos (dimensão D3)

Na percepção dos resultados acadêmicos (dimensão D3), os estudantes revelam preocupação com seu futuro profissional, que não se sentem preparados nem confiantes para exercerem a profissão médica. Essa sensação de despreparo é menor nos primeiros anos e significativa no último período do curso.

Estudo realizado com formandos na Santa Casa de São Paulo, em 2013⁽⁸¹⁾, relata que a pressão para que o médico seja cada vez mais especializado e o número reduzido de bolsas de residência em relação ao número de médicos que se formam a cada ano, faz com que o aluno do último ano de medicina sinta-se cada vez mais preocupado quanto ao seu futuro profissional.

Entretanto, a questão da concorrência para uma vaga na residência médica não parece ser o motivo de maior preocupação com relação ao futuro, uma vez que fatores emocionais, como a ansiedade, não se mostraram preditores do desempenho acadêmico em formandos de Medicina, embora a prevalência de ansiedade moderada e grave tenha sido bastante significativa na pesquisa realizada na Santa Casa de São Paulo⁽⁸¹⁾.

De acordo com Guimarães⁽⁷⁾, o lidar com o ser humano é algo complexo e a visão que o discente apresenta, no último período de formação, é de que as humanidades estariam à parte do conhecimento transmitido no currículo. A autora ressalta que é preciso problematizar a questão do *lidar com o ser humano* questão durante a graduação, para que se encontre o sentido humanístico naquilo que se faz na universidade, por meio da conscientização sobre o processo de construção da identidade humana que se está operando no espaço educativo. Guimarães adverte que não se pode perder o sentido humano da formação profissional, tornando-o, também, um *objeto* do conhecimento, a começar pelo interesse próprio e pela responsabilidade em sua própria formação médica⁽⁷⁾.

Essa sensação de falta de confiança para exercer a profissão revelada nesta pesquisa pode estar relacionada a múltiplos fatores. A visão romantizada e idealista que os estudantes dos primeiros períodos do curso apresentam, a dificuldade de enfrentamento da realidade atual da Medicina no país pelos estudantes do último período, os caminhos tortuosos que o discente precisa percorrer a fim de encontrar sua própria identidade enquanto médico e não encontrar esta identidade mesmo estando às vésperas da formatura, a falta de preparo para o mercado de trabalho encontrada nos estudantes, são possíveis razões para a sensação de despreparo entre os discentes de Medicina pesquisados.

5.4 Percepção do discente sobre o ambiente geral (dimensão D4)

A percepção do ambiente geral (dimensão D4) tem influência significativa sobre a motivação e o desempenho acadêmico^(5,18). Entre os aspectos que podem ser melhorados nesta dimensão, os estudantes destacaram a falta de tranquilidade do ambiente durante as aulas e nos locais de prática dos ambulatórios e das enfermarias.

Outro aspecto apontado como uma área problemática foi a capacidade de concentração, resultado demonstrado em outros estudos⁽⁸²⁻⁸⁴⁾, o que evidencia a necessidade de redução do volume de informações nos currículos das escolas médicas.

Entretanto, um estudo destacou que os alunos reconhecem a grande quantidade de conteúdo teórico como um fato inerente ao curso médico e a busca contínua de atualização como fundamental ao longo da carreira⁽⁸⁵⁾, o que indica esta dificuldade de concentração com um aspecto comum ao currículo médico em geral.

5.5 Percepção do discente sobre as relações sociais (dimensão D5)

A percepção das relações sociais (dimensão D5) pelos estudantes dos quatro períodos pesquisados apontou que consideram o ambiente de ensino como negativo (“not a nice place”), que se sentem cansados para aproveitar o curso, desestimulados, sozinhos e referem que a vida social não é boa. Foi destacado como fator negativo a ausência de programa de apoio a estudantes estressados.

Em estudo longitudinal realizado por Benevides-Pereira e Gonçalves⁽⁸⁶⁾, com 18 estudantes do curso de Medicina da Universidade Estadual de Maringá ao longo dos seis anos de um curso de Medicina (em 1996 até 2001), revelou que existe um aumento gradativo, ano a ano, da ansiedade, estresse e burnout, culminando no sexto ano do curso.

Em seu livro sobre o Universo psicológico do futuro médico, de 1999, Arruda e Millan⁽⁸⁷⁾ relatam que há evidências de que o processo de treinamento nas escolas médicas tem aspectos abusivos, caracterizados como assédio psicológico aos estudantes e que é frequente a ocorrência de gritos, agressão física, importunação sexual pelo poder, partindo de profissionais médicos e de residentes, entre outros trabalhadores da equipe de saúde, durante o treinamento do estudante de Medicina.

Nos ambientes onde as relações sociais são favoráveis, se observam estudantes mais confiantes e responsáveis. Entretanto, estudos apontam questões sociais podem estar relacionadas ao contexto cultural da população estudada, como explicação para a percepção negativa das relações sociais⁽¹⁵⁾.

5.6 Percepção do discente a respeito do ambiente educacional com relação às cinco dimensões propostas no instrumento utilizado na pesquisa

Na análise comparativa entre os quatro grupos, se observa diminuição da pontuação das percepções à medida que o estudante segue do ciclo básico (primeiro período), passando pelo ciclo clínico (quarto e nono períodos) e chegando ao internato (décimo segundo período). As pontuações mais elevadas são encontradas no primeiro período e as mais baixas no décimo segundo período, revelando o grande impacto que aspectos não favoráveis do ambiente educacional podem exercer nas percepções que os estudantes têm de sua vida acadêmica e de sua formação como médicos. As maiores discrepâncias são encontradas entre o primeiro e o décimo segundo período nas percepções da aprendizagem (dimensão D1), dos preceptores (dimensão D2), dos resultados acadêmicos (dimensão D3) e do ambiente geral (dimensão D4).

A percepção das relações sociais (dimensão D5) manteve-se semelhante entre os quatro grupos pesquisados. Este resultado revela que à medida que os estudantes cursam a faculdade de Medicina, percebem com maior clareza o ambiente educacional no qual se

inserem, além de demonstrarem-se mais críticos em relação às suas necessidades como corpo discente.

A percepção geral do ambiente educacional (AE) foi considerada, segundo o guia prático de interpretação do DREEM, mais positiva que negativa (“more positive than negative” – 132.1/200). Estes resultados revelam um panorama geral mediano do AE, principalmente quando comparados aos de estudos publicados na última década no Brasil, realizados em outras instituições de ensino médico^(61,88,89). Destaca-se a diferença de percepção entre os estudantes do primeiro período, que consideram o AE excelente (“excellent” – 152/200) e os estudantes do décimo segundo período, próximos ao fim da graduação em Medicina, que referem uma visão negativa do AE (“plenty of problems” – 99.4/200).

