JOÃO JOSÉ BATISTA DE CAMPOS

**O ensino da Saúde Coletiva na graduação
médica: estudo de caso em três
universidades do Paraná**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
Título de Doutor em Ciências

Área de Concentração:
Medicina Preventiva

Orientador:
Prof. Dr. Paulo Eduardo Mangeon Elias

**SÃO PAULO
2009**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Campos, João José Batista de

O ensino da Saúde Coletiva na graduação médica : estudo de caso em
três universidades do Paraná / João José Batista de Campos. -- São Paulo,
2009.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Medicina Preventiva.

Área de concentração: Medicina Preventiva.

Orientador: Paulo Eduardo Mangeon Elias.

Descritores: 1.Currículo/tendências 2.Educação médica 3.Saúde
coletiva 4.Educação de graduação em medicina 5.Educação superior
6.Educação e saúde.

USP/FM/SBD-010/09

Dedicatória

Minha trajetória vem pontuada por muitas interrogações,
algumas exclamações e até mesmo reticências.
Dedico esse trabalho aos meus pais, Maria & José,
que me ensinaram a transformá-las em caminhos
de produtividade e perseverança.

Além dos sinais, também tive que lidar
com as palavras: briguei com o "impossível",
prestei atenção ao "entretanto" e,
acima de tudo, convivi com a "esperança",
palavra teimosa que cisma em me acompanhar.
Dedico esse trabalho à minha avó,
Ignez e ao Tio João
que me mostraram o quanto vale
a pena acreditar na vida.

Para completar, encontrei as letras e,
entre elas, o "E" significa para mim a chance de
somar forças e agregar sentidos à existência.
Dedico esse trabalho àquelas que, com seus "ES",
viabilizaram essas possibilidades na minha vida:
Eva e Elis.

Agradecimentos

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Paulo Elias, por ter apostado no meu projeto de pesquisa e contribuído para o seu desenvolvimento ao longo dos últimos anos.

Minha gratidão aos gestores, professores e estudantes entrevistados da UEL, UFPR e UnicenP que, com a sua participação voluntária, permitiram a realização deste estudo.

Meu reconhecimento aos colegas do Departamento de Saúde Coletiva da UEL, pela amizade e cooperação demonstradas na realização desta investigação e à Universidade Estadual de Londrina, pela oportunidade e apoio na concessão da licença para fins de capacitação.

Aos doutores Joaquim Edson Vieira, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres e Milton de Arruda Martins, meus agradecimentos pelas sugestões dadas na oportunidade do exame de qualificação.

Agradeço, ainda, a cuidadosa revisão de texto de Ana Rosa Menezes, os dedicados e incansáveis serviços de formatação e montagem de Edna Picelli e a revisão bibliográfica de Márcia Marques da Silva Carvalho.

Esta tese está de acordo com:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação.

Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURA

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

APRESENTAÇÃO

RESUMO

SUMMARY

1 INTRODUÇÃO: PROBLEMATIZAÇÃO DA FORMAÇÃO MÉDICA E O LUGAR DA SAÚDE COLETIVA	1
2 OBJETIVOS: SITUANDO AS METAS	18
3 METODOS: BUSCANDO OS CAMINHOS	20
3.1 A COLETA DO <i>CORPUS</i> DA PESQUISA	21
3.2 O TRATAMENTO ANALÍTICO DOS DADOS	30
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO: PARA ONDE VAI O ENSINO DA SAÚDE COLETIVA	34
4.1 O CASO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA (UEL)	35
4.1.1 O CURSO DE MEDICINA DA UEL	35
4.1.2 A SAÚDE COLETIVA DO CURSO DE MEDICINA DA UEL	54
4.1.3 AS VOZES DOS PROTAGONISTAS DA UEL	69
4.2 O CASO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR)	139
4.2.1 O CURSO DE MEDICINA DA UFPR	139
4.2.2 A SAÚDE COLETIVA DO CURSO DE MEDICINA DA UFPR	154
4.2.3 AS VOZES DOS PROTAGONISTAS DA UFPR	162
4.3 O CASO DA UNIVERSIDADE POSITIVO (UNICENP)	193

4.3.1 O CURSO DE MEDICINA DA UnicenP	193
4.3.2 A SAÚDE COLETIVA DO CURSO DE MEDICINA DA UnicenP	202
4.3.3 AS VOZES DOS PROTAGONISTAS DA UnicenP	206
4.4 O CURRÍCULO E O SUS	237
4.5 O QUE FOI FEITO NA SAÚDE COLETIVA	246
4.6 O DIÁLOGO POSSÍVEL ENTRE AS TENDÊNCIAS NO ENSINO DA SAÚDE COLETIVA	258
5 IMPLICAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS: CONVITE À REFLEXÃO	262
6 ANEXOS	
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - USP	269
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	270
ANEXO C – Organograma da UEL	272
ANEXO D – Grades Curriculares da UEL	273
ANEXO E – Organograma da UFPR	279
ANEXO F – Grades Curriculares da UFPR	282
ANEXO G – Organograma da UnicenP	288
ANEXO H – Grades Curriculares da UnicenP	289
7 REFERÊNCIAS	292
8 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	307
APÊNDICE	
APÊNDICE A – Roteiro para os Gestores, Professores e Grupos Focais entrevistados	315

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ACE	Avaliação das Condições de Ensino
CAEM	Comissão de Avaliação das Escolas Médicas
CAPpesq	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CASP	Centro Acadêmico Samuel Pessoa
CCB	Centro de Ciências Biológicas
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEPE	Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DANC	Diretório Acadêmico Nilo Cairo
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
Depto.	Departamento
DESC	Departamento de Saúde Coletiva
ENADE	Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
EO	Estudo Orientado
HU	Hospital Universitário
IDA	Integração Docente Assistencial
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais

MEC	Ministério de Educação e Cultura
MEXA	Mecanismo Experimental de Credenciamento
MISC	Materno-Infantil e Saúde Comunitária
MS	Ministério da Saúde
NESCO	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSCES	Objective Structured Clinical Examination
PEEPIN	Projeto Especial de Ensino Práticas Multiprofissionais e Interdisciplinares de Ensino Serviço Comunidade
PESES	Programa de Estudos Socio-Econômicos em Saúde
PROCAF	Programa Comunitário de Atenção Familiar
PRORH	Pró-reitoria de Recursos Humanos
PROUNI	Programa Universidade para Todos
SIAMED	Sistema Integrado de Avaliação do Curso de Medicina
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
TPMed	Teste de Progresso da Medicina
TQCF	Teste de Qualificação Cognitivo Final
TQCI	Teste de Qualificação Cognitivo Inicial
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UnicenP	Universidade Positivo

LISTA DE FIGURAS

Figura	1	Distribuição numérica dos Departamentos de Medicina Preventiva, segundo o eixo de construção teórica e de realização prática, 1976	62
Figura	2	Mapa conceitual do PIN1	64
Figura	3	Mapa conceitual do PIN2	66
FIGURA	4	Mapas conceituais dos PINs	76
FIGURA	5	Representação gráfica do Curso de Medicina da UnicenP, 2008	198

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Distribuição do número de vagas no primeiro ano e da natureza jurídica das Escolas Médicas do Paraná em 2006	23
QUADRO 2	Eixos de abordagem e categorias analíticas	33
QUADRO 3	Perfil sócio cultural dos estudantes ingressantes e concluintes do curso de Medicina da UEL em 2004	49
QUADRO 4	Hábitos de estudo dos estudantes ingressantes e concluintes do curso de Medicina da UEL em 2004	50
QUADRO 5	Considerações e avaliações dos estudantes ingressantes e concluintes do curso de Medicina da UEL em 2004	51
QUADRO 6	Evolução histórica da área de Saúde Coletiva da UEL	56

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho objetiva estudar o ensino da Saúde Coletiva na graduação médica, buscando apreender suas configurações e as conseqüentes implicações nas propostas curriculares de três universidades do Paraná (Brasil): Universidade Estadual de Londrina (UEL), Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Universidade Positivo (UnicenP).

