

Abordagem pedagógica e diversificação dos cenários de ensino médico: projetos selecionados pelo PROMED

Pedagogical approach and diversity of medical school scenarios: projects selected by PROMED

Lucia Maria Horta Figueiredo Goulart¹
Claudia Regina Lindgren Alves¹
Soraya Almeida Belisário¹
Daisy Maria Xavier de Abreu¹
José Mauricio Carvalho Lemos¹
Alice Werneck Massote¹
Marla Barroso França¹
Karina Fonseca Mendes¹
Thiago Almeida Ferreira da Silva¹

PALAVRAS-CHAVE

- Educação médica
- Escolas médicas
- Currículo
- Ensino
- Aprendizagem

KEY WORDS

- Education, medical
- Schools, medical
- Curriculum
- Teaching
- Learning

RESUMO

Este trabalho analisa as principais propostas de abordagem pedagógica e diversificação de cenários do processo de ensino apresentadas pelas escolas selecionadas pelo Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas de Medicina (Promed), instituído em 2002 pelos ministérios da Saúde e da Educação. Foi realizada pesquisa documental, utilizando-se roteiro com base no termo de referência do programa para a leitura dos projetos. Verificou-se que todas as escolas selecionadas já se encontravam em processo de mudança curricular por ocasião do edital Promed. Embora buscassem alcançar os objetivos apresentados pelo programa, os projetos selecionados apontaram diferentes caminhos para sua realização. Conhecer essas propostas e a maneira como se articularam entre si e com o objetivo final do Promed é de capital importância para os educadores da área de saúde envolvidos com mudanças curriculares em suas instituições, bem como para os gestores dessa área que vêm apresentando suas demandas em consonância com as necessidades de saúde da população.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the main pedagogical proposals and range of scenarios in the teaching process in the schools selected by the Program to Promote Curricular Changes in Medical Schools (PROMED), established in 2002 by the Brazilian Ministries of Health and Education. A document search was conducted, using a script based on the Program's term of reference for reading the proposals. All of the selected schools were already undergoing a process of curricular reform at the time of the PROMED Call for Proposals. Although they were all seeking to achieve the objectives laid out by the Program, the selected proposals identified different paths for this purpose. Knowledge of the proposals and the way they interrelate is of capital importance for educators in the health field involved in curricular changes in their institutions, as well as for health system administrators that have raised their demands in keeping with the population's health needs.

Recebido em: 18/082008

Reencaminhado em: 14/04/2009

Aprovado em: 19/05/2009

INTRODUÇÃO

O Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas de Medicina (Promed), criado pelos ministérios da Saúde e da Educação, representa a primeira iniciativa conjunta destinada a estimular mudanças em um curso de graduação da área da saúde com prioridades bem definidas¹. Iniciado em 2002 no bojo de uma série de ações direcionadas ao fortalecimento da atenção básica e à adoção da estratégia da Saúde da Família, ele vem contribuir para a consecução da prerrogativa constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde².

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria nº 648/GM, de 24 de março de 2006, explícita e reforça essa prerrogativa, dando competência ao Ministério da Saúde para articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares, visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica, fundamentada nos eixos da universalidade, integralidade e equidade³.

Na área da educação médica, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina, publicadas em 2001, apresentaram novos desafios para as instituições de ensino superior do País, ao definirem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos necessários à formação de médicos no Brasil. Este documento define um perfil de profissional com grande intimidade com os problemas de saúde da população e com o sistema de saúde e capaz de atuar em todos os níveis de atenção. Além disso, as diretrizes impõem a necessidade de treinamento em serviço em todas as etapas do curso médico, o que veio estimular as instituições de ensino superior voltadas para a formação dos profissionais de saúde a repensarem seus modelos de ensino e estratégias pedagógicas⁴. Neste cenário, várias escolas deram início a movimentos de mudanças curriculares em direção a um “novo produto”, em consonância com as novas diretrizes curriculares estabelecidas pelo MEC e com os princípios do SUS^{5,6,7}.

Nos últimos anos, estudiosos da educação médica também já vêm apontando a necessidade de adequação da formação de profissionais para atender às demandas sociais^{8,9,10}.

Neste contexto, surge o Promed com o objetivo geral de “reorientar os produtos da escola médica (profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados) com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica”¹. Além disso, esse programa apresentou como objetivos específicos o estabelecimento de protocolos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas; a incorporação da noção integralizadora do processo saúde/doença e da promoção da saúde com ênfase na atenção básica; a ampliação dos cenários e da duração da prática

educacional na rede de serviços básicos de saúde; a adoção de metodologias pedagógicas ativas e centradas nos estudantes¹¹.