Estudos recentes demonstram que o questionário DREEM, quando aplicado em AE cuja estrutura é centrada no estudante, apresenta pontuações finais elevadas⁽⁹⁰⁻⁹²⁾. Isso se deve, provavelmente, porque metodologias ativas de aprendizado incorporam aspectos positivos que se encontram contemplados no DREEM e que estão ausentes no modelo tradicional de ensino utilizado na instituição pesquisada. Uma pesquisa realizada no Chile revelou modificação da percepção do ambiente, com pontuação mais positiva após mudança da metodologia tradicional para a metodologia ativa⁽⁹³⁾.

Na fase final do curso médico, durante o internato, o estudante se depara com maiores dificuldades no que se refere à sensação de segurança e enfrenta a realidade da profissão que escolheu, isto é, atender os próprios pacientes. Nos dois anos finais do curso médico, emergem reflexões sobre as metodologias de ensino e como o ambiente educacional contribui na aprendizagem ativa^(94,95). O modelo de ensino tradicional baseado na vertente flexneriana centrada na doença não prepara adequadamente o educando para maiores desafios e dificuldades que encontrará depois que se formar médico⁽⁴⁹⁾.

As metodologias ativas de ensino prepararam os estudantes para identificar problemas e elaborar propostas que ajudem a superá-los, além de promoverem a aproximação do ensino com os serviços de saúde e favorecerem um olhar mais refinado e uma prática contextualizada, tão necessária à área da Saúde⁽⁹⁴⁾.

Esses podem ser os motivos de percepções mais negativas do AE serem encontradas nos últimos períodos letivos do curso médico, onde o educando se encontra em problemáticas que não lhe foram apresentadas no decorrer de seu aprendizado enquanto acadêmico.

Uma meta-análise publicada em 2017 demonstrou alta prevalência de problemas de saúde mental entre os futuros médicos no Brasil⁽⁹⁶⁾. De acordo com este estudo, as

prevalências agregadas de depressão, de ansiedade, de transtornos mentais comuns e de uso problemático de álcool entre estudantes de Medicina no Brasil variaram de 30.6 a 32.9%. Aproximadamente metade dos alunos estava com baixa qualidade do sono e 46.1% apresentavam sonolência diurna excessiva. Estudo recente revelou que a Síndrome de Burnout afeta aproximadamente 70% dos formandos que ingressam na residência Médica⁽⁹⁷⁾.

A falta de motivação, a insatisfação com o curso, a diminuição da eficácia acadêmica e a falta de apoio emocional são citados pelo estudo de Pacheco⁽⁹⁶⁾ como fatores importantes para o desenvolvimento de problemas de saúde mental nos estudantes de Medicina, corroborando os dados revelados pelo DREEM na instituição pesquisada.

Um dado preocupante revelado pelo DREEM relaciona-se com a satisfação do estudante em cursar Medicina. A pontuação da afirmativa “a satisfação é maior que o estresse de estudar Medicina” decresce consideravelmente ao longo do curso, sendo considerada como um ponto forte do ensino pelo primeiro período (3.5), um aspecto a ser melhorado pelo quarto período (2.9) e pelo nono período (2.5), e uma área problemática do ambiente educacional que necessita de intervenção pelo décimo segundo período (1.7).

Aspectos a serem melhorados estiveram presentes em todas as dimensões avaliadas considerando a pontuação dos quatro períodos participantes da pesquisa, oferecendo uma visão clara de áreas do ambiente educacional onde há necessidade de intervenção.

5.7 Limitações da pesquisa

Componentes importantes do AE educacional podem não ter sido avaliados neste estudo, uma vez que o instrumento DREEM é uma ferramenta objetiva com questões fechadas. Um estudo com método qualitativo associado ao DREEM, como a entrevista dos discentes participantes, poderia permitir o acesso a questões não abordadas, como a causalidade de fatores que beneficiam ou que atrapalham a relação ensino-aprendizado na instituição pesquisada. A aprendizagem é um processo multidimensional onde o AE ocupa um papel fundamental e que pode abranger dimensões não avaliadas pelo questionário DREEM, especialmente aquelas relacionadas com as expectativas, a motivação, a personalidade, bem como os estilos de aprendizagem pessoal⁽⁹⁸⁾.

Por outro lado, mesmo com as limitações apontadas, o estudo em questão traz subsídios úteis à educação médica. Em 2013, pesquisa realizada em Liverpool comparou dois

instrumentos de avaliação, um genérico (NSS-Pesquisa Nacional de estudantes do Reino Unido) e outro específico (DREEM), e concluiu que há benefícios na utilização de um questionário específico para estudantes de Medicina na avaliação do seu ambiente educacional⁽⁹⁹⁾. Estes estudos mostram que o DREEM continua sendo um instrumento confiável⁽⁵¹⁾, por permitir a análise de efeitos relacionados com a avaliação, principalmente a comparação entre diferentes grupos e análise da relação entre o ambiente educacional com outras medidas⁽¹³⁾.

CONCLUSÕES

Ensinar não é transferir conhecimento,
mas criar as possibilidades para
a sua própria produção ou a sua construção.

Paulo Freire

O atual sistema de ensino médico da EMC encontra-se aquém de um Ambiente Educacional propício ao ensino-aprendizagem. O DREEM mostrou-se um instrumento eficiente para revelar a percepção dos estudantes acerca deste AE no curso médico pesquisado. Sua aplicação e análise revelaram pontos fortes que carecem de maior valorização, pontos fracos que necessitam de intervenção, e, principalmente, a insatisfação e frustração dos estudantes com relação ao modelo tradicional flexneriano de ensino centrado no professor. Estes pontos podem ser priorizados nas reformas curriculares e nas alterações dos elementos de ordem material e afetiva que envolvem e permeiam o educando a fim de modificar e melhorar o ambiente educacional.

Os discentes ingressam na universidade com uma expectativa alta com relação ao seu desempenho pessoal e acadêmico. Após a realidade do curso médico, se percebe um grande desencantamento por parte dos discentes, que parece estar relacionado com a evolução e amadurecimento do pensamento crítico do estudante ao longo dos anos do curso médico, o seu contato com o sofrimento humano no decorrer da formação sem o necessário apoio psicológico e a um currículo engessado em uma grade curricular extremamente exaustiva com problemas críticos relacionados à carga horária integral do curso e ao próprio modelo de ensino adotado na instituição.