O interesse por esta temática surgiu em função do meu trabalho na Universidade Estadual de Londrina como docente desde 1985, quando ingressei na instituição como professor na categoria auxiliar de ensino, no então Departamento Materno-Infantil e Saúde Comunitária (MISC). Em 1996, assumi a Coordenação do Colegiado do Curso de Medicina da UEL, aonde desde 1998, vem sendo implantado um currículo integrado, que se fundamenta em metodologias ativas de ensino-aprendizagem, com destaque para a Aprendizagem Baseada em Problemas, mais conhecida pela sigla PBL (Problem Based Learning).

O acompanhamento dessa trajetória de mudança curricular foi ampliando meu interesse em compreender o papel da Saúde Coletiva nos cursos de Medicina. Motivado por essa inquietação intelectual, no ano de 2006, ingressei no programa de pós-graduação em Medicina Preventiva da USP e, desde então, venho me concentrando no desenvolvimento da presente pesquisa.

Como parte das exigências do Programa de Doutorado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o presente estudo foi organizado de forma a compreender as diferentes tendências da Saúde Coletiva, tomadas tanto pela perspectiva do currículo instituído como pela vivência dos vários agentes envolvidos: gestores, docentes e estudantes.

Ao lado do interesse em compreender as diferentes abordagens da Saúde Coletiva, discutindo o seu papel na formação médica, o tema parece ganhar especial relevância no atual contexto político e acadêmico brasileiro,

quando os cursos de Medicina passam a ser discutidos à luz das diretrizes curriculares nacionais das graduações em saúde e da sua consonância com os princípios do SUS, mudanças no sistema de saúde que 20 anos após a sua promulgação acirram uma antiga discussão travada entre os adeptos da excelência técnica em oposição à relevância social.

O tratamento deste tema, assim como a explicitação da pesquisa realizada e a discussão de seus resultados foram organizados nos capítulos que se seguem.

Na introdução, capítulo 1, procura-se situar o ensino da Saúde Coletiva como um campo de saberes e práticas interdisciplinares, fazendo-se uma breve revisão da literatura, com o propósito de enfocar a formação médica e o lugar da Saúde Coletiva, situando os pressupostos pedagógicos da pesquisa, analisando as tendências educativas na formação médica de modo a problematizar o tema para finalmente, apresentar a hipótese.

No capítulo 2, apresentam-se os objetivos do estudo.

No capítulo 3 apresenta-se a metodologia adotada, no processo de coleta do corpus da pesquisa e o referencial utilizado para o tratamento analítico dos dados.

No capítulo 4, apresentam-se os resultados do estudo de caso realizado na Universidade Estadual de Londrina, na Universidade Federal do Paraná e na Universidade Positivo, a partir da análise documental dos respectivos cursos de Medicina que levou em consideração como eles são efetivamente vividos segundo a ótica dos agentes envolvidos através das entrevistas realizadas, junto com a discussão dos três casos, analisados também à luz das relações entre os currículos e o SUS, enfocando o que foi feito na Saúde Coletiva, assim como o diálogo possível entre as tendências no ensino da Saúde Coletiva na graduação médica.

No capítulo 5, apresentam-se as implicações e considerações finais deste estudo, que de certa forma, se situam na estreita interseção entre a

polêmica emergente do desgarramento da Saúde Coletiva dos cursos universitários de graduação da área da saúde e a discussão sobre o papel desse campo de conhecimento.

Sempre acreditei que um trabalho acadêmico só faz sentido se ele puder se dirigir a uma busca que, para além do científico, possa alcançar também a dimensão existencial. Por todos esses motivos, espero que esse trabalho, nascido a partir das minhas inquietações pessoais, possa contribuir para o debate acerca da Saúde Coletiva e também para o aprimoramento da formação médica no Brasil.

RESUMO

Campos JJB de. **O ensino da saúde coletiva na graduação médica**: estudo de caso em três universidades do Paraná. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009. 317p.

Historicamente, as diferentes concepções de Saúde Coletiva influenciaram tanto no ensino específico deste campo do saber como na formação geral do médico. Partindo deste pressuposto, o presente trabalho teve como objetivo estudar o ensino da Saúde Coletiva na graduação médica, buscando apreender suas configurações e as conseqüentes implicações nas propostas curriculares de três universidades do Paraná (Brasil): Universidade Estadual de Londrina (UEL), Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Universidade Positivo (UnicenP). Constituíram-se também em eixos de investigação, além das concepções de Saúde Coletiva, a relação ensino-aprendizagem, as ênfases assumidas pelo programa e os vínculos com os serviços de saúde. A pesquisa qualitativa foi realizada com base na análise documental dos projetos pedagógicos (os cursos instituídos) considerando como eles são efetivamente vividos, de acordo com a ótica dos agentes envolvidos. Para tanto, foram feitas entrevistas com 11 gestores, 18 professores, e foram constituídos 4 grupos focais de estudantes, considerados atores-chave nos três cursos de Medicina. Os resultados evidenciaram a inserção de 5% a 20% da área de Saúde Coletiva nos currículos, dependendo das estratégias de ensino, mas sempre em abordagens acadêmicas fortemente vinculadas aos serviços de saúde, uma realidade que é fortalecida pelo grau de consolidação do SUS em ambas as cidades (Curitiba e Londrina). Independentemente da natureza da universidade, da configuração organizacional e acadêmica do curso e dos diferentes modos de inserção docente, a Saúde Coletiva se faz presente e se assume com considerável relevância para a formação médica. Ainda que não se constitua um eixo articulador da graduação em dois casos estudados, a área traz à dimensão técnica do saber médico o equilíbrio necessário representado pela consciência dos desafios e o compromisso com a realidade. De modo inverso, em função da complexidade da formação, a presença maciça da Saúde Coletiva ao longo de um curso não garante necessariamente o ideal da profissionalização médica.

DESCRIPTORIOS: Currículo/tendências. Educação médica. Saúde coletiva. Educação de graduação em medicina. Educação superior. Pesquisa qualitativa.