Com foco nesses objetivos, o Promed apresentava três eixos para o desenvolvimento das mudanças curriculares – orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática –, envolvendo, cada um desses, dois vetores específicos. Assim, o eixo orientação teórica abrangia a produção de conhecimentos voltada às necessidades do SUS, bem como a pós-graduação e educação permanente, organizadas e oferecidas em estreita articulação com os gestores da saúde pública. Em relação à abordagem pedagógica, o programa privilegiou como vetores a mudança voltada para a implantação de metodologias ativas e centradas no estudante e a integração entre o ciclo básico e o ciclo profissional. O eixo relativo aos cenários de prática, por sua vez, foi decomposto nos vetores diversificação de cenários de ensino e abertura dos serviços universitários às necessidades do SUS.

Para cada um dos vetores, o edital Promed apresentava um sistema de classificação em três estágios, partindo, no estágio 1, da situação curricular mais conservadora, até chegar, no estágio 3, à situação de inovação educacional efetivamente concretizada, de acordo com os objetivos do programa.

Para favorecer essas mudanças, foram oferecidos incentivos às instituições acadêmicas participantes. A adesão às propostas desse programa foi voluntária, mediante apresentação de projetos. Inicialmente, os projetos de 48 escolas médicas foram pré-selecionados, e, após seleção final, 20 projetos foram contemplados¹². Todavia, participaram efetivamente do Promed 19 escolas médicas.

Embora buscassem todos os objetivos apresentados pelo programa, os projetos selecionados apontaram diferentes caminhos para sua realização. Conhecer essas propostas e a maneira como se articularam entre si e com o objetivo final do Promed é de capital importância para os educadores da área de saúde envolvidos com mudanças curriculares em suas instituições, bem como para os gestores dessa área que vêm apresentando suas demandas em consonância com as necessidades de saúde da população. Assim, este trabalho teve por objetivo analisar as principais propostas de abordagem pedagógica e diversificação de cenários do processo de ensino apresentadas pelas escolas selecionadas pelo Promed.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa documental em duas etapas distintas. Na primeira, chamada de leitura vertical, foi feita uma leitura detalhada e análise de cada um dos 19 projetos contemplados pelo Promed. Nessa leitura foi utilizado um roteiro elaborado especificamente para essa finalidade, com base no termo de referência do programa^{1,13}. Esse roteiro permitiu evidenciar a situação de cada escola por ocasião de sua participação na seleção

do programa, bem como as propostas de intervenção em cada um dos eixos e vetores e objetivos a serem alcançados. Ainda nesta etapa, procedeu-se à busca de informações sobre as instituições participantes no seu *site* oficial e em documentos anexos ao projeto original.

Na segunda etapa, foi realizada uma leitura transversal de todos os projetos, com ênfase nos eixos do termo de referência, buscando identificar os pontos de congruência e as disparidades nas propostas no que diz respeito às imagens-objetivo e operações, visando à mudança no conjunto dos participantes.

Assim, o eixo abordagem pedagógica com seus vetores – mudança pedagógica e integração entre o ciclo básico e o profissional – e o eixo cenários de prática, especialmente o vetor diversificação de cenários para o processo de ensino, foram os recortes de análise para o presente trabalho. A classificação em estágios apresentada no documento original do Promed foi utilizada como referencial para esta análise.

O Quadro 1 mostra os vetores que foram objeto deste estudo e as principais características de cada estágio.

Quadro 1

Classificação em estágios dos vetores mudança pedagógica, integração ciclo básico/ciclo profissional e diversificação de cenários do processo de ensino

Vetores	Mudança pedagógica	Integração ciclo básico/ciclo profissional	Diversificação de cenários do processo de ensino
Estágio 1	Ensino centrado no professor, disciplinas estanques, predominância de aulas expositivas e de avaliações por meio de testes e provas.	Ciclos clínico e básico separados, com disciplinas fragmentadas.	Atividades práticas no início do curso restritas aos laboratórios da área básica. No ciclo clínico, atividades em enfermarias hospitalares.
Estágio 2	Inclui inovações pedagógicas experimentais e pontuais com adoção de pequenos grupos, processos de avaliação interativos, mas ainda restritos a menos de 20% da carga horária.	Existência de disciplinas/atividades integradoras ao longo dos primeiros anos, mas mantida a organização por disciplinas e separação dos conteúdos básicos e clínicos.	Atividades extramurais isoladas predominantemente na área de saúde coletiva, correspondendo a menos de 10% da carga horária. No ciclo clínico desenvolvem-se atividades ambulatoriais em locais próprios da instituição de ensino ou em ambulatorios conveniados sem relação com o SUS.
Estágio 3	Ensino baseado majoritariamente em resolução de problemas, em pequenos grupos, professores como tutores; ensino em ambientes diversificados e com atividades estruturadas a partir das necessidades do SUS. Avaliação formativa, somativa e abrangente.	Ensino majoritariamente integrado, sem a precedência cronológica do ciclo básico e sem estruturação em disciplinas.	Atividades extramurais em unidades do SUS, escola e outros equipamentos sociais durante todo o curso e com graus crescentes de complexidade. Nos dois primeiros anos de graduação, em pelo menos 20% da carga horária, combinam-se atividades multiprofissionais com experiências de integração em laboratórios de problematização, com participação de docentes de áreas básicas e clínicas. Atividades clínicas desenvolvidas de forma mista entre serviços próprios das IES e unidades de atenção básica do SUS – majoritariamente ambulatorial ou em serviços próprios das IES que subordinem suas centrais de marcação de consulta às necessidades locais do SUS – em que se perfaça menos de 40% da carga horária. Internato desenvolvido em pelo menos 25% na rede do SUS.