Os resultados encontrados com a aplicação do DREEM revelam que o ensino centrado no professor (Percepção dos Preceptores - Dimensão D2) é um fator desfavorável no AE e desestimula a progressiva autonomia intelectual e profissional preconizada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais vigentes. Entre as diferentes percepções, a visão mais negativa foi revelada pelos discentes dos períodos mais avançados do curso médico, demonstrando o sofrimento emocional com que estes estudantes adentram o mercado de trabalho e os primeiros anos da profissão que escolheram para suas vidas. A Percepção das Relações Sociais (Dimensão D5) revela a importância do vínculo entre o estudante e a esfera ambiental

que o circula e permeia, e um ponto crítico no AE. Percebe-se, outrossim, ser fundamental estimular a participação dos estudantes no Núcleo de Apoio Psicopedagógico da Escola de Medicina e incentivar os professores a perceberem, precocemente, quando os estudantes apresentam dificuldades durante o curso médico para que possam orientar seus discentes a procurarem auxílio psicopedagógico tão logo sejam detectados os primeiros reveses.

Esses resultados demonstram a necessidade de adotar ações que tornem o ensino médico menos cansativo e mais estimulante, além da criação de ambientes que favoreçam o processo de aprendizado centrado no estudante. Os pontos críticos identificados nesta pesquisa demonstram a necessidade de se enxergar o discente de Medicina como um ser ativo no processo ensino-aprendizagem e no ambiente educacional. Do mesmo modo, são uma contribuição à instituição de ensino no sentido de divisar possibilidades de construção de uma escola médica que, por meio da educação, forme médicos que possam transformar, para melhor, o universo no qual estão inseridos.

REFERÊNCIAS

1. Meleiro AMAS. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Rev Ass Med Bras.* 1998;44(2):135–40.
2. Santa N Della, Cantilino A. Suicídio entre Médicos e Estudantes de Medicina: Revisão de Literatura TT - A Review of Literature on Suicide among Doctors and Medical Students. *Rev bras educ méd.* 2016;40(4):772–80.
3. Vasconcelos TC, Dias BRT, Andrade LR, Melo GF, Barbosa L, Souza E. Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2015;39(1):135–42.
4. Prado I, Segatto G. Prevalência de depressão nos estudantes de Medicina segundo a avaliação do Inventário de Beck - BDI II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2018.
5. Genn JM. AMEE medical education guide no. 23 (part 1): Curriculum, environment, climate, quality and change in medical education - A unifying perspective. *Med Teach.* 2001;23(4):337–44.
6. Hutchinson L. ABC of learning and teaching: Educational environment. *BMJ.* 2003;326:810–2.
7. Guimarães RGM. Que médico eu quero ser? : sobre a trajetória dos jovens estudantes na construção da identidade médica. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca Fundação Oswaldo Cruz; 2007.
8. Rego S. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. FIOCRUZ, editor. Rio de Janeiro; 2003. p. 169.
9. Troncon LEA, Cianflone ARL, Martin CCS, Alessi NP, Bava MCGC MU. Conteúdos humanísticos na formação geral do médico. In: Sarvier, editor. *Educação Médica.* São Paulo; 1998. p. 99–114.
10. Taquette SR, Rego S, Schramm FR, Soares LL, Carvalho SV. Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina. *Rev Assoc Med Bras.* 2005;51(1):23–8.
11. Troncon LEA. Ambiente educacional. *Medicina (Ribeirão Preto, Online.)* 2014; 47(3):264-71.
12. Soemantri D, Herrera C, Riquelme A. Measuring the educational environment in health professions studies: A systematic review. *Med Teach.* 2010;32:947–52.
13. Miles S, Swift L, Leinster SJ. The Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM): A review of its adoption and use. *Med Teach.* 2012;34(9):620–34.
14. Pimparyon P, Caleer SM, Pemba S, Roff S. Educational environment , student approaches to school. *Med Teach.* 2000;22:259–364.
15. Mayya SS, Roff S. Students’ perceptions of educational environment: A comparison of academic achievers and under-achievers at Kasturba Medical College, India. *Educ Heal.* 2004;17:280–91.
16. Herrera C, Pacheco J, Rosso F, Cisterna C, Aichele D, Becker S, et al. Evaluación del ambiente educacional pre-clínico en seis escuelas de medicina en Chile. *Rev Med Chil.*

- 2010;138(6):677–84.
17. Al-Kabbaa AF, Ahmad HH, Saeed AA, Abdalla AM, Mustafa AA. Perception of the learning environment by students in a new medical school in Saudi Arabia: Areas of concern. *J Taibah Univ Med Sci.* 2012;7(2):69–75.
 18. Genn JM. AMEE Medical Education Guide No. 23 (Part 2): Curriculum, environment, climate, quality and change in medical education - A unifying perspective. *Med Teach.* 2001;23:337–44.
 19. Fiedler P. Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2008.
 20. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada Bulletin Number Four (The Flexner Report). *Carnegie Bulletin.* 1910.
 21. Venturelli J. Educación Médica: nuevos enfoques, metas y métodos. Salud OP de La, editor. Organizacion Panamericana de La Salud. Washington; 2003.
 22. Taquette SR, Costa-Macedo LM da, Alvarenga F de B. Currículo paralelo: uma realidade na formação dos estudantes de medicina da Uerj. *Rev bras educ méd.* 2003;27(3):171–6.
 23. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semin Ciências Sociais e Humanas.* 2011;32(11).
 24. Rios IC SL. Uma relação delicada: estudo do encontro professor-aluno. *Interface – Comun Saúde, Educ.* 2011;15(36):39–51.
 25. Lima-Gonçalves E. Médicos e Ensino da Medicina no Brasil. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.
 26. Goleman D. Inteligencia emocional. Objetiva, editor. Rio de Janeiro; 1996. p.514.
 27. Howard G. Inteligências múltiplas: a teoria na prática. Rio de Janeiro: Editora Artmed, 2010.
 28. Pustiglione M. Organon da Arte de Curar de Samuel Hahnemann para o Século XXI. São Paulo: Editora Organon, 2010.
 29. Hahnemann CFS. Organon da Arte de Curar. Traduzido da 6ª edição alemã pela Associação Paulista de Homeopatia – APH. Rio de Janeiro: Gráfica Laemmert Limitada, 1962. 89.
 30. Guimarães AC, Falbo GH, Menezes T, Falbo A. Percepção do Estudante de Medicina acerca do Ambiente Educacional Utilizando o DREEM. *Rev Bras Edu Med [online].* 2015;39(4).
 31. Organização Mundial da Saúde (OMS). Departamento de Recursos Humanos para a Saúde. Spotlight: estatísticas da força de trabalho em saúde. Edição nº 8. 2009.
 32. Almeida Filho N De, Jucá V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Cien Saude Colet.* 2002;7(4):879–89.
 33. Rezende JM. À Sombra Do Plátano: Crônicas De História Da Medicina. Editora Unifesp, editor. As grandes epidemias da história. São Paulo; 2009.
 34. Batista NA SS. O professor de Medicina - conhecimento, experiência e formação. Loyola, editor. São Paulo; 1998. p.181.