SUMMARY

Campos JJB de. **Teaching public health in medical schools:** a case study in three universities in Paraná. [thesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009. 317p.

Historically, different concepts of Public Health have influenced the specific teaching of this field of knowledge as well as medical education. The objective of this paper is to study the teaching of Public Health in medical schools, focusing on its structure and implications in curriculum design in three universities in Paraná - Brazil: State University of Londrina (UEL), Federal University of Paraná (UFPR) and the Positivo University (UnicenP). The research questions focused on the content of Public Health selected in their respective curricula, the teaching-learning relationships, program emphasis and the partnerships established with public health services. Qualitative research data collection from the perspective of key informants was carried out based on the analysis of pedagogical projects and on how they were effectively experienced. Eleven managers and 18 teachers were interviewed and 4 focus groups with students were developed in the three universities. Outcomes showed the presence of between 5% to 20% of Public Health themes in the course syllabi, depending on the teaching strategies used. However, they always appeared associated with academic issues strongly linked to health services, which were strengthened by the local development of the Comprehensive Health Care System in the two cities, Curitiba and Londrina in which studies were carried out. Public Health is present and very relevant in the curriculum required for doctors' qualification regardless of the characteristics of the university studied, the bureaucratic and academic course structures and the different methods for hiring teachers. Besides not being a main articulator axis in two of the medical courses studied, Public Health provides the necessary balance for the technical dimension of medical knowledge, represented by the awareness of the challenges and commitment to the reality. On the contrary, because of the complexity of medical education, the strong presence of Public Health in the other medical course studied not necessarily guarantees the ideal qualification of the medical professional.

KEYWORDS: Curriculum. Education, Medical. Education, Public Health. Medical, Undergraduate. Education, Higher. Health education.

1 Introdução: problematização da formação médica e o lugar da Saúde Coletiva

A Saúde Coletiva tem sido tradicionalmente definida como um campo de saber e de práticas que toma como pressuposto a compreensão da saúde como um fenômeno eminentemente social, coletivo, determinado historicamente pelas condições e modos de vida dos distintos grupos da população. O debate teórico e epistemológico que existe hoje no campo da Saúde Coletiva contempla uma conceituação mais avançada da saúde, enquanto objeto de conhecimento e de intervenção, entendida como parte do complexo saúde-doença-cuidado, que incorpora a trajetória das relações que a determinam, inclusive a relação dos indivíduos, grupos sociais e populações com o sistema de serviços de saúde (Teixeira, 2003).

Ancorada nesta reflexão abrangente sobre a saúde, a Saúde Coletiva vem se configurando, especialmente no Brasil, como um campo de produção de conhecimentos e tecnologias, e como um “âmbito de práticas sociais” (Paim, 1993). Nesse sentido, a Saúde Coletiva se articula com um conjunto heterogêneo de movimentos ideológicos de reforma do ensino e da organização das práticas de saúde, redefinindo conceitual e politicamente algumas propostas e incorporando outras — a exemplo do que ocorreu com a Medicina Preventiva e com a Medicina Comunitária, quando se iniciou a reflexão crítica na área, nos idos de 1970-80 e, mais recentemente, o diálogo com a Saúde da Família e o debate sobre as propostas e políticas de promoção da saúde (Paim e Almeida Filho, 2000).

Na transição da década de 1980 para 1990, surgiu, no contexto de uma reflexão de alcance internacional liderada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), uma abordagem que se qualificou como

crise da Saúde Pública, definida como a incapacidade da maioria das sociedades de promover e proteger sua saúde, na medida em que suas circunstâncias o requeiram (OPAS, 1993).

Numa tentativa de abrir novas perspectivas de orientação para a saúde coletiva, o movimento internacional da promoção da saúde propôs a vertente conhecida como “cidades saudáveis”. Ao mesmo tempo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) promovia o debate sobre uma nova saúde pública, estimulando a reflexão no continente americano sobre a teoria e prática da saúde pública (OPAS, 1992).

Vale ressaltar os principais marcos da evolução desse campo de saber e práticas, inicialmente denominado de Medicina Preventiva e Social, e que se converteu em um movimento de idéias até 1970. Ao se instaurar o projeto preventivista, estabeleceu-se um projeto pedagógico diferente do até então existente, que tivera seu principal modelo na formação de sanitaristas — via cursos de especialização em saúde pública. Registre-se que a criação de um Programa de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Rocha et al., 1992) em 1962 pode ser citada como pioneira na formação de um profissional com base na integração das ações preventiva e curativa (Nunes, 1994).

Até final dos anos de 1960 e início de 1970, inclusive sob o impacto da reforma universitária (1968), apareceram outras iniciativas com o objetivo de atualizar a formação de recursos humanos em saúde (Paim, 1994). Nessa década, apareceram alguns trabalhos que estabeleceram uma

contundente crítica às formulações e às práticas que, anteriormente, haviam se voltado contra o modelo médico hegemônico; também se discutiram as diferenças entre Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública (Garcia, 1983).

O trabalho de Arouca (1975) apresentou uma profunda análise crítica do projeto preventivista, assinalando, entre outros pontos, a delimitação da Medicina Preventiva que, por um lado, afirma a sua identidade e a diferencia da própria Medicina e, por outro, estabelece suas diferenças com a Saúde Pública e a Medicina Social. Nessa tese, o autor procurou também redefinir o campo de trabalho que, até então, tratava indistintamente o preventivo e o social.

Em meados da década de 1970, as idéias sobre a Medicina Social foram objeto de um documento da OPAS que afirma o seu entendimento como o campo de práticas e conhecimentos relacionados com a saúde, cuja preocupação principal é estudar a sociedade, analisar as formas correntes de interpretação dos problemas de saúde e da prática médica (Silva, 1973).

Nesse sentido, o quadro conceitual que fornecia as bases para repensar esse campo de práticas era o de considerar que, em cada formação social concreta, a educação cumpre um papel fundamental na reprodução da organização dos serviços de saúde e se cristaliza na re-atualização e preservação das práticas específicas, tanto nas dimensões do conhecimento quanto nas técnicas e no conteúdo ideológico. Desta forma,

afirma ser a própria organização estrutural da atenção médica que exerce um papel dominante através da estrutura do mercado de trabalho e das condições que circunscrevem a prática médica (OPAS, 1976).

Ao longo dos anos, a correta identificação da influência do mercado de trabalho sobre o processo de formação profissional degenerou, em alguns casos, em determinismo estrutural (Almeida, 1999), como se um determinasse o outro, sem a mediação de uma série de processos que se relacionam a ele e podem também influenciá-lo significativamente.

Essa forma mecânica de determinação da prática sobre o ensino merece ser questionada, como assinala Feuerwerker (2002), citando como exemplos a reforma do sistema de saúde inglês, que foi feita imediatamente no pós-guerra (Testa, 1995), e o modelo de formação médica adotado no Reino Unido, baseado no relatório Dawson e não na orientação flexneriana. Ou seja, existiria a possibilidade de fazer prevalecer referencial e valores distintos dos hegemônicos sem submeter a organização do sistema de saúde e da educação médica à lógica do capital — ainda que na vigência do capitalismo.

