

Nova década, novos alunos na faculdade de medicina?

New decade, new students in medical school?

Maria Carolina Coelho Gozzano¹ , José Otávio Alquezar Gozzano¹ 

RESUMO

Objetivo: Comparar o perfil socioeducacional dos alunos de medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) em um intervalo de 10 anos, com metodologias de ensino distintas: em 2005, no ensino tradicional e, em 2015, no método Problem Based Learning (PBL). **Método:** Trata-se de estudos descritivos, com uso de questionários do teste *Social Adaptation Self-evaluation Scale*. **Resultados:** Análise de 2005 foi realizada com 143 alunos e de 2015, com 127 alunos. Com base na análise comparativa dos dados, verificou-se a dedicação ao estudo, em 2005: pouca 7,7%, moderada 69,2%, muita 23% e em 2015: pouca 2,3, moderada 55,1, muita 42,5%; a dificuldade expressiva, em 2005: sempre 2,8%, frequentemente 67,4%, ocasionalmente 28,5%, nunca 1,4% e em 2015: 2,4, 17,3, 61,4, 18,9%, na mesma ordem, — todos $p < 0,05$ — ; e a qualidade do lazer, em 2005: insatisfatório 3,5%, aceitáveis 27,1%, boa 54,2%, ótima 15,3% e em 2015: 7,1, 26, 51,2, 15,7%, respectivamente, $p = 0,60$. **Conclusão:** Concluiu-se que o perfil mudou em relação aos estudos e relacionamentos. Assim, PBL é uma alternativa de ensino que propõe motivar os alunos nos estudos e no desenvolvimento social.

Palavras-chave: educação médica; aprendizagem baseada em problemas; estudantes de medicina.

ABSTRACT

Objective: To compare the socio-educational profile of medical students from PUC-SP, within a 10-year gap, in different learning methodologies, 2005 in traditional learning method and 2015 in Problem Based Learning (PBL) method. **Method:** These are descriptive studies, using questionnaires with the Social Adaptation Self-evaluation Scale. **Results:** Analysis of 2005 with 143 students; and 2015 with 127. By the comparative data analysis, it was found: dedication to the study, 2005: little 7.7%, moderate 69.2%, a lot 23%; 2015: 2.3, 55.1, 42.5%. Difficulty of expression, 2005: always 2.8%, often 67.4%, occasionally 28.5%, never 1.4%; 2015: 2.4, 17.3, 61.4, 18.9%. All $p < 0.05$. Quality of leisure, 2005: unsatisfactory 3.5%, acceptable 27.1%, good 54.2%, great 15.3%; 2015: 7.1, 26, 51.2, 15.7%, $p = 0.60$. **Conclusion:** It is concluded that the profile has changed in relation to education and relationships. Therefore, PBL is an educational alternative that proposes to motivate students in studies and social development.

Keywords: education, medical; problem-based learning; students, medical.

INTRODUÇÃO

Os estudantes de medicina têm sido foco de muitos estudos com o intuito de conhecer suas características pessoais ao longo da formação acadêmica.¹⁻⁴ Eles serão os futuros profissionais de uma carreira idealizada pela sociedade, em razão das qualidades que se espera encontrar em um médico, como atitudes humanitárias, princípios éticos, responsabilidade, dedicação, paciência e amor ao próximo.^{5,6} E, é na faculdade que os futuros profissionais se capacitam para atuar no exercício da profissão, e se solidificam os princípios de ética e responsabilidade social.¹

Organismos e entidades, como a Organização Mundial da Saúde, a Organização Pan-americana de Saúde e a Associação Brasileira de Educação Médica, têm manifestado preocupação com o ensino médico nas últimas décadas.⁷⁻⁹ Essas instituições pretendem elevar o nível de consciência sanitária do estudante de medicina e construir o ensino voltado para as necessidades de saúde da população em sintonia com o sistema público de saúde.⁸

Interessados no assunto procuram conhecer a situação atual da educação médica e dos alunos envolvidos, em busca de novos modelos educacionais⁹ que atendam as Diretrizes

¹Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – Sorocaba (SP), Brasil.