35. Castiglioni A. História da Medicina. Editora Nacional. São Paulo; 1947.
36. Foucault M. Microfísica do Poder. Editora Graal. Rio de Janeiro. 1979.
37. Gonçalves MB, Benevides-Pereira AMT. Considerações sobre o ensino médico no Brasil: consequências afetivo-emocionais nos estudantes. Rev Bras Educ Med. 2009;33(3):493–504.
38. De Arruda Martins M. Editorial. Rev Assoc Med Bras. 2006;52(5).
39. Amaral JL. Duzentos anos de ensino médico no Brasil. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2007.
40. Millan LR. O curso médico no Brasil. In: Millan LR, De-Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV (org.). O Universo psicológico do futuro médico, vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p.31-42.
41. Brasil. Lei nº 5540, 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, Brasília, 23 de novembro de 1968.
42. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.
43. Organização Pan-Americana sa Saúde (OPAS). Leitos por habitantes e médicos por habitantes. Nota de Esclarecimento. 2003.
44. Brasil. Resolução CNE/CES 4/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 7 de novembro de 2001 – Seção 1 – p. 38.
45. Brasil. Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – p. 8-11.
46. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providencias. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de outubro de 2013 – Seção 1 – p 1-4.
47. Brasil. Portaria Interministerial nº 1.127. Diário Oficial da União, Brasília, 05 de novembro de 2015. Seção 148, p. 193.
48. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Cad Saude Publica. 2004;20(3):780–8.
49. Almeida Filho N De. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. Cad Saude Publica. 2010;26(12):2234–49.
50. Roff S, McAleer S, Harden RM, Al-Qahtani M, Ahmed AU, Deza H, et al. Development and validation of the Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM). Med Teach. 1997;19(4):295–9.
51. Vieira JE, Do Patrocínio Tenório Nunes M, De Arruda Martins M. Directing student response to early patient contact by questionnaire. Med Educ. 2003;27(4):322–5.
52. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Diretoria de Avaliação da Educação Superior. Questionário do Estudante do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes – Enade. 2017.

53. Escola de Medicina e Cirurgia [homepage na internet]. Informações Importantes do Curso [Internet]. [cited 2017 Dec 16]. Available from: <http://www.unirio.br/emc/front-page>
54. Escola de Medicina e Cirurgia [homepage na internet]. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina [Internet]. [cited 2017 Dec 16]. Available from: <http://www.unirio.br/emc/arquivos/ppc-Medicina-2014.1>
55. Roff S. The Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM) - A generic instrument for measuring students' perceptions of undergraduate health professions curricula. *Med Teach*. 2005;27(4):322–5.
56. McAller S RS. A practical guide to using the Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM). In: *Curriculum, Environment, Climate, Quality and Change in Medical Education: a Unifying Perspective AMEE Education Guide No23*. 2001. p. 29–33.
57. Brasil. Resolução MS/CNS/466.12. Diário Oficial da União, Brasília, nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – p. 59.
58. Demirören M, Palaoglu O, Kemahli S, Ozyurda F, Ayhan IH. Perceptions of students in different phases of medical education of educational environment: ankara university faculty of medicine. *Med Educ Online*. 2008;13:8.
59. Shankar PR, Dubey AK, Balasubramaniam R. Students' perception of the learning environment at Xavier University School of Medicine, Aruba. *J Educ Eval Health Prof*. 2013;30:10–8.
60. Al-Mohaimed A. Perceptions of the educational environment of a new medical school, Saudi Arabia. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2013;7(2):150–9.
61. Fazendeiro MP. *Percepções dos Estudantes de Medicina acerca do Ambiente Educativo na Faculdade de Ciências da Saúde*. Covilhã. Mestrado [Dissertação] - Faculdade de Ciências da Saúde da Beira Interior (UBI). 2011.
62. Pololi L, Frankel R JA. Back when I was in school: A link between faculty experience as students and current attitudes and values about teaching. 35th Annual Research in Medical Education Conference. 1996;
63. Machado, Elielma Ayres; Barcelos LC. *Relações Raciais entre Universitários no Rio de Janeiro*. *Estud Afro-Asiáticos*. 2001;23(2).
64. De Castro SOC, Almeida FM, Pereira RM, Marques HR BJ. A política de cotas sociais para o acesso ao ensino superior: o caso das universidades federais mineiras. *Rev GUAL*. 2017;10(1):256–79.
65. Tragtenberg MHR, Bastos JLD, Nomura LH, Peres MA. Como aumentar a proporção de estudantes negros na universidade? *Cad Pesqui*. 2006;36(128).
66. Brasil. Lei nº 12.771, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 29 de agosto de 2012.
67. Oliven AC, Bello L, Oliven AC, Bello L. Negros e indígenas ocupam o templo branco: ações afirmativas na UFRGS. *Horizontes Antropológicos*. 2017;23(49):339–74.
68. Cunha DHF. *Qualidade de vida dos alunos do curso de medicina da escola paulista de medicina Universidade Federal de São Paulo*. Tese [Doutorado] - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2015. 127 f.

69. Chazan ACS, Campos MR, Portugal FB. Qualidade de vida de estudantes de medicina da UERJ por meio do Whoqol-bref: uma abordagem multivariada. *Cien Saude Colet*. 2015;20(2).
70. Erlich V. The 'new' students and the studies and social life of French University Students in a context of mass education. *Eur J Educ*. 2004;39(4):485–95.
71. Almeida WM. Estudantes com desvantagens econômicas e educacionais e fruição da universidade. *Cad CRH*. 2007;20(49):35–46.
72. Machado MH (Org.). Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. FIOCRUZ, editor. Rio de Janeiro; 1995.
73. Rehman R, Ghias K, Fatima S et al. Dream of a conducive learning environment: One DREEM for all medical students! *J Pak Med Assoc*. 2017;67(1):7–11.
74. Yousafzai M. LC. Eu sou Malala: a história da garota que defendeu o direito à educação e foi baleada pelo Talibã. Letras C das, editor. São Paulo; 2013.
75. Vallilo NG, Júnior RD, Gobbo R, Novo NF, Hübner C von K. Prevalência de sintomas depressivos em estudantes de Medicina. *Rev Bras Clin Med*. 2011;9(1):36–41.
76. Benevides-Pereira AMT. O processo de adoecer pelo trabalho. Casa do Psicólogo, editor. São Paulo; 2002.
77. Ryan RM, Connell JP, Deci EL. A motivational analysis of selfdetermination and self-regulation in education. *Research on motivation in education*. Academic Press New York. New York;1985.
78. Yiu V. Supporting the well-being of medical students. *CMAJ*. 2005;172(7):889–90.
79. Berbel NAN. Metodologia da Problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o Ensino Superior. *Semin Ci Soc/Hum*. 1995;16(2):9–19.
80. Grosseman S, Stoll C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com esudantes do último semestre do curso de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(3):301–8.
81. Marafanti I, D'Elia G, Pinheiro MCP, Cordeiro Q, Alves TCTF. Influência de sintomas ansiosos no desempenho acadêmico de formandos de medicina. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo* 2013; 58: 18-23.
82. Till H. Climate studies: can students' perceptions of the ideal educational environment be of use for institutional planning and resource utilization? *Med Teach*. 2005;27(4):332–7.
83. Bassaw B, Roff S, McAleer S, Roopnarinesingh S, de Lisle J, Teelucksingh S, et al. Students' perspectives on the educational environment, Faculty of Medical Sciences, Trinidad. *Med Teach*. 2003;25(5):522–6.
84. Al-Hazimi A, Al-Hyiani A, Roff S. Perceptions of the educational environment of the medical school in King Abdul Aziz University, Saudi Arabia. *Med Teach*. 2004;26(6):570–3.
85. Whittle SRR, Whelan B, Murdoch-Eaton DGG. DREEM and beyond; studies of the educational environment as a means for its enhancement. *Educ Heal*. 2007;20(1):7.
86. Benevides-Pereira AMT, Gonçalves MB. Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(1):10–33.