Enfatizam-se com esses exemplos os condicionamentos estruturais que admitem a construção de variantes sob a ação dos sujeitos e a especificidade dos contextos e das relações de força em dado momento histórico.

Os modelos sanitários, a prática em particular e a educação dos profissionais de saúde em vigor, em uma dada sociedade e em um dado

momento, estão baseados na concepção social predominante do que seja o processo saúde-doença. Sua especificidade é definida em função das características e relações socioeconômicas, políticas e ideológicas no campo do saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre organização, administração e avaliação dos serviços e a clientela dos serviços de saúde (Feuerwerker, 2002).

É socialmente, mediante o confronto de interesses de diversas naturezas e de diferentes grupos humanos, que se determina o modo como se estrutura a atenção à saúde e a formação dos profissionais necessários para prestar esse tipo de serviço (Minayo, 1992). Nessa perspectiva, para este estudo, é importante compreender como se dão os mecanismos de determinação de influência recíproca e as lutas de poder em torno da definição do perfil da educação dos médicos.

As reformas do ensino não podem ser vistas isoladamente ou deslocadas dos momentos em que se deram em situações concretas (Silva, 1987). Influenciados por vários modelos, muitas escolas de Medicina no Brasil surgiram e outras propuseram-se a reformar seu ensino nos últimos anos. No entanto, o grau de ajustamento social, científico e pedagógico das iniciativas de constituição ou de mudança é variável. A configuração dos cursos depende do contexto e também das características das próprias propostas de intervenção, da “consistência teórico-metodológica, da solidez de sua base estrutural e da pertinência de suas estratégias” (Almeida, 1999).

Ao centrar toda a ênfase da argumentação nas concepções de Saúde Coletiva, não se pretende excluir, neste trabalho, os aspectos externos que a geraram: como o momento histórico nacional, o quadro da saúde no Brasil ou a relação do médico que se quer formar com a política de saúde no país. Nesse sentido, o pressuposto desta investigação está centrado na constatação de que, ao longo do tempo, surgiram diferentes concepções de Saúde Coletiva e essas influenciaram tanto no ensino específico desse campo do saber como na formação geral do médico.

Como entender a formação acadêmica? Como formar o médico? Qual a melhor forma de ensinar a Medicina? Afinal, qual é o interesse de fazer um trabalho sobre o ensino da Saúde Coletiva e por que ele se justifica?

Sem a pretensão de tecer uma teoria da educação ou de enfrentar o complexo debate pedagógico sobre os procedimentos do ensino, o presente capítulo tem como objetivo situar os pressupostos pedagógicos da pesquisa para que se possa analisar as tendências educativas na formação médica.

No campo da educação, é possível situar três grandes modelos ou correntes do ensino que, de um modo geral, norteiam os projetos pedagógicos, suas práticas educacionais e até mesmo as relações entre os professores e estudantes. São elas: o empirismo, o inatismo e o construtivismo (Macedo, 2002).

Como não poderia deixar de ser, essas tendências estão vinculadas a posturas filosóficas mais amplas sobre a concepção de sociedade e de ser humano. Ao fixismo (idéia de que o mundo sempre se repete) corresponde a concepção essencialista de homem, isto é, a convicção de que todo ser humano tem uma essência fundamental que explica a sua natureza. Por sua vez, o transformismo (idéia de que tudo se renova) associa-se à concepção do homem pela perspectiva relacional, isto é, um ser é constituído não só por uma base biológica, mas pelas múltiplas experiências e relações vividas no meio cultural (Matuí, 1996).

O essencialismo, a depender da concepção de educação, pode estar relacionado ou com o empirismo ou com o inatismo.

No empirismo, parte-se do princípio de que o homem, ao nascer, é uma tabula rasa, razão pela qual o conhecimento deve ser introduzido de fora para dentro por um mestre detentor do saber. Nesse processo, o que se espera do estudante é a assimilação passiva do conhecimento. Em caso de não aprendizagem, a culpa recai no aluno e o professor costuma dizer: "eu ensinei, mas ele não aprendeu", ou seja, o estudante não foi capaz de "segurar" as informações recebidas (Matuí, 1996).

No inatismo, acredita-se que as crianças já nascem com certa predisposição para aprender, que pode ser explicada pela hereditariedade, pelo dom ou pela raça. A aprendizagem é um processo de revelação daquilo que, de alguma forma, já existe no indivíduo. Quando o aluno não aprende, o

professor costuma dizer: "ele não tem a possibilidade de aprender" (Matuí, 1996).

Nessas duas concepções de educação, tanto no empirismo como no inatismo o ensino apenas se ajusta ao que já existe ao que é fixo e pré-determinado. Nascer com um dom ou nascer como uma folha de papel em branco (o "conhecimento zero") são concepções que têm como consequência a fixação dos processos de ensino, seja para ensinar o que o indivíduo já nasceu para ser, seja para ensinar tudo o que dele se espera.

No relacionismo, que é a base do sócio-construtivismo, em função da concepção de ensino do educador, o homem se torna homem pela sua história e seu contexto sócio-cultural sem desconsiderar o aspecto biológico, a educação é pensada a partir das experiências mediadas e dos processos interativos (Becker, 1993); trata-se, portanto, de um processo construído ativamente e a longo prazo pela interação ininterrupta entre professores e estudantes, estudantes e estudantes, estudantes e objetos ou situações que promovem o conhecimento.

O sujeito aprendiz é agente nesse complexo processo pela possibilidade de criar hipóteses, refletir sobre os assuntos trabalhados, testar seus conhecimentos, defender argumentos, lidar com conflitos, desenvolver pontos de vista, compreender causas e correlações.

Este é o pressuposto de formação médica deste estudo. O médico a ser formado na graduação não é aquele que conhece pouco de muito, mas sim aquele que tenha uma educação médica ampla e

cientificamente bem fundamentada, que possa servir como base para uma boa formação geral do médico, em um processo que não se contenta com uma especialização precoce e nem se conforma com um saber mínimo.

O médico do futuro idealmente deverá ser capaz de situar a Medicina no contexto da realidade sociopolítica e que se constitui como um profissional inquisitivo, pesquisador e crítico em face da realidade da saúde e dos problemas sanitários de seu território e do contexto que o envolve.

No campo da saúde, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) coloca novas e importantes questões diante da necessidade de oferecer atenção integral, resolutiva e de qualidade em todos os níveis do sistema. Por essa razão, o debate sobre formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde vem ganhando importância cada vez maior, já que o descompasso entre o perfil dos profissionais e as orientações do sistema de saúde é identificado como fator crítico para a consecução desses objetivos (Campos, 1998).