Autor correspondente: José Otávio Alquezar Gozzano – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Departamento de Medicina – Rua Joubert Wey, 290 – CEP: 18030-070 – Sorocaba (SP), Brasil – E-mail: zgozzano@gmail.com

Recebido em 17/08/2017 – Aceito para publicação em 29/10/2018.

Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCNs) Brasileiras de educação médica e que sejam mais adequados à formação médica atual.¹⁰

A nova configuração da saúde vem exigindo um novo perfil profissional, com competências que ultrapassam a excelência técnica e incluem os aspectos socioeconômicos e culturais, para enfrentar os problemas de saúde da população, no âmbito individual e coletivo.^{9,11}

Ademais, a concepção do Problem Based Learning (PBL) vem se destacando como proposta metodológica^{12,13} e pode responder aos anseios de mudança curricular dos cursos de medicina.

No entanto, apesar da eficácia deste método no âmbito educacional de profissionais da saúde já ser bem estabelecida,^{12,14} a influência da metodologia ativa de aprendizagem no desenvolvimento do funcionamento social dos acadêmicos é pouco estudada.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivos conhecer e comparar o perfil socioeducacional dos alunos do primeiro e segundo ano do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (FCMS/PUC-SP), em intervalo de 10 anos e em modelos de ensino diferentes. Sendo os primeiros dados de 2005, em método de ensino tradicional e, posteriormente, de 2015, em método PBL.

MÉTODOS

O estudo é composto por estudos descritivos de abordagem quantitativa e qualitativa, é retrospectivo, com intervalo de 10 anos e foi realizado na FCMS/PUC-SP, envolvendo os alunos do primeiro e segundo ano do curso de Medicina dos anos de 2005 e 2015. As duas etapas foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FCMS/PUC-SP.

A primeira parte do estudo foi realizada em 2005,¹⁵ com alunos em método de ensino tradicional, por meio de aplicação de questionários.

A segunda etapa da pesquisa, foi desenvolvida em 2015. Nessa etapa, foram convidados a participar da pesquisa os estudantes da primeira e segunda série do curso de Medicina de 2015, em método PBL.

O estudo de 2015 foi realizado através de questionário — igual ao estudo de 2005 —¹⁵ formado por questões do teste *Social Adaptation Self-evaluation Scale* (SASS).¹⁶

O teste SASS é um instrumento de avaliação da população geral que analisa o comportamento social sobre os seguintes temas: relacionamentos familiares, estudos, atividades de lazer, interesses intelectuais e conduta, por meio de 21 questões, com quatro níveis de resposta, que permitem avaliar o funcionamento social. Cada questão do teste é pontuada de 0 a 3, e o resultado total do teste varia entre 0 a 60 pontos. Escore total maior que 55 indica uma super adaptação social; entre 35 e 52 pontos corresponde à normalidade; e menor que 25 pontos representa desadaptação social.¹⁶

Com base nos resultados dos testes é possível conhecer as áreas de maior motivação social. O teste SASS mostrou-se

um instrumento útil para pacientes com depressão e para avaliação do funcionamento social, sendo que já foi traduzido para muitos idiomas.¹⁷

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística, empregando o teste χ^2 , considerando significância estatística valor menor que 0,05.

A fim de facilitar a análise dos dados, os assuntos abordados nos testes foram categorizados em áreas de estudos, relacionamentos e lazer.

RESULTADOS

Na análise de 2005,¹⁷ foram estudados 143 alunos enquanto, em 2015, foram 127. Em 2005, 84 alunos da primeira série e 59 da segunda participaram da pesquisa e, em 2015, participaram 63 estudantes da primeira série e 64 da segunda. A idade média em 2005 foi de $20,17 \pm 1,48$ anos e, em 2015, de $20,40 \pm 2,33$ anos. Em 2005, 56,3% eram mulheres e 43,7% eram homens e, em 2015, a porcentagem feminina era de 55,1% e a masculina de 44,9%. Apenas um aluno foi categorizado fora da normalidade, com escore maior que 55 pontos — superadaptação social —, em 2005, ao passo que a totalidade dos alunos do ano de 2015 foi classificada dentro da normalidade, obtendo pontuação entre 35 e 52.