87. Millan LR. O curso médico no Brasil. In: Millan LR, De-Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV (org.). O Universo psicológico do futuro médico, vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p.31-42.
88. Trindade LMDF, Vieira MJ. Curso de Medicina: motivações e expectativas de estudantes iniciantes TT - Medical School: motivations and expectations of incoming students. *Rev bras educ méd.* 2009;33(4):542–54.
89. Menezes FA. Avaliação dos estudantes: entre a indução da aprendizagem e a avaliação das intervenções educacionais. *Cad ABEM* 2009; 5:34-41.
90. Al-Ayed IH, Sheik SA. Assessment of the educational environment at the College of Medicine of King Saud University, Riyadh. *East Mediterr Heal J.* 2008;14(4):953–9.
91. Kiran HS, Gowdappa BH. “DREEM” comes true - Students’ perceptions of educational environment in an Indian medical school. *J Postgrad Med.* 2013;59(4):300–5.
92. Aghamolaei T, Fazel I. Medical students’ perceptions of the educational environment at an Iranian Medical Sciences University. *BMC Med Educ.* 2010;29(10):87. Medical students’ perceptions of the educational environment at an Iranian Medical Sciences Uni. *BMC Med Educ.* 2010;29(10):87.
93. Riquelme A, Oporto M, Oporto J, Méndez JI, Viviani P, Salech F, et al. Measuring students’ perceptions of the educational climate of the new curriculum at the Pontificia Universidad Católica de Chile: Performance of the Spanish translation of the Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM). *Educ Heal Chang Learn Pract.* 2009;22(1):112.
94. Falbo GH et al. Problem Based Learning and the Strictu Sensu Postgraduate Education: proposal for the Masters in Mother and Child Health curriculum at the Instituto Materno Infantil Professor Figueira-IMIP. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2007;7(4):507–11.
95. Berbel NAN, Cyrino EG, Villardi ML. A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades. In: A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos [online]. São Paulo: Editora UNESP e Cultura Acadêmica, 2015. p. 45-52.
96. Pacheco JP, Giacomini HT, Tam WW, Ribeiro TB, Arab C, Bezerra IM, et al. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Rev Bras Psiquiatr.* 2017;39(4):369–78.
97. Fabichak C et al. Síndrome de Burnout em médicos residentes e preditores organizacionais do trabalho. *Rev Bras Med Trab.* 2014;12(2):79–84.
98. Prado MFVH. Comparação de duas metodologias de ensino aprendizagem usadas na visita médica à beira do leito no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP. Dissertação [Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira]. – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP; 2009.
99. Cocksedge ST, Taylor DCM. The National Student Survey: Is it just a bad DREEM? *Med Teach.* 2013;35(12):1638–43.

APÊNDICE A – Questionário sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO (marque com um 'X' a opção escolhida)

00. Período

(1º) (2º) (3º) (4º) (5º) (6º) (7º) (8º) (9º) (11º) (12º)

01. Idade: _____ anos **02. Sexo:** () Masculino () Feminino

03. Em qual Unidade da Federação você nasceu?

AC AL AM AP BA CE DF ES GO MA MG MS MT PA PB PE PI PR RJ RN RO RR RS SC SE SP TO Exterior

04. Qual o seu estado civil?

(a) Solteiro(a) (b) Casado(a) (c) Separado(a)/desquitado(a)/divorciado(a) (d) Viúvo(a) (e) Outro

05. Como você se considera?

(a) Branco(a) (b) Pardo(a) (c) Negro (d) Origem oriental (e) Origem indígena

06. Onde concluiu o ensino fundamental?

Município: _____

AC AL AM AP BA CE DF ES GO MA MG MS MT PA PB PE PI PR RJ RN RO RR RS SC SE SP TO Exterior

07. Onde concluiu o ensino médio?

Município: _____

AC AL AM AP BA CE DF ES GO MA MG MS MT PA PB PE PI PR RJ RN RO RR RS SC SE SP TO Exterior

08. Em que tipo de escola você cursou o ensino médio?

- (a) Todo em escola pública
- (b) Todo em escola privada (particular)
- (c) A maior parte em escola pública
- (d) A maior parte em escola privada (particular)
- (e) Metade em escola pública e metade em escola privada (particular)

09. Com quem você morava antes de cursar a EMC?

- (a) Com os pais e(ou) com outros parentes
- (b) Com amigos (compartilhando despesas ou de favor)
- (c) Com colegas, em alojamento universitário
- (d) Sozinho(a)
- (e) Com o(a) esposo(a) e(ou) com o(s) filho(s)

Onde? Município: _____

AC AL AM AP BA CE DF ES GO MA MG MS MT PA PB PE PI PR RJ RN RO RR RS SC SE SP TO Exterior

10. Com quem você mora atualmente?

- (a) Com os pais e(ou) com outros parentes
- (b) Com amigos (compartilhando despesas ou de favor)
- (c) Com colegas, em alojamento universitário
- (d) Sozinho(a)
- (e) Com o(a) esposo(a) e(ou) com o(s) filho(s)

Onde? Município: _____

AC AL AM AP BA CE DF ES GO MA MG MS MT PA PB PE PI PR RJ RN RO RR RS SC SE SP TO Exterior

11. Quanto tempo, em média, usa em locomoção entre sua residência e a EMC (ida e volta)?

- (a) Até 30min (b) 30min – 1h (c) 1-2h (d) 2-3h (e) Mais de 3h

12. Qual a faixa de renda mensal da sua família?

- (a) até R\$ 1.245,00
- (b) R\$ 1.245,00 até R\$ 4.150,00
- (c) R\$ 4.151,00 até R\$ 8.300,00
- (d) R\$ 8.301,00 até R\$ 12.450,00
- (e) mais de R\$ 12.450,00