Por outro lado, paira no campo educacional uma tradição conteudista e fragmentária típica do modelo empirista. Conteudista porque privilegia o conhecimento como um conjunto pré-determinado e inflexível de saberes a ser passado dos professores aos estudantes. Fragmentário porque se pauta no pressuposto de que as disciplinas devem ser ensinadas de modo independente e que a simples associação (ou acumulação) delas garante a formação profissional. Nessa concepção, a qualidade do “bom médico” se equipara ao seu acervo quantitativo de conhecimentos e técnicas, sem

necessariamente considerar o seu compromisso social, sua postura ética ou mesmo sua inquietação científica.

Apesar de haver, na última década um descompasso entre os setores da saúde e da educação, onde o primeiro foi orientado por um movimento social democratizante e o segundo pelas diretrizes do estado mínimo, as novas diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde indicam caminhos para o enfrentamento desses desafios (Campos et al., 2001).

A confluência dos dois setores tornou-se possível em função da concretização das diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde, como resultado de intensos debates e mobilização dos movimentos dos profissionais de saúde, dos educadores, das associações educacionais, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde por mudança na educação (Almeida e Maranhão, 2003).

Entre as principais diretrizes curriculares está a indicação de que, na graduação, deve haver uma maior vinculação da formação acadêmica às necessidades sociais de saúde, com ênfase no SUS. Além disso, prescreve-se que os cursos de graduação devem ter como eixo do desenvolvimento curricular o processo saúde-doença em todas as suas dimensões e manifestações — considerando o cidadão, a família e a comunidade, integrados à realidade epidemiológica e social (Almeida et al., 2005).

No que tange às competências gerais dos profissionais, ressaltam as diretrizes que os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo (Almeida et al., 2007).

Nas diretrizes curriculares de todos os cursos de graduação em saúde (exceto Medicina Veterinária, Psicologia, Educação Física e Serviço Social), alinhados ao processo da reforma sanitária brasileira e atuação no Sistema Único de Saúde, constou uma clara transposição do artigo 198 da Constituição Federal. Diz o artigo 198 que "as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único".

De acordo com as diretrizes curriculares nacionais, para a formação de médicos, biomédicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, odontólogos e terapeutas ocupacionais, consta do documento oficialmente aprovado pelo Conselho Nacional de Educação a seguinte recomendação: "a formação do profissional deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe" (Feuerwerker, 2004).

Para a formação de farmacêuticos, consta o aposto "com ênfase no SUS". Para enfermeiros e nutricionistas consta que a formação do profissional "deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS", com um acréscimo na profissão de enfermeiros: "assegurando a

integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento" (Almeida e Maranhão, 2003).

Em função da necessidade de mudanças na formação profissional relacionadas à organização e às práticas dos serviços, há várias iniciativas orientadas à construção de agenda comum entre gestores municipais e instituições formadoras, visando uma maior cooperação entre as universidades e os serviços de saúde (CONASEMS, 2003), bem como a elaboração de projetos pedagógicos capazes de produzir perfis profissionais mais adequados ao sistema de saúde.

Nessa direção, as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a articulação entre trabalho e aprendizagem, a prática ao longo de todo o curso e em todos os cenários em que ocorre o processo saúde-doença, o compromisso com a resolução de problemas da realidade são alguns dos elementos fundamentais das novas propostas para a formação profissional do médico (Feuerwerker, 1999).

Apesar de o processo de construção do SUS ter alimentado diretamente o movimento por mudanças na educação dos profissionais de saúde, de modo geral, a participação da Saúde Coletiva na graduação médica não tem sido objeto de reflexão sistemática (Forster et al., 2001).

O grande esforço de constituição do campo da Saúde Coletiva concentrou-se na pós-graduação e na produção de conhecimento. O ensino nos cursos de graduação da área de saúde tende a reproduzir os eixos disciplinares da pós-graduação, quais sejam, a epidemiologia, o planejamento

e gestão em saúde, ciências sociais em saúde e saúde do trabalhador, aparecendo, quer como disciplinas específicas, quer como conteúdos embutidos em disciplinas mais gerais, ou como temáticas e práticas em módulos interdisciplinares (Cyrino, 2002), o que reforça a concepção fragmentária da formação médica.

Especificamente quanto ao ensino desses conteúdos, as novas diretrizes curriculares nacionais enfatizam a necessidade de incorporação do enfoque epidemiológico, populacional, na compreensão dos "determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais" do processo saúde-doença, estabelecendo que a estrutura do curso de graduação tenha como um dos eixos do desenvolvimento curricular "as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações", como consta da resolução aprovada pelo Conselho Nacional de Educação.

Em uma oficina de trabalho sobre Saúde Coletiva na graduação em Medicina, realizada pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) em dezembro de 2002 em São Paulo, houve várias evidências de desconhecimento dos professores de Saúde Coletiva em relação aos movimentos de mudança e às diretrizes curriculares. Pela amostra das posições apresentadas, constatou-se também uma considerável heterogeneidade no que diz respeito aos conteúdos de Saúde Coletiva atualmente presentes na graduação e um relativo afastamento da área diante de questões e desafios concretos no campo da educação e da própria construção do SUS (Marsiglia et al., 2002).

Isso talvez justifique porque, ultimamente, as participações de docentes têm sido contraditórias nos processos de mudança, ora liderando movimentos de mudança, ora resistindo a eles. Se essa oscilação não se dá ao acaso, quais os fatores que estariam determinando esta situação? Estariam associados ao contexto político local? Estariam relacionadas a uma determinada concepção de Saúde Coletiva? (PESES, 1978).

Afinal, as transformações não acontecem por acaso. Basta lembrar que, se no passado a Saúde Coletiva capitaneou processos que permaneceram isolados, os Departamentos de Medicina Preventiva em particular, desenvolveram múltiplas experiências de práticas extramurais, desde os Centros de Saúde Escola até a inserção e articulação com redes de serviços locais, nas experiências de Integração Docente Assistencial (IDA) da década de 1980 (Marsiglia, 1995).

Entre as iniciativas promovidas no Brasil para a introdução de novas práticas de formação do profissional de saúde, tecnicamente preparados para prestar atenção integral à saúde e comprometidos com a solução dos problemas sanitários, destaca-se o Programa UNI (Kisil e Chaves, 1994), desenvolvido com o apoio da Fundação Kellogg em seis instituições de ensino superior, em parceria com os sistemas locais de saúde e com organizações comunitárias, para a implantação de mudanças na formação, na organização da atenção à saúde e na participação popular.

Especificamente em relação às experiências apoiadas, ressalta-se a do município de Londrina (PR), que vem sendo reconhecida

como potencialmente promotora de mudanças significativas na formação de médicos. As novas propostas de orientação do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina (UEL) têm contemplado a interdisciplinaridade, a articulação entre ensino-serviços-comunidade, a ampla utilização de cenários de ensino extra-hospitalares e alteração dos conteúdos, processos de aprendizagem e relações entre docentes e estudantes (Campos, 1999).

No cenário das mudanças na graduação, essa experiência assume um papel estratégico, justamente por estar trilhando um caminho próprio para a consolidação do seu projeto de reforma na formação médica (Campos, 2004).