Em relação aos estudos (Tabela 1), observou-se que, em 2005 o interesse nos estudos foi: pouco interesse 1 (0,70%), interesse moderado 52 (36,36%) e muito interesse 90 (62,94%); em contrapartida, em 2015 foi: interesse moderado 41 (32,29%) e muito interesse 86 (67,71%), sendo $\chi^2=1,38$, $gl=2$ e $p=0,50$.

Para a dedicação ao estudo em 2005 obteve-se: dedicava-se pouco 11 (7,70%), dedica-se moderadamente 99 (69,23%) e dedica-se muito 33 (23,07%); em 2015 obteve-se: dedica-se pouco 3 (2,36%), dedica-se moderadamente 70 (55,12%) e dedica-se muito 54 (42,52%), com $\chi^2=13,078$, $gl=2$, $p=0,01$.

Quando questionados sobre o gosto em buscar informações sobre as coisas, situações e pessoas, em 2005, os participantes responderam: gosta pouco 15 (10,49%), gosta moderadamente 79 (55,24%) e gosta muito 49 (34,27%); 10 anos depois: não gosta 1 (0,78%), gosta pouco 13 (10,24%), gosta moderadamente 50 (39,37%) e gosta muito 63 (49,61%), $\chi^2=8,12$, $gl=3$, $p=0,04$.

Sobre o interesse na informação técnico-científica, em 2005 foi: nenhum 1 (0,7%), interesse superficial 13 (9,1%), interesse moderado 50 (34,96%) e muito interesse 79 (55,24%). Em 2015 o interesse foi: superficial 5 (3,94%), moderado 52 (40,94%) e muito interesse 70 (55,12%), com $\chi^2=4,21$, $gl=3$, $p=0,24$.

Em 2005, para a capacidade de se organizar para atingir metas, verificou-se: pouca 52 (36,36%), moderada 81 (56,64%) e muita 10 (7%); em 2015, verificou-se que: não tem capacidade 1 (0,79%), pouca capacidade 10 (7,88%), moderada capacidade 71 (55,9%) e muita capacidade 45 (35,43%), $\chi^2=52,42$, $gl=3$, $p=0,000$.

Em relação à frequência que se tem dificuldade em expressar uma opinião, em 2005: sempre 4 (2,8%), frequentemente 97 (67,83%), às vezes 40 (27,97%) e nunca 2 (1,4%); 10 anos depois: sempre 3 (2,36%), frequentemente

22 (17,32%), às vezes 78 (61,42%) e nunca 24 (18,9%), sendo $\chi^2=76,77$, $gl=3$, $p=0,000$.

Na categoria de relacionamentos (Tabela 2), constatou-se que em 2005 o contato familiar ocorreu: nunca 1 (0,7%), raras vezes 4 (2,8%), frequentemente 54 (37,76%) e muito frequentemente 84 (58,74%); em 2015, os estudantes apontaram que o contato familiar ocorreu: raras vezes 10 (7,87%), frequentemente 60 (47,25%) e muito frequentemente 57 (44,88), $\chi^2=8,14$, $gl=3$, $p=0,043$.

Quando questionados sobre a qualidade dos relacionamentos familiares, em 2005, os estudantes indicaram que foi: aceitável 4 (2,8%), boa 39 (27,27%) e muito boa 100 (69,93%). Em 2015, foi: não satisfatória 2 (1,57%), aceitável 3 (2,36%), boa 40 (31,45%) e muito boa 82 (64,57%), com $\chi^2=3,07$, $gl=3$, $p=0,38$.

Sobre a participação na comunidade, em 2005: não participavam 20 (13,98%), participavam pouco 45 (31,47%), participavam moderadamente 67 (46,85%) e participavam

Tabela 1. Resultado comparativo dos testes de 2005* e 2015 da categoria de estudos.

		Não %	Pouco %	Moderado %	Muito %	p
Interesse nos estudos	2005	0	0,7	36,36	62,94	0,5
	2015	0	0	32,29	67,71	
Dedicação nos estudos	2005	0	7,7	69,23	23,07	0,01
	2015	0	2,36	55,12	42,52	
Gosto em buscar informações	2005	0	10,49	55,24	34,27	0,24
	2015	0,78	10,24	39,37	41,61	
Interesse na informação científica	2005	0,7	9,1	34,96	55,24	0,24
	2015	0	3,94	40,94	55,12	
Capacidade de se organizar para metas	2005	0	36,36	56,64	7	0
	2015	0,79	7,88	55,9	35,43	
Dificuldade de expressão	2005	1,4	27,97	67,83	2,8	0
	2015	18,9	61,42	17,32	2,36	

Tabela 2. Resultado comparativo dos testes de 2005* e 2015 da categoria de relacionamentos.