13. Assinale a situação abaixo que melhor descreve seu caso.

- (a) Não trabalho e meus gastos são financiados pela família
- (b) Trabalho e recebo ajuda da família
- (c) Trabalho e me sustento
- (d) Trabalho e contribuo com o sustento da família
- (e) Trabalho e sou o principal responsável pelo sustento da família

14. Qual valor mensal que utiliza para seu próprio sustento, considerando todos seus gastos?

- (a) até R\$ 1.245,00
- (b) R\$ 1.245,00 até R\$ 4.150,00
- (c) R\$ 4.151,00 até R\$ 8.300,00
- (d) R\$ 8.301,00 até R\$ 12.450,00
- (e) mais de R\$ 12.450,00

15. Seu ingresso na EMC se deu por meio de:

- (a) SiSU – ENEM
- (b) Sistema de reserva de vagas com identificação étnico-racial (negros, pardos e indígenas)
- (c) Sistema de reserva de vagas com recorte social (egresso de escola pública, renda, etc.)
- (d) Transferência
- (e) Outro: _____

APÊNDICE B – Agrupamento das variáveis do questionário sociodemográfico

Variável	Agrupamento
Cor	Branco (a) branco Não branco (b) pardo (c) negro (d) origem oriental (e) origem indígena
Tipo de escola onde cursou o ensino médio	Escola pública (a) todo em escola pública Escola privada (particular) (b) todo em escola privada (particular) (c) a maior parte em escola pública (d) a maior parte em escola privada (particular) (e) Metade em escola pública e metade em escola privada (particular)
Com quem morava antes de cursar a EMC	Parentes (a) pais e(ou) com outros parentes (e) esposo(a) e(ou) com o(s) filho(s) Amigos (b) amigos (c) colegas, em alojamento universitário Sozinho (d) sozinho(a)
Com quem mora atualmente	Parentes (a) pais e(ou) com outros parentes (e) esposo(a) e(ou) com o(s) filho(s) Amigos (b) amigos (c) colegas, em alojamento universitário Sozinho (d) sozinho(a)
Tempo de deslocamento entre a residência e a	Até 30 minutos (a) Até 30 minutos

EMC	<p>Entre 30 minutos e uma hora</p> <p>(b) 30 min – 1h</p> <p>Entre uma e duas horas</p> <p>(c) 1h – 2h</p> <p>Entre duas e três horas</p> <p>(d) 2h – 3h</p> <p>(e) Mais de 3 h</p>
Renda familiar	<p>Menor que R\$ 1.250,00 até R\$ 4.150,00</p> <p>(a) até R\$ 1.250,00</p> <p>(b) R\$ 1.251,00 até R\$ 4.150,00</p> <p>De R\$ 4.151,00 até R\$ 12.250,00</p> <p>(c) R\$ 4.151,00 até R\$ 8.300,00</p> <p>(d) R\$ 8.301,00 até R\$ 12.250,00</p> <p>Mais de R\$ 12.250,00</p> <p>(e) mais de R\$ 12.250,00</p>
Valor mensal para sustento próprio do discente	<p>Até R\$ 1.250,00</p> <p>(a) até R\$ 1.250,00</p> <p>Mais de R\$ 1.250,00</p> <p>(b) R\$ 1.251,00 até R\$ 4.150,00</p> <p>(c) R\$ 4.151,00 até R\$ 8.300,00</p> <p>(d) R\$ 8.301,00 até R\$ 12.250,00</p>
Trabalho do discente	<p>Não trabalho</p> <p>(a) não trabalho e meus gastos são financiados pela família</p> <p>Trabalho</p> <p>(b) trabalho e recebo ajuda da família</p> <p>(c) trabalho e sustento</p> <p>(d) trabalho e contribuo com o sustento</p> <p>(e) trabalho e sou o principal responsável pelo sustento da família</p>
Meio de ingresso na EMC	<p>SiSU – ENEM</p> <p>(a) SiSU – ENEM</p> <p>Cotas sociais</p> <p>(b) Sistema de reserva de vagas com identificação étnico-racial</p> <p>(c) Sistema de reserva de vagas com recorte social</p> <p>(d) Transferência</p>

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título da Pesquisa: O curso médico na visão do discente de medicina após três anos de reforma curricular implementada em uma instituição federal de ensino superior do Estado do Rio de Janeiro.

Pesquisador Responsável: Professora Débora Alves dos Santos Fernandes

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “O curso médico na visão do discente de medicina após três anos de reforma curricular implementada em uma instituição federal de ensino superior do Estado do Rio de Janeiro.”

Esta pesquisa tem o objetivo de analisar a visão do curso médico pelo discente de medicina após três anos de reforma curricular implementada em uma instituição federal de ensino superior do Estado do Rio de Janeiro. relação às seguintes dimensões: 1) Processo de ensino-aprendizagem; 2) Preceptores/docentes; 3) Resultados acadêmicos; 4) Ambiente geral de ensino; 5) Relações sociais; além de apontar possíveis lacunas no processo de ensino e aprendizagem.

Para tanto, será necessário o preenchimento de um questionário formulado por uma instituição internacional e validado em português em 2003, chamado *Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM)*. O tempo para o preenchimento do questionário é de, no máximo, 30 (trinta) minutos. Garantimos que os dados serão utilizados com rigor, confiabilidade e confidencialidade. O questionário não será identificado e será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade. As respostas serão analisadas por meio de estudos estatísticos do tipo t-Student por meio dos *scores e médias* encontradas.

Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de quaisquer benefícios. Tem o direito de receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa; e de procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – HUGG (CEP-HUGG) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

CEP-HUGG: telefone: 21 22645177 / e-mail: cephugg@gmail.com / endereço: Rua Mariz e Barros, nº 775, 4º andar do prédio principal, Tijuca, Rio de Janeiro – RJ.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2017.

Nome do sujeito: _____

Assinatura: _____

Eu, Débora Alves dos Santos Fernandes, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

_____ Data: __/__/2017

Contatos: telefone 21 997743198 / e-mail deboraunirio@yahoo.com.br

ANEXO A – Questionário DREEM

Por favor, indique quando você:

[1] discorda fortemente, [2] discorda, [3] não tem certeza, [4] concorda, [5] concorda fortemente