Neste sentido, a análise dos processos de implantação, a consideração das dificuldades enfrentadas, o estudo das alternativas propostas e, sobretudo, a avaliação dos primeiros resultados constituem focos de particular relevância na busca de alternativas para a (re) configuração até mesmo da própria saúde pública (Menéndez, 1992).

Estudar o ensino da Saúde Coletiva parece ser de fundamental importância para que se possa identificar estratégias e buscar subsídios para processos de mudança dos referenciais pedagógicos ou do projeto de ensino, validar alternativas de ensino para novos processos de formação e propor princípios norteadores para as políticas de formação de profissionais de saúde (Campos e Elias, 2008).

A presente investigação parte da hipótese de que a saúde, assumida com diferentes enfoques e em diferentes instituições de ensino, representa um eixo articulador do desenvolvimento curricular na graduação em Medicina.

2 Objetivos: Situando as Metas

❑ OBJETIVO GERAL

O objetivo fundamental da pesquisa realizada é estudar o ensino da Saúde Coletiva em três cursos de graduação em Medicina do Estado do Paraná (Brasil): Universidade Estadual de Londrina (UEL), Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Universidade Positivo (UnicenP), buscando apreender a configuração de suas propostas curriculares.

Pautado por esta meta, é possível propor os seguintes objetivos específicos:

❑ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o projeto de ensino-aprendizagem em Saúde Coletiva na graduação em Medicina nas três escolas médicas paranaenses (UEL, UNICENP e UFPR), confrontá-los com as novas diretrizes curriculares nacionais para a área da saúde e compará-los entre si;
- b) Compreender e analisar os perfis de competências em Saúde Coletiva na graduação em Medicina, na sua relação com o trabalho em saúde;

Identificar o papel da Saúde Coletiva no projeto curricular, buscando compreender a sua contribuição no desenvolvimento dos cursos de graduação em Medicina.

3 Metodos: Buscando os Caminhos

3.1 A COLETA DO *CORPUS* DA PESQUISA

O trabalho foi desenvolvido a partir de três estudos de caso, com base na análise dos documentos produzidos pelas instituições e em entrevistas realizadas com gestores, professores e grupos focais de estudantes do Curso de Medicina, todos eles considerados como agentes importantes para o entendimento do processo de ensino e aprendizagem da Saúde Coletiva na graduação médica da UEL, da UFPR. e da UnicenP.

O conceito de estudo de caso adotado vem da tradição da pesquisa médica e psicológica, referindo-se à análise minuciosa de um caso individual que permite a compreensão da patologia do doente. Adaptado dessa tradição, o estudo de caso é uma das principais modalidades de análise das Ciências Sociais aplicadas ao campo da Saúde. Os casos estudados foram tipicamente os currículos, mais especificamente, dos cursos de Medicina das três instituições referidas acima.

A opção metodológica de utilizar o estudo de três casos como *corpus* da pesquisa está baseada na idéia de que, ao analisar detalhadamente uma escola médica de cada universidade, pode-se compreender suas características em profundidade e também as tendências que podem aparecer no contexto nacional (Pontes, 2001).

De acordo com Gil (1991), a análise de uma unidade de determinado universo favorece a compreensão mais significativa da generalidade do mesmo. Também para Hewitt-Taylor (2002), o estudo de

caso é o exame detalhado de uma ocorrência com características únicas, dentro de um contexto real, utilizando múltiplas fontes de investigação.

Esta é uma forma valiosa de investigar questões do ensino da Saúde Coletiva, tendo em vista a multiplicidade de fatores que compõem a constituição e a implementação de uma disciplina ou módulo no âmbito de cada proposta de formação médica.

As principais críticas e limitações apontadas ao estudo de caso como suporte para pesquisa relacionam-se ao seu poder de generalização, já que o pesquisador não pode garantir que as características do caso sejam típicas da população estudada.

Apesar dessas restrições ao estudo de caso, é por essa via que o estudo pretende construir um conhecimento que, para além da mera descrição ou tratamento estatístico, possa captar significados explícitos, sentidos implícitos, eixos de tensão, contradição e resistência subjacentes à constituição da realidade em pauta (Ludke, 1986). Assim, tomando o caso na complexidade de seu próprio contexto, torna-se possível conhecer as relações existentes entre os fatores que interferem na situação e buscar as razões que as sustentam.

Neste sentido, destaca-se a intrincada relação entre amplitude e profundidade em um estudo qualitativo e a dificuldade de se levar adiante um trabalho com maior profundidade se a sua amplitude for muito grande (Triviños, 1987). Daí a razão para reduzir o estudo a três cursos de Medicina.

Das 132 Escolas de Medicina do Brasil vinculadas à Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM, 2008) – 52 públicas e 80 privadas, sete situavam-se no estado do Paraná em 2006:

QUADRO 1 – Distribuição do número de vagas no primeiro ano e da natureza jurídica das Escolas Médicas do Paraná em 2006.

ESCOLAS MÉDICAS NO PARANÁ	SIGLA	ADMINISTRAÇÃO	VAGAS/1ª ANO
Universidade Federal do Paraná – Curitiba	UFPR	Federal	176
PUC do Paraná – Curitiba	PUCPR	Privada	180
Faculdade Evangélica do Paraná – Curitiba	FEPAR	Privada	60
Universidade Positivo – Curitiba	UNICENP	Privada	50
Universidade Estadual de Londrina – Londrina	UEL	Estadual	80
Universidade Estadual de Maringá – Maringá	UEM	Estadual	40
Universidade Estadual do Oeste – Cascavel	UNIOESTE	Estadual	40
TOTAL			626

Fonte: site do INEP - www.educacaosuperior.inep.gov.br

Segundo Yin (2005), as múltiplas possibilidades de estudos de caso refletem a diversidade de aplicações dessa forma de realizar pesquisas. Por outro lado, é importante que o pesquisador, ao escolher este método para responder à pergunta de uma pesquisa, tenha a clareza de que é adequado a ele e, para isso, é essencial que selecione os casos a partir de critérios bem definidos (Stake, 2000).

No presente estudo, tal recorte tem, no entanto, o mérito de garantir a representatividade do objeto de estudo, contemplando os três tipos de natureza jurídica de instituições de ensino superior do Estado do Paraná: Universidade Estadual de Londrina como instituição pública estadual, Universidade Federal do Paraná como instituição pública federal e a Universidade Positivo como instituição privada.

Essas instituições representam juntas, 49% das vagas existentes no Estado na primeira série do curso, o que garante também uma boa amostra numérica de estudantes para o universo de matriculados no ano de 2006. Além disso, o Curso de Medicina da UEL é o que apresenta o currículo considerado mais inovador entre as universidades paranaenses (Almeida, 2005), a Federal do Paraná o currículo conhecido como o mais tradicional de todas e a UNICENP, a mais nova dessas instituições, a única instituição privada propriamente dita no Estado.

O estudo de cada instituição teve início com a coleta de documentos referentes ao curso, suas diretrizes e configuração curricular, visando à análise documental do curso, isto é, aquilo que é formalmente estabelecido e instituído. A seguir estão apontados quais os documentos mais importantes que foram coletados em cada uma das instituições.