		Não %	Pouco %	Moderado %	Muito %	p
Contato familiar	2005	0,7	2,8	37,76	58,74	0,043
	2015	0	7,87	47,25	44,88	
Satisfação da qualidade dos relacionamentos familiares	2005	0	2,8	27,27	69,93	0,38
	2015	1,57	2,36	31,45	64,57	
Participação comunitária	2005	13,98	31,47	46,85	7,7	0,014
	2015	3,15	29,92	55,9	11,03	
Relação não-familiar	2005	0	2,8	29,37	67,83	0,000
	2015	0	9,45	45,67	44,88	
Satisfação da qualidade dos relacionamentos não-familiares	2005	0,7	3,5	60,14	35,66	0,000
	2015	0,8	13,38	59,05	26,77	
Valorização de relacionamentos	2005	0	1,4	35,66	62,94	0,001
	2015	0	1,57	15,75	82,68	
Importância da beleza física	2005	0	18,18	70,63	11,19	0,000
	2015	4,73	33,86	59,05	2,36	
Rejeição social	2005	1,4	9,09	64,34	25,17	0,000
	2015	34,64	61,42	3,94	0	

*dados de Gozzano et al.¹⁵

plenamente 11 (7,7%); enquanto, em 2015: não participavam 4 (3,15%), participavam pouco 38 (29,92%), participavam moderadamente 71 (55,9%) e participavam plenamente 14 (11,03%), $\chi^2=10,66$, $gl=3$, $p=0,014$.

Os alunos indicaram que o relacionamento não familiar, em 2005 ocorreu com: poucas pessoas 4 (2,8%), algumas pessoas 42 (29,37%) e muitas pessoas 97 (67,83%). E, em 2015 ocorreu com: poucas pessoas 12 (9,45%), algumas pessoas 58 (45,67%) e muitas pessoas 57 (44,88%), sendo $\chi^2=16,40$, $gl=2$, $p=0,000$.

Em 2005, o modo de relacionar-se foi: passivo 1 (0,7%), ativo-passivo 32 (22,38%), ativo 75 (52,45%) e muito ativo 35 (24,47%); 10 anos depois, foi: passivo 5 (3,94%), ativo-passivo 38 (29,92%), ativo 65 (51,18%) e muito ativo 19 (14,96%), $\chi^2=7,7$, $gl=3$, $p=0,052$.

Os relacionamentos sociais foram classificados, em 2005, como: insatisfatórios 1 (0,7%), aceitáveis 5 (3,5%), bons 86 (60,14%) e muito bons 51 (35,66%), ao passo que, em 2015, foram: insatisfatórios 1 (0,8%), aceitáveis 17 (13,38%), bons 75 (59,05%) e muito bons 34 (26,77%), com $\chi^2=9,7$, $gl=3$, $p=0,021$.

Em 2005, quando interrogados sobre a valorização dos relacionamentos sociais, verificou-se: valorizavam pouco 2 (1,4%), valorizavam moderadamente 51 (35,66%) e valorizavam muito 90 (62,94%); e em 2015 apontaram que: valorizavam pouco 2 (1,57%), valorizavam moderadamente 20 (15,75%) e valorizavam muito 105 (82,68%), $\chi^2=13,5$, $gl=2$, $p=0,001$

Sobre a importância da beleza física, em 2005, indicaram que era de: pouca importância 26 (18,18%), moderada importância 101 (70,63%) e muita importância 16 (11,19%). Em 2015, apontaram que era: não importante 6 (4,73%), pouca importância 43 (33,86%), moderada importância 75 (59,05%) e muita importância 3 (2,36%), sendo $\chi^2=22,2$, $gl=3$, $p=0,000$.