1	É possível entender os professores em suas aulas.	1	2	3	4	5
2	Sou estimulado(a) a participar das aulas.	1	2	3	4	5
3	Existe um bom programa de apoio aos discentes estressados.	1	2	3	4	5
4	Tenho estado muito cansado(a) para aproveitar este curso.	1	2	3	4	5
5	Como estudava antes também funciona neste curso.	1	2	3	4	5
6	Preceptores tem se mostrado pacientes com os doentes.	1	2	3	4	5
7	O ensino adotado é frequentemente estimulante.	1	2	3	4	5
8	Os preceptores ridicularizam os estudantes.	1	2	3	4	5
9	Os preceptores são autoritários.	1	2	3	4	5
10	Estou confiante que vou ser aprovado neste ano.	1	2	3	4	5
11	O ambiente é tranquilo durante as aulas na enfermaria.	1	2	3	4	5
12	Essa Instituição é bastante pontual nos cursos.	1	2	3	4	5
13	O ensino é centrado no estudante (mais alto aprendizado).	1	2	3	4	5
14	Raramente me sinto desestimulado(a) neste curso.	1	2	3	4	5
15	Tenho bons amigos(as) na faculdade.	1	2	3	4	5
16	O ensino se preocupa em desenvolver minha competência.	1	2	3	4	5
17	A prática de colar as provas é comum nesta Instituição.	1	2	3	4	5
18	Os preceptores conseguem se comunicar bem com os pacientes.	1	2	3	4	5
19	Minha vida social é boa.	1	2	3	4	5
20	O ensino é bastante coeso e focado.	1	2	3	4	5
21	Sinto que venho sendo bem preparado para a profissão.	1	2	3	4	5
22	O método de ensino se preocupa em desenvolver minha confiança.	1	2	3	4	5
23	O ambiente é tranquilo durante as aulas.	1	2	3	4	5
24	O tempo para ensino é bem utilizado.	1	2	3	4	5
25	O ensino enfatiza muito o ensino de fatos memorizáveis.	1	2	3	4	5
26	O ensino do semestre anterior me preparou bem para este semestre.	1	2	3	4	5
27	Tenho boa capacidade de memória para todo que preciso.	1	2	3	4	5
28	Raramente me sinto sozinho(a).	1	2	3	4	5
29	Os preceptores dão um bom feedback aos estudantes.	1	2	3	4	5
30	Tenho oportunidade de desenvolver prática de relacionamento pessoal.	1	2	3	4	5
31	Aprendi muito sobre relacionamento pessoal nessa profissão.	1	2	3	4	5
32	Os preceptores nos dão críticas construtivas.	1	2	3	4	5
33	Me sinto confortável nas aulas.	1	2	3	4	5
34	O ambiente é tranquilo durante as avaliações.	1	2	3	4	5
35	Tenho achado minha experiência aqui desapontadora.	1	2	3	4	5
36	Tenho boa capacidade de concentração.	1	2	3	4	5
37	Os preceptores dão exemplos muito claros.	1	2	3	4	5
38	Tenho certeza sobre os objetivos deste curso.	1	2	3	4	5
39	Os preceptores ficam nervosos em sala de aula.	1	2	3	4	5
40	Os preceptores são preparados para as aulas.	1	2	3	4	5
41	A busca de soluções tem sido desenvolvida neste curso.	1	2	3	4	5
42	A satisfação é maior que o estresse de estudar Medicina.	1	2	3	4	5
43	O ambiente me estimula a aprender.	1	2	3	4	5
44	O ensino me encoraja a buscar meu próprio aprendizado.	1	2	3	4	5
45	Muito do que tenho visto parece importante para a Medicina.	1	2	3	4	5
46	Moro em um lugar confortável.	1	2	3	4	5
47	A importância da Educação Continuada é enfatizada.	1	2	3	4	5
48	O ensino é muito centrado no preceptor.	1	2	3	4	5
49	Me sinto à vontade para perguntar o que quero nas aulas.	1	2	3	4	5
50	Os estudantes irritam os preceptores.	1	2	3	4	5

ANEXO B – Guia de Interpretação do DREEM e das cinco percepções

Guia de Interpretação do Questionário Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM) (Inglês / Português)	
Pontuação total do DREEM	Pontuação
“Very Poor” / Muito pobre	0-50
“Plenty of Problems” / Abundância de problemas	51-100
“More Positive than Negative” / Mais positivo do que negativo	101-150
“Excellent” / Excelente	151-200
D1 – Percepção da Aprendizagem	Pontuação
“Very Poor” / Muito pobre	0-12
“Teaching is viewed negatively” / O ensino é visto negativamente	13-24
“A more positive perception” / A percepção é mais positiva	25-36
“Teaching highly thought of” / Ensino altamente considerado	37-48
D2 – Percepção dos Tutores	Pontuação
“Abysmal” / Ímpio	0-11
“In need of some retraining” / Necessário algum tipo de reciclagem	12-22
“Moving in the right direction” / Seguindo na direção correta	23-33
“Model course organisers” / Organizadores de curso-modelo	34-44
D3 – Percepção dos Resultados Acadêmicos	Pontuação
“Feeling of total failure” / Sentimento de fracasso total	0-8
“Many negative aspects” / Muitos aspectos negativos	9-16
“Feeling more on the positive side” / Sentindo-se mais para o lado positivo	17-24
“Confident” / Confiante	25-32
D4 – Percepção do Ambiente Geral	Pontuação
“A terrible environment” / Um ambiente terrível	0-12
“There are many issues that need changing” / Há muitas questões que precisam mudar	13-24
“A more positive attitude” / Uma atitude mais positiva	25-36
“A good feeling overall” / Um bom sentimento geral	37-48
D5 – Percepção das Relações Sociais	Pontuação
“Miserable” / Miserável	0-12
“Not a nice place” / Não é um lugar agradável	13-24
“Not too bad” / Não tão ruim	25-36
“Very good socially” / Muito bom socialmente	37-48

ANEXO C – Guia de Interpretação do DREEM para as afirmativas, classificadas com relação às cinco percepções

A média da pontuação das afirmativas pode ser classificada da seguinte forma:

- média > 3,5: pontos muito fortes
- média > 3 e ≤ 3,5: pontos fortes
- média > 2 e ≤ 3: aspectos que podem ser melhorados
- média ≤ 2: áreas problemáticas e pontos fracos do ambiente educativo que necessitam de intervenção

D1 - Percepção da Aprendizagem

- 1 É possível entender os professores em suas aulas.
 - 7 O ensino adotado é frequentemente estimulante.
 - 13 O ensino é centrado no estudante (mais alto aprendizado).
 - 16 O ensino se preocupa em desenvolver minha competência.
 - 20 O ensino é bastante coeso e focado.
 - 22 O método de ensino se preocupa em desenvolver minha confiança.
 - 24 O tempo para ensino é bem utilizado.
 - 25 O ensino enfatiza muito o ensino de fatos memorizáveis.
 - 38 Tenho certeza sobre os objetivos deste curso.
 - 44 O ensino me encoraja a buscar meu próprio aprendizado.
 - 47 A importância da Educação Continuada é enfatizada.
 - 48 O ensino é muito centrado no preceptor.
-