Modificado do Termo de Referência Promed¹

Em cada projeto, foi identificada uma ampla gama de ações para concretizar as mudanças. Para facilitar a análise, essas ações foram agrupadas em seis categorias, de acordo com o foco da intervenção: modelo pedagógico, investimentos em infraestrutura, desenvolvimento e acompanhamento curricular, capacitação docente, relação com serviços/sociedade e ações direcionadas à participação discente.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (Processo COEP ETIC 144/7) e faz parte do Projeto de Pesquisa de Avaliação Exploratória da Gestão da Educação na Saúde, desenvolvido no Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais, com apoio do Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do Promed as escolas médicas das seguintes instituições: Faculdade de Medicina de Marília; Fundação Educacional Serra dos Órgãos; Fundação Universidade de Pernambuco; Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Sul; Universidade Estadual de Campinas; Universidade Estadual de Londrina; Universidade Estadual de Montes Claros; Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho; Universidade Federal de Goiás; Universidade Federal de Juiz de Fora; Universidade Federal de Minas Gerais; Universidade Federal de Pernambuco; Universidade Federal de Roraima; Universidade Federal de Santa Catarina; Universidade Federal de São Paulo; Universidade Federal do Ceará; Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Universidade Federal Fluminense.

Nota-se maior concentração das escolas contempladas na Região Sudeste, o que não somente reflete a distribuição geográfica das escolas médicas do Brasil¹⁴, mas também responde ao Edital de Convocação¹¹, que propunha a seleção de pelo menos um projeto na Região Norte e no Centro-Oeste, dois no Nordeste e na Região Sul, e quatro no Sudeste, sendo os demais projetos enquadrados exclusivamente pelo mérito.

As principais características dessas escolas foram identificadas na primeira etapa da pesquisa, a partir da leitura vertical dos projetos e consulta a outras fontes de informação. A Tabela 1 mostra algumas dessas características.

Observa-se que a maioria dessas escolas pertence a instituições públicas (52,6% são federais e 31,6% estaduais). Cerca de 52,7% se caracterizam como escolas de porte médio, entre 101 e 200 vagas. O número de docentes nessas instituições variou entre 70 e mais de 400, sendo que em um caso não foi possível obter essa informação. Com uma exceção, todas as escolas oferecem residência médica e têm hospital universitário. A maioria oferece cursos de pós-graduação em nível de mestrado e doutorado.

Verificou-se também que, embora em diferentes fases, todas as escolas selecionadas já se encontravam em processo de mudança curricular por ocasião do edital Promed. Em 2001, a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais como norteadoras dos cursos de graduação em Medicina no País já apontava a necessidade de mudanças educacionais, buscando a formação de um profissional mais adequado às necessidades de saúde da população⁴. Provavelmente, por ocasião da publicação do edital do Promed, essas escolas já vinham trabalhando em seus projetos político-pedagógicos, buscando adequar seus currículos às recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais. Em 2002, um estudo realizado nas escolas médicas do Paraná por Almeida constatou a importância das diretrizes curriculares nacionais como fonte motivadora de inovações no ensino médico, mesmo antes da publicação do Promed¹⁵.

Por outro lado, a consolidação do Programa de Saúde da Família como a base da assistência no Sistema Único de Saúde demanda um novo perfil profissional, o que veio direcionar as iniciativas de mudança curricular por parte das instituições formadoras. Assim, para as 19 escolas contempladas, o Promed consolidou e forneceu subsídios para as propostas de mudança já planejadas e/ou em andamento, que estavam em consonância com os objetivos do programa.

A análise dos projetos permitiu identificar e comparar os estágios em que cada escola se encontrava por ocasião da apresentação do projeto em 2002 e aqueles a serem alcançados com as mudanças propostas, explicitados na imagem-objetivo. Para mostrar a situação das escolas em 2002 e aquela pretendida com o Promed, foram elaboradas três figuras, correspondendo aos três vetores analisados. Cada figura apresenta dois gráficos do tipo radar, em que cada raio representa uma escola, e os círculos concêntricos representam os estágios (1, 2 e 3) do vetor. As escolas estão representadas por letras no círculo externo do gráfico. O Gráfico 1 diz respeito ao vetor mudanças pedagógicas.