Em relação à frequência que se sente rejeitado pelo seu círculo social, em 2005, verificou-se: sempre 36 (25,17%), frequentemente 92 (64,34%), às vezes 13 (9,09%) e nunca 2 (1,4%). E, em 2015: frequentemente 5 (3,94%), às vezes 78 (61,42%) e nunca 44 (34,64%), $\chi^2=198,5$, $gl=3$, $p=0,000$.

Além disso, na categoria de tempo de lazer (Tabela 3), foi constatado que a qualidade do tempo livre em 2005 foi: não satisfatória 5 (3,5%), aceitável 39 (27,27%), boa 77 (53,85%) e muito boa 22 (15,38%); enquanto em 2015 foi: insatisfatória 9 (7,09%), aceitável 33 (25,98%), boa 65 (51,18%) e muito boa 20 (15,75%), $\chi^2=1,8$, $gl=3$, $p=0,60$.

Sobre o interesse no lazer, verificou-se que, em 2005, houve: pouco interesse 4 (2,8%), moderado interesse 37 (25,87%) e muito interesse 102 (71,33%). E, em 2015: sem interesse 2 (1,58), pouco interesse 3 (2,36%), moderado interesse 38 (29,92%) e muito interesse 84 (66,14%). $\chi^2=3,0$, $gl=3$, $p=0,387$.

DISCUSSÃO

A idade média dos estudantes entre os anos de 2005 e 2015 não se alterou significativamente, no entanto, observou-se maior variação da idade no ano de 2015. Isso pode ser decorrente da maior amostra de alunos da primeira série do curso na pesquisa realizada em 2005, quando comparada à amostra de 2015. A porcentagem feminina também não se alterou de modo expressivo, de modo que o número de mulheres continua sendo maior do que o de homens. O resultado do teste SASS foi similar entre os anos de 2005 e 2015, dentro da normalidade.

O perfil dos alunos mudou somente em relação aos estudos e relacionamentos.

Foi constatado que atualmente há mais empenho nos estudos, mais capacidade estratégica e habilidade de expressão, além do maior interesse na informação. No entanto, não foi observada mudanças no interesse quando o assunto informativo é da área científica.

O maior empenho nos estudos e a maior capacidade estratégica pode ser decorrente da aprendizagem ativa do novo currículo de ensino de medicina, implantado nos últimos 10 anos na FCMS/PUC-SP — o PBL —, uma vez que propõe ao aluno uma rotina de organização nos estudos e participação atuante no aprendizado, por meio da disciplina nos estudos. É necessário que o estudante seja o protagonista de sua formação médica, de forma que ele saiba utilizar o tempo para os estudos com eficiência e dedicação e, para isso, precisa traçar um plano de estudos para a busca de conhecimentos, interligação dos assuntos abordados e resolução do caso proposto,¹² o que é diferente da metodologia tradicional, em que o tempo de estudo é dedicado à memorização de matéria já transmitida do professor para o aluno.¹⁴

Ainda nesse contexto, é importante considerar que a graduação dura somente alguns anos, enquanto a atividade profissional pode permanecer por décadas, e que os conhecimentos e competências vão se transformando rapidamente, o que torna essencial a prática de uma educação libertadora, com a formação de um profissional ativo e apto a aprender a aprender durante toda a vida.¹⁴

Tabela 3. Resultado comparativo dos testes de 2005* e 2015 da categoria de lazer.

		Não %	Pouco %	Moderado %	Muito %	p
Contato familiar	2005	0	2,8	25,87	71,33	0,387
	2015	1,58	2,36	29,92	66,14	
Satisfação da qualidade dos relacionamentos familiares	2005	3,5	27,27	53,85	15,38	0,6
	2015	7,09	25,98	51,18	15,75	

*dados de Gozzano et al.¹⁵

Ademais, estudos salientam a necessidade de considerar a educação como prática de liberdade, em oposição à educação como prática de dominação.^{18,19} Dessa forma, habilidades como a dedicação nos estudos, capacidade estratégica e interesse nas informações, que foram destacadas nos alunos de metodologia ativa, são ferramentas pessoais benéficas para a transformação social e para a formação de profissionais de saúde. Além de assegurarem a responsabilidade e a integridade do médico para a atenção à saúde da população, in-dolém do mundo acadêmico.¹⁸

Além disso, a melhoria na habilidade de expressão de idéias pode ser reflexo do método de ensino, uma vez que, nas discussões de problemas em grupos é estimulado o compartilhamento da vivência de experiências significativas e de conhecimentos prévios, com forte motivação prática para solicitar escolhas e soluções.^{19,20} O desafio de saber expressar ideias e conhecimentos para ser compreendido em um grupo, a fim de solucionar um caso de forma coletiva, é uma das principais estratégias desenvolvidas nas sessões de tutoria, e o estímulo para expressar-se não só traz o benefício de aprimorar tal habilidade pessoal, mas também de desenvolver a capacidade de trabalhar em equipe.