■ **Atos legais de consolidação do Currículo Integrado do Curso de Medicina da UEL (UEL, 2006):**

- 1) [RESOLUÇÃO CEPE N° 22/2005](#) - Reformula o Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina, a ser implantado a partir do ano letivo de 2005.
- 2) [RESOLUÇÃO CEPE/CA N° 88/2006](#) - Regulamenta as funções docentes e cargas horárias correspondentes, nas atividades do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina.
- 3) [RESOLUÇÃO CU N° 79/2006](#) - Aprova o Regimento do Colegiado do Curso de Medicina.

1. Atos legais históricos do Currículo do Curso de Medicina da UFPR:

- 1) Avaliação do Currículo do Curso de MEDICINA – **A Experiência da UFPR aos 80 anos.** (Serafini et al. 1992).
- 2) [RESOLUÇÃO CEP N° 31/1994](#) – Fixa o Currículo Pleno do Curso de Medicina do Setor de Ciências da Saúde, através do Conselho de Ensino e Pesquisa, órgão normativo, consultivo e deliberativo da administração superior da UFPR (UFPR, 1994).
- 3) AJUSTE CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA UFPR – Com o objetivo de adequação as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Medicina, o Colegiado do Curso de Medicina da UFPR propõe este ajuste curricular, para implantação imediata através do Of. N° 106/2006 – SD/CMED aos chefes dos Departamentos de: Cirurgia, Pediatria, Medicina Forense e Psiquiatria, Oftalmo-Otorrinolaringologia, Clínica Médica, Patologia Médica, Tocoginecologia e Saúde Comunitária.

■ **Atos legais de criação do Curso de Medicina da UnicenP:**

- 1) Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina da UnicenP (UnicenP, 2002).
- 2) Programa de Educação Permanente em Saúde Coletiva desenvolvido através do Curso de Atualização e Especialização em Saúde Coletiva iniciado em 2007.
- 3) Manual do Professor com as Normas das Atividades Acadêmicas (Resolução N.04/2005 – Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão – CONSEPE).

Além da coleta de documentos, considerou-se o interesse de apreender as interpretações e percepções dos agentes envolvidos, a fim de captar o que é efetivamente vivido e percebido no âmbito geral e também no dia-a-dia da instituição.

No estudo do projeto pedagógico das três instituições e no mapeamento das tendências do ensino da Saúde Coletiva, a proposta de fazer análise de conteúdo dos depoimentos dos atores envolvidos, tomados em suas relações de confluência e contradição, visou investigar o que se concebe e como se implementam as diferentes propostas de ensino. Mais do que um confronto entre diferentes alternativas do ensino da Saúde Coletiva, tem-se como objetivo captar as concepções das pessoas responsáveis pelo seu ensino.

Daí a opção por entrevistas com representantes de cada instituição, respeitando os seguintes perfis:

- 1) Entrevista individual semi-estruturada com os gestores do curso. Nesta população de estudo foram incluídos 11 gestores, sendo 4 da UEL, 3 da UFPR e 4 da UnicenP que ocupavam, no momento da entrevista, cargos de coordenação, vice-coordenação ou coordenação adjunta do curso; chefia do Departamento de Saúde Coletiva, de Saúde Comunitária ou seu correspondente, além do Diretor Superintendente do Hospital Universitário, em Londrina, o Diretor do Setor de Ciências da Saúde na UFPR e a Diretora do Núcleo de Ciências Biológicas e da Saúde na Universidade Positivo, que falaram sobre a caracterização do Curso de Medicina em geral e da área de Saúde Coletiva nesse contexto.

- 2) Entrevista individual semi-estruturada com os professores responsáveis pelas disciplinas, módulos ou estágios de atividades desenvolvidos pela área de Saúde Coletiva no curso. Nesta população de estudo foram incluídos 18 professores, sendo 4 da UEL, 7 da UFPR e 7 da UnicenP, identificados como pessoas-chave, sendo alguns deles os responsáveis pelas atividades mais diretamente relacionadas com a área e com intensa participação no curso, que traduziram a configuração da Saúde Coletiva e as suas várias dimensões de funcionamento.
- 3) Foram constituídos grupos focais em cada uma das instituições, sendo constituídos por 5 estudantes na UEL, 7 estudantes na UFPR e 4 estudantes na UnicenP de todas as séries do curso, também identificados como pessoas-chave, sendo que na UFPR houve um segundo grupo focal, especificamente de internos, com 13 participantes, totalizando quatro grupos focais de estudantes. O grupo focal foi conduzido a partir de um roteiro semi-estruturado.

Existem muitas definições de grupo focal na literatura especializada, sendo que as principais estão associadas à idéia de grupos de discussão organizados em torno de uma temática. Todas elas, de alguma maneira, localizam o objeto e objetivos dos grupos focais na contribuição metodológica que fazem ao conhecimento do social. Esta modalidade de discussão é aberta e estruturada, tomando a forma de uma conversação grupal, na qual o investigador levanta algumas temáticas ou perguntas que orientam, no debate, a emergência de concepções e posturas, atendendo aos objetivos da pesquisa (Aigner, 2002).

Nesse sentido, o grupo focal se diferencia de uma conversa coloquial porque o investigador apresenta previamente as temáticas e, se por

acaso o tópico não se der por esgotado, poderá retornar novamente uma ou outra vez, uma vez que o interesse é captar em profundidade os diversos pontos de vista sobre o assunto discutido.

Essa metodologia se mostrou adequada a este trabalho, porque o propósito foi o de registrar como os participantes elaboram grupalmente a sua experiência na interpretação da Saúde Coletiva e sua tradução no Curso de Medicina em geral.

Para fins da coleta de dados foi utilizado um questionário semi-estruturado para as entrevistas individuais com os gestores e professores selecionados, constituído de algumas questões norteadoras com o objetivo de:

- a) conhecer o projeto pedagógico do Curso de Medicina no seu processo de constituição, nos seus princípios fundamentais, nas suas diretrizes e nos seus mecanismos de sustentação e
- b) caracterizar o perfil da área de conhecimento da Saúde Coletiva nas suas dimensões estruturais, curriculares e pedagógicas, buscando apreender seus objetivos e significados.

Pautados por esses objetivos e abordando pontos equivalentes, os roteiros das entrevistas e do grupo focal foram adaptados para os diferentes grupos de agentes: gestores, professores ou estudantes (Anexo A).

O grupo focal dos estudantes de Medicina da UEL foi realizado no Laboratório de Práticas Profissionais, com a participação de duas observadoras, além do moderador da discussão do grupo. No caso da UnicenP, o grupo focal teve lugar no Studio de TV da instituição. Na UFPR, foram realizados em dois locais diferentes: um, com estudantes de 1^a a 4^a série, no Diretório Acadêmico Nilo Cairo (DANC) e outro, exclusivamente com internos, no Hospital das Clínicas.