Observa-se que a maior parte das escolas (n = 11) foi enquadrada no estágio 2 em 2002, por ocasião da apresentação do projeto. Esse estágio caracteriza uma situação intermediária, marcada pelo desenvolvimento de experiências pontuais, mas que aponta possibilidades de avanços. Atingir o estágio 3 foi o objetivo da maioria das escolas. O estágio 3 se refere ao ensino baseado na resolução de problemas e em pequenos grupos, no qual o professor assume o papel de tutor, e o estudante é avaliado em todos os aspectos de sua formação – conhecimentos, atitudes e habilidades. É interessante notar que duas instituições que situaram sua imagem-objetivo no estágio 2 propuseram, em seus respectivos projetos, permanecer no mesmo estágio, provavelmente por reconhecerem dificuldades e obstáculos à mudança de modelo pedagógico. Costa estudou os fatores que limitam as mudanças

Tabela 1
Principais características das escolas selecionadas para o Promed

Características	Escolas médicas	
	n	%
Categoria administrativa		
Públicas federais	10	52,6
Públicas estaduais	6	31,6
Confessional católica	2	10,5
Privada laica	1	5,3
Número de docentes		
70 – 110	2	10,5
111 – 200	7	36,8
201 – 400	7	36,8
> 400	2	10,5
Sem informação	1	5,2
Número de vagas/ano		
20 – 70	2	10,5
71 – 100	4	21,0
101 – 200	10	52,7
> 200	3	15,8
Oferta de pós-graduação e residência		
Residência	19	100,0
Mestrado	15	78,9
Doutorado	12	63,2

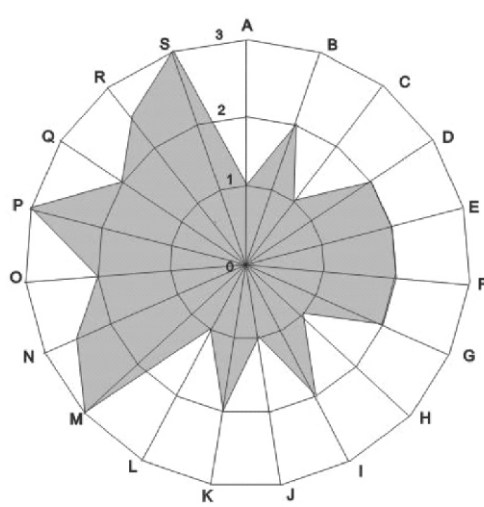
na prática docente em Medicina, apesar da clara necessidade delas¹⁶. Entre os fatores observados, a autora ressalta a desvalorização das atividades docentes e a supremacia da pesquisa, a falta de identidade profissional docente, a deficiência da formação pedagógica do professor, a resistência docente às mudanças e o individualismo da categoria.

Inúmeras ações foram propostas para o efetivo alcance da imagem-objetivo. Essas ações, frequentemente, estavam interligadas e superpostas. O trabalho com pequenos grupos tutoriais foi referido por 15 escolas, sem significar necessariamente a adoção declarada da Aprendizagem Baseada em Problemas – *Pro-*

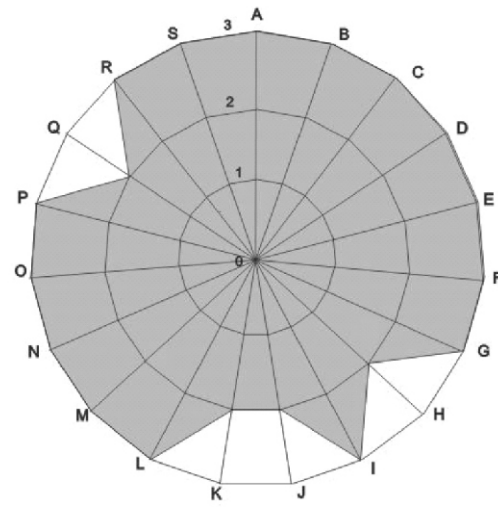
blem-Based Learning (PBL) em seu original^{17,18}, método de ensino-aprendizagem assumido por seis escolas. Três escolas declararam opção metodológica pela problematização¹⁹. Observe-se que duas instituições mencionaram em seus projetos terem optado pela adoção de diferentes métodos de ensino, adequando-os aos objetivos. Embora aderindo a diferentes métodos, praticamente todas as instituições planejaram centrar os conteúdos de ensino nos problemas prevalentes da população, o que é pressuposto no Termo de Referência do Promed e nas Diretrizes Curriculares^{1,4}.