D2 - Percepção dos Tutores

- 2 Sou estimulado(a) a participar das aulas.
 - 6 Preceptores tem se mostrado pacientes com os doentes.
 - 8 Os preceptores ridicularizam os estudantes.
 - 9 Os preceptores são autoritários.
 - 18 Os preceptores conseguem se comunicar bem com os pacientes.
 - 29 Os preceptores dão um bom feedback aos estudantes.
 - 32 Os preceptores nos dão críticas construtivas.
 - 37 Os preceptores dão exemplos muito claros.
 - 39 Os preceptores ficam nervosos em sala de aula.
 - 40 Os preceptores são preparados para as aulas.
 - 50 Os estudantes irritam os preceptores.
-

D3 - Percepção dos Resultados Acadêmicos

- 5 Como estudava antes também funciona neste curso.
 - 10 Estou confiante que vou ser aprovado neste ano.
 - 21 Sinto que venho sendo bem preparado para a profissão.
 - 26 O ensino do semestre anterior me preparou bem para este semestre.
 - 27 Tenho boa capacidade de memória para todo que preciso.
 - 31 Aprendi muito sobre relacionamento pessoal nessa profissão.
 - 41 A busca de soluções tem sido desenvolvida neste curso.
 - 45 Muito do que tenho visto parece importante para a Medicina.
-

D4 - Percepção do Ambiente Geral

- 11 O ambiente é tranquilo durante as aulas na enfermaria.
 - 12 Essa Instituição é bastante pontual nos cursos.
 - 17 A prática de colar as provas é comum nesta Instituição.
 - 23 O ambiente é tranquilo durante as aulas.
 - 30 Tenho oportunidade de desenvolver prática de relacionamento pessoal.
 - 33 Me sinto confortável nas aulas.
 - 34 O ambiente é tranquilo durante os seminários.
 - 35 Tenho achado minha experiência aqui desapontadora.
 - 36 Tenho boa capacidade de concentração.
 - 42 A satisfação é maior que o estresse de estudar Medicina.
 - 43 O ambiente me estimula a aprender.
 - 49 Me sinto à vontade para perguntar o que quero nas aulas.
-

D5 - Percepção das Relações Sociais

- 3 Existe um bom programa de apoio aos discentes estressados.
 - 4 Tenho estado muito cansado(a) para aproveitar este curso.
 - 14 Raramente me sinto desestimulado(a) neste curso.
 - 15 Tenho bons amigos(as) na faculdade.
 - 19 Minha vida social é boa.
 - 28 Raramente me sinto sozinho(a).
 - 46 Moro em um lugar confortável.
-

ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP HUGG/UNIRIO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GAFFREE E
GUINLE/HUGG/UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O curso médico na visão do discente de medicina após três anos de reforma curricular implementada em uma instituição federal de ensino superior do Estado do Rio de Janeiro.

Pesquisador: DEBORA ALVES DOS SANTOS FERNANDES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60942116.4.0000.5258

Instituição Proponente: Hospital Universitário Gaffree e Guinle/HUGG/UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.845.082

Apresentação do Projeto:

Projeto intitulado "O curso médico na visão do discente de medicina após três anos de reforma curricular implementada em uma instituição federal de ensino superior do Estado do Rio de Janeiro" encontra-se bem apresentado com todos os documentos presentes.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal é analisar a visão do curso médico pelo discente de medicina após três anos de reforma curricular implementada em uma instituição federal de ensino superior do Estado do Rio de Janeiro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apesar de ter sido declarado como risco a possibilidade de utilização indevida dos dados obtidos através de questionário, este é praticamente nulo, dado que os questionários não serão identificados. Os benefícios estão relacionados ao fornecimento dos resultados da pesquisa à direção do curso de Medicina da EMC / UNIRIO com a intenção de auxiliar no oferecimento de um ensino médico de melhor qualidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa simples, porém extremamente relevante. Os resultados obtidos poderão

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775
Bairro: Tijuca **CEP:** 22.270-004
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)1264-5317 **Fax:** (21)1264-5177 **E-mail:** cephugg@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GAFFREE E
GUINLE/HUGG/UNIRIO



Continuação do Parecer: 1.845.082

auxiliar nos ajustes do novo currículo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados de forma correta.

Recomendações:

Reescrever os critérios de exclusão. Lembrar que isto se refere à lógica simples: quando incluídos, quais os critérios que os excluiriam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_797104.pdf	05/10/2016 17:35:55		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Projeto_CEP_DeboraAlvesdosSantosFermendes_TCLE.pdf	05/10/2016 17:35:07	DEBORA ALVES DOS SANTOS FERNANDES	Aceito
Folha de Rosto	Projeto_CEP_DeboraAlvesdosSantosFermendes_FolhaDeRosto_PlataformaBrasil_Assinada.pdf	05/10/2016 17:34:27	DEBORA ALVES DOS SANTOS FERNANDES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_DeboraAlvesdosSantosFermendes.pdf	20/09/2016 17:55:57	DEBORA ALVES DOS SANTOS FERNANDES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:


Não

RIO DE JANEIRO, 01 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Pedro Eder Portari Filho
(Coordenador)

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775
Bairro: Tijuca **CEP:** 22.270-004
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)1264-5317 **Fax:** (21)1264-5177 **E-mail:** cephugg@gmail.com

ANEXO E – Folha de Rosto do Projeto de Pesquisa

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: O curso médico na visão do discente de medicina após três anos de reforma curricular implementada em uma instituição federal de ensino superior do Estado do Rio de Janeiro.			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 180			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: DEBORA ALVES DOS SANTOS FERNANDES			
6. CPF: 092.453.367-60	7. Endereço (Rua, n.º): Rua Paulo Fernandes, nº 18 PRACA DA BANDEIRA 102 RIO DE JANEIRO RIO DE JANEIRO 20271300		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (21) 2625-4283	10. Outro Telefone:	11. Email: deboraunirio@yahoo.com.br
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>03 / 10 / 2016</u>		UNIRIO HUGG Prof.ª Débora Alves dos S. Fernandes CRM 5283317-7 <i>Debora Alves dos Santos Fernandes</i> Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Hospital Universitário Gaffree e Guinle/HUGG/UNIRIO	13. CNPJ: 34.023.077/0002-80	14. Unidade/Orgão:	
15. Telefone: (21) 1264-5317	16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Sergio Perry</u>	CPF: <u>892 425 057 49</u>	<i>Sergio Perry</i> Superintendente HUGG/ENSERH Portaria nº 85 de 03/05/2016 Assinatura	
Cargo/Função: <u>Diretor</u>	Data: <u>03 / 10 / 2016</u>		
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			
Termo de Compromisso (do responsável pela Escola de Medicina e Cirurgia – EMC / UNIRIO): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>M^{te} Maria R. de L. Tortor</u>	CPF: <u>000 90 9917-45</u>	<i>Maria R. de L. Tortor</i> Profa. Dra. Maria Maria R. L. Tortor Coordenadora do Curso de Graduação da Escola de Medicina e Cirurgia UNIRIO Assinatura	
Cargo/Função: <u>Coordenadora Curso</u>	Data: <u>03 / 10 / 2016</u>		