O maior interesse na informação é, possivelmente, devido à instigação gerada pelo debate do caso-problema, posto que, na metodologia ativa existe a necessidade da investigação ativa de conhecimentos na aprendizagem a interligação dos conteúdos²¹ e o desfecho da problematização. De forma que estimula o aluno a buscar respostas em situações de dúvida e adversidade, além de despertar a curiosidade em aprender o novo e desconhecido, não só na vida acadêmica, mas também nos aspectos gerais do cotidiano desses jovens, que os desafiam na busca do conhecimento.

Ademais, essa nova realidade, assistida na última década, pode ser decorrente do fácil acesso às informações via internet, principalmente por meio do grande acervo bibliográfico virtual e dos sites de busca rápida disponíveis, tão presentes nos dias atuais. Porém, tais fatores não os tornaram alunos com maior interesse técnico-científico.

O relacionamento interpessoal também mudou, os estudantes atuais participam mais da comunidade, valorizam mais seus relacionamentos e se sentem mais acolhidos em meio social, apesar de suas relações não familiares serem mais restritas. Em contrapartida, em 2005, os estudantes tinham mais contato com a família, os relacionamentos não familiares envolviam mais pessoas e as relações sociais eram melhores, além de darem mais importância à beleza física.

Fatores como participação comunitária e acolhimento social destacam, respectivamente, a maior iniciativa dos alunos em atuar na comunidade e a melhor capacidade de adaptação social nos dias atuais, habilidade essa, que pode ser decorrente da interação social estimulada durante a formação dos alunos no modelo PBL, uma vez que o método é baseado na aprendizagem por meio de discussões em diferentes grupos de estudo e propõe solucionar de forma coletiva a problematização sugerida, além de incentivar o

relacionamento interpessoal entre os alunos, de forma respeitosa e justa.

O fato de os alunos de 2015 valorizarem mais suas relações, mas não possuírem relacionamentos tão bons, em um círculo social mais restrito, pode ser em virtude da era virtual de redes sociais, tão predominante na atualidade, o que desfavorece o vínculo pessoal de amizades e restringe as relações tanto no aspecto quantitativo quanto no qualitativo.

Nointervalo de uma década, não houve uma mudança significativa entre os alunos em relação ao interesse no lazer e na qualidade do tempo livre.

CONCLUSÃO

A metodologia do PBL é uma alternativa válida, condizente com as Diretrizes Nacionais estabelecidas, que não só propõe motivar os alunos na aquisição de conhecimentos e habilidades médicas, como também estimula o desenvolvimento pessoal e social, por apresentar uma abordagem ativa e interativa. Fato que pode ser observado ao comparar o desempenho social dos alunos entre os dois métodos de ensino, isto é, a aprendizagem no modelo ativo abrange muitos aspectos da formação médica que o modelo tradicional não é capaz de suprir de forma tão significativa.

Além disso, o cotidiano acadêmico do PBL incentiva o aluno a participar da sua própria formação, de forma individual e coletiva, reforçando a necessidade da organização dos estudos e do compartilhamento de informações com seus semelhantes. Porém, é importante ressaltar que a eficácia da metodologia não depende apenas da estrutura do curso disposto pela instituição de ensino, mas principalmente pela atuação consciente e ativa do estudante.