Gráfico 1.

Vetor mudança pedagógica – classificação em 2002 e classificação pretendida com o Promed.



Classificação em estágios em 2002



Classificação pretendida com o Promed

Nota: As escolas estão representadas por letras; os critérios para classificação nos estágios 1, 2 e 3 são apresentados no Quadro 1

Ações com vistas a mudanças na avaliação da aprendizagem apareceram nos projetos de mais da metade das instituições. As propostas abrangeram desde a adoção de avaliação formativa até o desenvolvimento de novas formas e tecnologias aplicadas a esse procedimento. Em nove projetos identificou-se a proposta de desenvolvimento de técnicas de avaliação de habilidades e atitudes, e em três, a proposta de incorporação do teste progressivo.

Quase todas as escolas (n = 17) apresentaram propostas de capacitação docente para a efetivação das mudanças pedagógicas, enquanto apenas quatro propuseram estratégias para capacitação do aluno. Consultoria com especialistas em educação médica e intercâmbio com outras universidades foram ações propostas em 11 e 10 projetos, respectivamente. Entre as universidades citadas para intercâmbio, além de instituições brasileiras reconhecidas pela adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, encontram-se instituições de outros países, como a Universidade de Maastricht (Holanda), McMaster (Canadá) e Albuquerque (EUA), reconhecidas como referências de currículos fundamentados na aprendizagem baseada em problemas. O estímulo à participação docente e discente em eventos de educação médica foi proposto em 15 projetos, e o estímulo à produção científica nessa área de conhecimento foi explicitado em apenas cinco.

Em relação ao vetor integração entre os ciclos básico e profissional, o Gráfico 2 mostra, respectivamente, a situação em 2002 e a situação pretendida com o Promed.

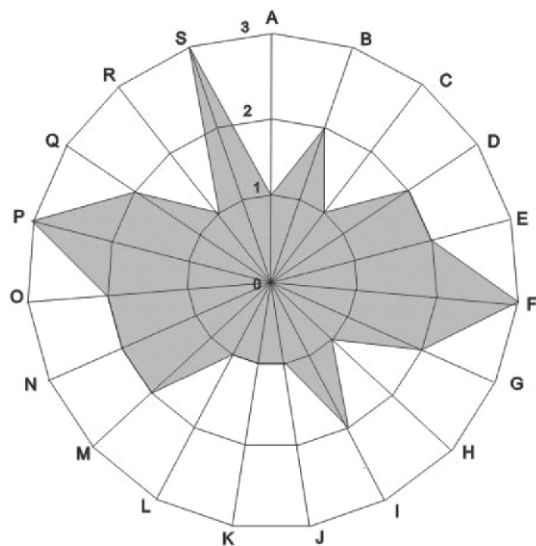
No que diz respeito a esse vetor, verificou-se que, em 2002, sete das 19 escolas foram classificadas no estágio 1 – separação entre os ciclos clínico e básico com fragmentação em disciplinas – enquanto nove se situaram no estágio 2, caracterizado por iniciativas de integração em currículo organizado por disciplinas e com os ciclos básico e clínico separados. Um terço das escolas planejou mudanças visando à integração de modo a alcançar o estágio 2, sendo que três escolas já se encontravam nesta classificação antes do Promed. Uma das estratégias para a integração entre os ciclos foi a reorganização do currículo em módulos e não em disciplinas, o que apareceu em mais da metade dos projetos (63,1%). A implantação de disciplinas integradoras foi outra estratégia, explicitada em três projetos.

Atingir o estágio mais avançado da integração entre os ciclos básico e profissional pressupõe romper com a tradicional organização do currículo flexneriano. Estruturar o currículo médico de forma integrada, sem fragmentação em disciplinas e ciclos, parece requerer grandes esforços. Ferreira se refere à dificuldade da abordagem interdisciplinar na educação médica em relação não só à seleção dos temas, mas também à conformação de equipes docentes integradas²⁰.

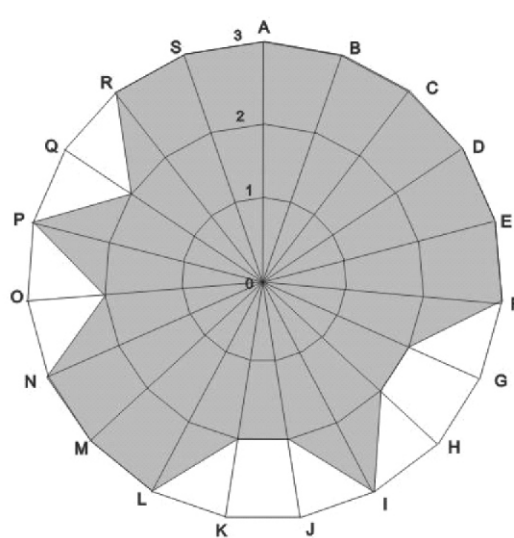
O Gráfico 3 mostra a classificação de cada escola em 2002 e de suas respectivas imagens-objetivo em relação à diversificação de cenários.