CONFLITO DE INTERESSES

O presente estudo não tem conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Fiorotti KP, Rossoni RR, Miranda AE. Perfil do estudante de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007. *Rev Bras Educ Méd.* 2010;34(3):355-62. <http://doi.org/10.1590/S0100-55022010000300004>
2. Ferreira RA, Peret Filho LA, Goulart EMA, Valadão MMA. O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. *Rev Assoc Med Bras.* 2000;46(3):224-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-4230200000300007>
3. Cataldo Neto A, Cavalet D, Bruxel DM, Kappes DS, Silva DOFDS. O estudante de medicina e o estresse acadêmico. *Rev Med PUCRS.* 1988;8(1):6-12.
4. Harada BA, Faxina CF, Capeletto CDM, Simões JC. Perfil psicológico do estudante de medicina. *Rev Méd Res.* 2013;15(2):93-101.
5. Quintana AM, Rodrigues AT, Arpini DM, Bassi LA, Cecim PDS, Santos MS. A angústia na formação do estudante de medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(1):7-14. <http://doi.org/10.1590/S0100-55022008000100002>

6. Millan LR, Azevedo RS, Rossi E, Marco OLN, Millan MPB, Arruda PCVD. What is behind a student's choice for becoming a doctor? *Clinics*. 2005;60(2):143-50. <http://doi.org/10.1590/S1807-59322005000200011>
7. Organización Panamericana de la Salud. Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina. Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica. Documento de posición de América Latina. Edimburgo, Escócia, agosto de 1993. *Educ Med Salud*. 1994;28(1):125-38.
8. Organización Panamericana de la Salud. Plan decenal de salud para las Américas: informe final. Washington, D.C.: OPAS; 1973. 146 p. (OPS. Documento Oficial, 118).
9. Lima MCP, Domingues MDS, Cerqueira ATDAR. Prevalence and risk factors of common mental disorders among medical students. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(6):1035-41. <http://doi.org/10.1590/S0034-89102006000700011>
10. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001 [Internet]. 2001 [acesso em 30 maio 2017]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>
11. Ribeiro VM. Discutindo o conceito de inovação curricular na formação dos profissionais de saúde: o longo caminho para as transformações no ensino médico. *Trab Educ Saúde*. 2005;3(1):91-121. <http://doi.org/10.1590/S1981-77462005000100006>
12. Gomes R, Faria Brino R, Aquilante AG, Avó LRDS. Aprendizagem baseada em problemas na formação médica e o currículo tradicional de medicina: uma revisão bibliográfica. *Rev Bras Educ Méd*. 2009;33(3):444-51. <http://doi.org/10.1590/S0100-55022009000300014>
13. Savery JR. Overview of problem-based learning: definitions and distinctions. In: Walker A, Leary H, Hmelo-Silver C, Ertmer PA, editors. *Essential readings in problem-based learning: Exploring and extending the legacy of Howard S. Barrows*. West Lafayette: Purdue University Press; 2015. p. 5-15.
14. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NMD, Meirelles CDAB, Pinto-Porto C, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(supl. 2):2133-44. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900018>
15. Gozzano MBC, Gozzano JRC, Beraldo MBB, Garcia MS, Gozzano JOA. Perfil dos estudantes de medicina da PUC-SP. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2006;8(2):7-10.
16. Bosc M, Dubini A, Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *Eur Neuropsychopharmacol*. 1997;7(1 Supl. 1):S57-70. [http://doi.org/10.1016/S0924-977X\(97\)00420-3](http://doi.org/10.1016/S0924-977X(97)00420-3)
17. Fonseca-Pedrero E, Fernández JM, Lemos-Giráldez S, García-Cueto E, Paño-Piñeiro M, García ÚV, et al. Propiedades psicométricas del Social Adaptation Self-evaluation Scale en adolescentes españoles. *Interpsiquis*. 2008;9:3332. <http://psiqu.com/1-3332>
18. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1975.
19. 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 Saúde Pública*. 2004;20(3):780-8. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300015>
20. Coombs G, Elden M. Introduction to the special issue: problem-based learning as social inquiry-PBL and management education. *JManageEduc*. 2004;28(5):523-35. <http://doi.org/10.1177/1052562904267540>
21. Mamede S, Penaforte J, Schmidt H, Caprara A, Tomaz JB, Sá H. Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: Escola de Saúde Pública; São Paulo: Hucitec; 2001.

Como citar este artigo:

Gozzano MCC, Gozzano JOA. Nova década, novos alunos na faculdade de medicina? *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2019;21(2):59-64. <http://doi.org/10.23925/1984-4840.2019v21i2a4>