Gráfico 2.

Vetor integração entre os ciclos básico e profissional – classificação em 2002 e classificação pretendida com o Promed.



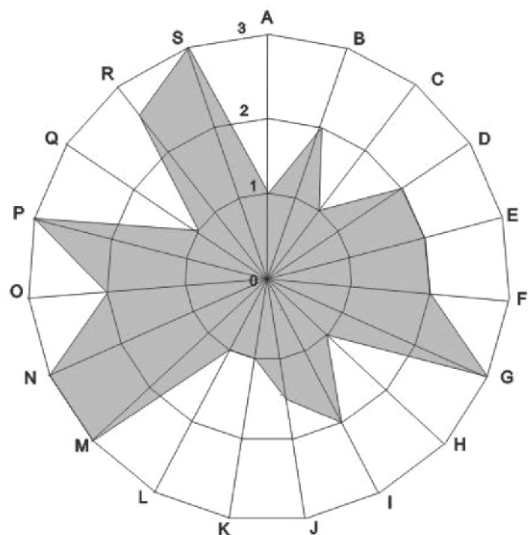
Classificação em estágios em 2002



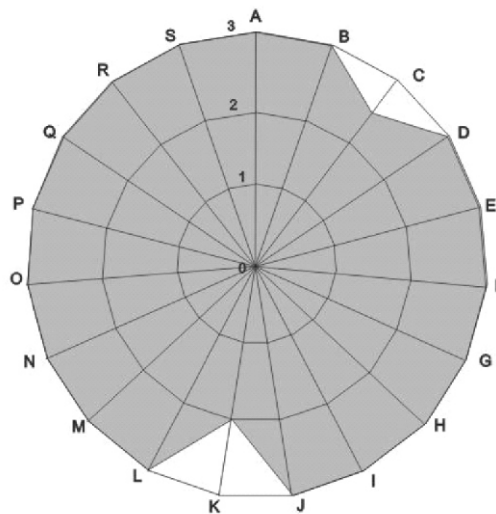
Classificação pretendida com o Promed

Nota: As escolas estão representadas por letras; os critérios para classificação nos estágios 1, 2 e 3 são apresentados no Quadro 1

Gráfico 3. Vetor diversificação de cenários do processo de ensino – classificação em 2002 e classificação pretendida com o Promed.



Classificação em estágios em 2002



Classificação pretendida com o Promed

Nota: As escolas estão representadas por letras; os critérios para classificação nos estágios 1, 2 e 3 são apresentados no Quadro 1.

Nota-se que apenas cinco escolas se classificaram no estágio 3 em 2002. Já os recursos do Promed, 17 vislumbraram alcançar o estágio 3 em relação à diversificação dos cenários.

Comparadas às classificações das imagens-objetivo na perspectiva dos três vetores estudados, verifica-se que a diversificação de cenários foi o que concentrou o maior número de propos-

tas no estágio mais avançado. Nesse vetor, enquanto apenas duas escolas fizeram propostas para alcançar o estágio 2, nos vetores mudança pedagógica e integração entre os ciclos básico e profissional, 4 (21%) e 6 (30%) escolas, respectivamente, fizeram essa opção, provavelmente reconhecendo dificuldades e limites para alcançarem o estágio 3.

Presume-se que atingir o estágio mais avançado da diversificação de cenários não seja tão difícil quanto promover a mudança pedagógica e a integração entre os ciclos. Esse estágio, além dos laboratórios de integração, pressupõe o desenvolvimento de atividades em unidades do SUS durante todo o curso, em graus crescentes de complexidade, o que provavelmente contou com o apoio dos gestores, facilitando o processo. Todavia, como nos lembra Ferreira, "há que diferenciar o simples uso de serviços do SUS da participação efetiva no funcionamento dos mesmos"²⁰. A presença do estudante nos cenários dos serviços por si só não garante a mudança na formação profissional, sendo necessário um esforço adicional no sentido da qualificação dessa relação com ênfase em sua efetividade²¹.

Entre as propostas voltadas à ampliação de cenários, os investimentos em infraestrutura ocuparam lugar de destaque nos projetos. Recursos para implementação de laboratório de habilidades, aquisição de equipamentos para autoaprendizagem e/ou educação à distância, montagem de laboratório de informática, entre outros, foram solicitados pela maioria das escolas. Investimentos destinados a equipar os serviços de saúde, adequando-os à prática docente-assistencial, apareceram como propostas de 11 escolas, enquanto aqueles destinados aos cenários mais tradicionais do ensino médico (laboratórios de áreas básicas e salas de aulas) apareceram em apenas quatro projetos. Pleitearam subsídios para ampliação de acervo bibliográfico 80% das escolas, incluindo desde a compra de livros e assinaturas de periódicos até a implementação de biblioteca virtual. A solicitação de veículos como meio de deslocamento entre os diversos cenários apareceu em cinco projetos.

Em 15 projetos foi apresentada a proposta de desenvolvimento de atividades em Unidades do SUS a partir do primeiro ano de curso. A figura do profissional do serviço de saúde desempenhando o papel de preceptor junto aos estudantes em cenários diversos da rede pública foi mencionada direta ou indiretamente em mais da metade dos projetos (n = 11). Propostas de capacitação desses profissionais para o exercício da prática docente-assistencial foram explicitadas em nove projetos.

Por outro lado, identificou-se em quatro projetos a preocupação com a capacitação de professores com o objetivo de prepará-los para a assistência médica na rede pública. A sensibilização

e a capacitação de professores para a prática fora dos muros da universidade parecem ser uma estratégia bastante interessante, considerando que os docentes representam uma das mais importantes fontes de resistência a essas mudanças^{16,22}. Por outro lado, o envolvimento do profissional do serviço na prática docente por meio de capacitação e acesso à participação em atividades acadêmicas pode ser a solução encontrada por algumas escolas para efetivar a integração ensino-serviço. É interessante lembrar que o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde), estabelecido pelos ministérios da Saúde e da Educação no âmbito do SUS em 2007, vem favorecer e oficializar essa prática, instituindo a figura do preceptor, que é o profissional de saúde efetivamente comprometido com o ensino e com a produção de conhecimento, ambos pautados nas necessidades do SUS²³.

A estratégia de pactuação com os gestores para a utilização dos serviços de saúde pelas instituições de ensino foi proposta em 11 projetos. Todavia, presume-se que essa tenha sido uma estratégia adotada de fato por praticamente todas as escolas, já que o fato de terem sido selecionadas pelo Promed indica a disposição para a integração entre ensino e serviço no âmbito do SUS, o que necessariamente implica uma negociação com os gestores.

A preocupação com o internato como alvo de mudança apareceu em aproximadamente um terço dos projetos, seja por sua ampliação (36,8%), seja por sua reestruturação com incorporação de estágio em atenção básica (31,5%) ou, ainda, em um quinto dos projetos, pela proposta de reestruturação nas cinco áreas básicas – pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, cirurgia e saúde coletiva.

Um aspecto comum à maioria das escolas diz respeito à forma como a discussão das propostas foi encaminhada. Os dados indicaram que o processo se deu de forma participativa, com discussões feitas tanto com a comunidade universitária, como com os gestores do SUS.

Em relação ao processo de desenvolvimento e acompanhamento curricular, verificou-se a preocupação das instituições com o envolvimento da comunidade universitária, população e profissionais de saúde nas mudanças curriculares, que foram expressas nas propostas de oficinas de sensibilização em 17 (89,4%) projetos. A realização de seminários e encontros para discussão e acompanhamento do processo de mudança com a participação ampliada foi uma estratégia mencionada em nove projetos. Doze escolas apresentaram propostas de criação de instâncias para o acompanhamento e/ou avaliação permanente da reforma curricular, enquanto oito criaram ou fortaleceram núcleos gestores desse processo.

Em alguns projetos foram identificadas propostas de ações direcionadas aos alunos, como a criação de instâncias para apoio psicopedagógico, que apareceu em oito (42,1%) dos 19 projetos. Além da capacitação para a mudança pedagógica (21,0%), o estímulo à participação em atividades na comunidade (21,0%) e o apoio ao desenvolvimento da liderança discente (5,2%) foram outras estratégias citadas nessa categoria.

COMENTÁRIOS FINAIS

O Promed foi o primeiro programa governamental de incentivo a mudanças dirigido às escolas médicas com vistas à formação de um profissional que atenda às necessidades do SUS. Esta iniciativa foi ao encontro do movimento de mudanças do ensino médico que já vinha acontecendo em diferentes instituições de ensino no Brasil. Ao analisar os projetos elaborados pelas escolas que participam do Promed, foi possível identificar as principais propostas nos eixos selecionados. Tal panorama será muito útil para orientar o trabalho de avaliação do desenvolvimento das ações formuladas para cumprimento do objetivo central do programa, ou seja, “reorientar os produtos da escola médica (profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados) com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica”.

Em 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) expandiu o incentivo aos cursos de graduação em enfermagem e odontologia, e em 2008 o ampliou aos demais cursos na área de saúde, com o mesmo foco na adequação do perfil profissional às necessidades da população e operacionalização do sistema público de saúde.

Assim, a análise dos projetos das escolas de Medicina no âmbito do Promed poderá auxiliar na definição de critérios e categorias de análise para a avaliação das propostas do Pró-Saúde, por exemplo, e subsidiar a formulação de políticas e programas direcionados para o aprimoramento dos modelos de ensino na área da saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao pesquisador Paulo Tomaz Fleury Teixeira, que participou da fase inicial da coleta de dados, e aos estudantes Máirica Naves e José Dias Neto, que nos auxiliaram na formatação do texto deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Políticas de Saúde. Secretaria de Ensino Superior. Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos
2. Cursos de Medicina: uma nova Escola Médica para um novo Sistema de Saúde. Brasília; 2002.
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988. 26ª ed. São Paulo: NDJ; 2007. p170.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68p.
5. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p. 38.
6. Almeida JM. A Educação Médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. Rev Bras Educ Méd. 2001;25(2):42-52.
7. Campos GWS. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública. 1999;15(1):187-193.
8. Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena RR, Campos JJB, Cordeiro H et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da Atenção Básica. Rev Bras Educ Méd. 2001;25(2):53-59.
9. Byrne N, Rozental M. Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en la América Latina. Educ Med Salud. 1994;28(1):53-93.
10. Campos FE, Aguiar RAT. Atenção Básica e Reforma Curricular. In: Negri B, Faria R, Viana ALD (org.). Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho. Campinas: Editora Unicamp; 2002. p. 91-9.
11. Machado, MH. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Organização Panamericana de Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Secretaria de Ensino Superior. PROMED - Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. Brasília; 2002. (Edital de Convocação).
13. Siqueira BP. Promed – Alguns parâmetros adotados para avaliação dos projetos. Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica, v. 33; n. 6, nov./dez.; 2002. p.5. (Relatos de avaliadores do Promed).
14. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Pesquisa de Avaliação exploratória da gestão da educação na saúde. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; set. 2007. (Segundo Relatório).

14. Vieira ALS, Garcia ACP, Amâncio Filho A, Pierantoni CR, Ferraz CA, et al. Tendências do sistema educativo no Brasil: Medicina, Enfermagem e Odontologia. In: Barros AFR, Santana JP, Santos Neto PM, Oliveira ES (orgs). Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Estudos e Análises. Brasília: OPAS; 2004. v. 2 p.183-202. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
15. Almeida JM, Campos JJB, Turini B, Nicoletto SCS, Pereira LA, Rezende LR, et al. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Paraná. Rev Bras Educ Med. 2007;31(2):156-165.
16. Costa NMSC. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? Rev Bras Educ Méd. 2007; 31(1):21-30.
17. Venturelli J. Educacion medica: nuevos enfoques, metas y métodos. Washington: Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud; 1997. (Serie Paltext Salud y Sociedad 2000, n. 5).
18. Moraes MAA; Manzini EJ. Concepções sobre a aprendizagem baseada em problemas: um estudo de caso na Fama. Rev Bras Educ Méd. 2006;30(3):125-135.
19. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface Comum Saúde Educ. 1998;2(2):139-154.
20. Ferreira JR. PROMED: da utopia à realidade. Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica, nov. / dez., n. 6; 2002. p.6-8. (Relatos de avaliadores do PROMED).
21. Ferreira RC, Silva RF, Aguera CB. Formação do Profissional Médico: A Aprendizagem na Atenção Básica de Saúde. Rev Bras Educ Med. 2007;31(1):52-59.
22. Fullan MG, Stiegelbauer S. The new meaning of educational change. New York: Teachers College Press; 1991.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1507, de 22 de Junho de 2007. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde- PET- Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 25 jun. 2007; Seção 1, p. 56.
Apoio: Este trabalho faz parte do Projeto Avaliação Exploratória da Gestão da Educação na Saúde, desenvolvido no Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais, e contou com o apoio financeiro do Ministério da Saúde, através do convênio nº 82/2005 (Processo nº 25000.091704/2005-27).

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Lucia Maria H. F. Goulart, Claudia Regina L. Alves, Soraya A. Belisário, Daisy Maria Xavier de Abreu e José Mauricio C. Lemos contribuíram na concepção do projeto, análise dos dados obtidos e redação final do artigo. Alice Werneck Massote e Marla Barroso França participaram da revisão bibliográfica, montagem do banco de dados e análise dos resultados. Karina F. Mendes e Thiago Almeida F. da Silva participaram da revisão bibliográfica e coleta de dados.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Lucia Maria Horta Figueiredo Goulart
Av. Otacílio Negrão de Lima, 8250
CEP. 31365-450 – Belo Horizonte – MG
E-mail: luciag@medicina.ufmg.br