Ao longo do presente trabalho, as citações dos sujeitos da pesquisa serão feitas com base na transcrição fiel de suas falas por ocasião das entrevistas individuais (gestores e professores) ou dos grupos focais (estudantes). Para preservar a identidade dos entrevistados, os nomes foram suprimidos, passando-se a adotar o seguinte padrão de identificação: G, P, E respectivamente para indicar “GESTOR”, “PROFESSOR”, “ESTUDANTE”, seguida da sigla da universidade de origem (UEL, UFPR e UnicenP) e de um número que indica a ordem aleatória com que foram feitas as entrevistas.

A pesquisa em questão foi aprovada pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa — CAPpesq, da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Anexo B) e os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C), depois de esclarecidos os objetivos gerais do estudo e assegurado o sigilo de suas identidades.

3.2 O TRATAMENTO ANALÍTICO DOS DADOS

No que diz respeito à análise documental das instituições estudadas, após exaustiva leitura dos principais textos legais sobre o projeto pedagógico e, mais especificamente, sobre o ensino da Saúde Coletiva, identificaram-se as mais importantes resoluções das instâncias de deliberação da universidade, respeitando-se, em cada caso, a diversidade dos documentos em função da natureza dos seus conselhos superiores e das respectivas formas de gestão.

Por sua vez, a análise dos dados coletados nas entrevistas e grupos focais pautou-se pelo estabelecimento de categorias que emergiram da análise de conteúdo, adaptado da proposta de Bardin (1977), que consiste em, a partir da entrevista semi-estruturada e das respostas transcritas, classificar o conteúdo em blocos de significado e ênfase para o tratamento em eixos de abordagem.

Assim, fincadas no posicionamento dos sujeitos, foi possível estabelecer e confrontar, em cada eixo, diferentes dimensões da Saúde Coletiva: o currículo planejado, o vivido e o analisado.

A preparação e a execução das entrevistas semi-estruturadas foram realizadas por um único entrevistador, feitas oralmente, gravadas e depois transcritas, o que viabilizou a análise fiel e objetiva dos dados

Esta metodologia é fundamental para verificar a propriedade das interpretações originadas a partir dos dados qualitativos coletados. A

utilização desta estratégia garante maior validade dos dados, pois os problemas e limitações de determinado método podem ser compensados pelo uso de outros métodos, como a análise documental, o grupo focal e até através de conversas informais com professores e estudantes dos cursos, que possibilitaram reunir dados complementares que auxiliaram no delineamento dos casos (Campos, 2004).

Todo o material coletado foi submetido aos processos de análise e definido como *corpus* da pesquisa (Bardin, 1977). A escolha deste método e esta técnica possibilitam o estudo de motivações, atitudes, valores, crenças e tendências, permitindo um olhar multifacetado além da observação da pluralidade de significados atribuídos e do caráter polissêmico do objeto de estudo (González, 2008).

Realizou-se a análise de conteúdo por meio da técnica de análise temática. Segundo Minayo (2005), a análise temática consiste em revelar os núcleos de sentido que estão presentes, ou ausentes, no *corpus* da pesquisa que tenham significado para o objetivo do estudo. Bardin (1977) define tema como “[...] a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. O tema está ligado a uma afirmação a respeito de um determinado assunto, como uma unidade de registro. Em vários casos, essa unidade de registro se liberta naturalmente do texto analisado.

Minayo (2005) destaca que, na análise temática, o critério de recorte é de ordem semântica, busca-se o significado, o conteúdo e não a

forma de linguagem. Mais do que a mera compilação ou descrição dos dados coletados, o que se pretendeu foi a reconstrução dos focos de sentido (pontos de consenso e tensão, modos de trabalho e dinâmicas de intervenção, expectativas e frentes de mudança) inerentes à rede discursiva, aspectos que, com certeza, podem traduzir a realidade de cada instituição.

Recortaram-se as unidades de registro temático, organizando-as por aproximação dos temas recortados e codificados de acordo com os pressupostos e objetivos da pesquisa. A partir da análise quanto à presença, densidade e frequência dos temas, pôde-se fazer a transformação dos dados em categorias, permitindo posterior discussão das características mais relevantes (Franco, 1986).

Os recortes por tema foram realizados por meio do Programa LOGOS (Camargo Jr, 2000). Posteriormente, os dados foram organizados em categorias, como forma de sistematizar o conhecimento frente a uma realidade. Segundo Bardin (1977), categorias são classes, com títulos genéricos, que agrupam elementos com características semelhantes.

Como sugere Minayo (2005), o pesquisador pode definir, a priori, categorias a serem verificadas, mas também deve estar atento para novas categorias que possam emergir na coleta de dados.

Analisar as percepções dos professores, dos estudantes e dos gestores do curso pressupõe captar os diferentes olhares desses sujeitos sobre as várias características deste campo de saber e de práticas da Saúde Coletiva no Curso de Medicina de cada uma das instituições estudadas.

As categorias que emergiram a partir da análise das entrevistas realizadas nas três instituições estão sistematizadas abaixo. Este quadro será o referencial para toda a análise da categorização e será discutido nos resultados, próximo capítulo deste estudo.

QUADRO 2 — Eixos de abordagem e categorias analíticas.

Eixos de análise	I.	II.	III.
	Configuração da Saúde Coletiva	A Saúde Coletiva no contexto do curso médico	Parcerias externas da Saúde Coletiva
Categorias analíticas	1ª Objetivos	4ª Inserção no Projeto Pedagógico	6ª Parceria com os serviços de saúde
	2ª Ênfases	5ª Aderência às diretrizes curriculares nacionais	
	3ª Estratégias		

4 Resultados e Discussão: Para onde vai o ensino da Saúde Coletiva

4.1 O CASO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA (UEL)

4.1.1 O CURSO DE MEDICINA DA UEL

a) APRESENTAÇÃO DA UEL

Criada em 1970, com a junção de cinco faculdades: Direito, Filosofia, Ciências e Letras, Odontologia, Ciências Econômicas e Contábeis e Medicina, a UEL está localizada em Londrina, uma das maiores cidades do sul do país. Em um Estado que conta com 140 instituições de ensino superior (2 federais, 17 estaduais, 6 municipais e 115 particulares), a UEL é reconhecida como uma das melhores universidades do Brasil e desempenha um papel decisivo no dinâmico desenvolvimento da cidade e região.

No vestibular de 2007, 25.364 alunos candidataram-se para as 3.050 vagas ofertadas na graduação, sendo que destes, 8.632 eram provenientes de escolas públicas e 1.304 candidatos negros. Para as 80 vagas do Curso de Medicina, concorreram 4.541 candidatos, sendo 70 vagas universais, 8 vagas para os candidatos de escolas públicas e 2 vagas para candidatos negros.

Na Medicina, a relação candidato/vaga foi de 65 candidatos para as vagas de concorrência geral, sendo maior nas vagas para a escola pública, com 69 candidatos por vaga. Na concorrência das vagas que tinham por objetivo uma maior inclusão social para os afro-descendentes, foi de 37 candidatos por vaga.

A UEL oferece 42 opções de cursos de graduação e o número de estudantes matriculados em 2007 era de 14.032. Destes, os matriculados nos cursos de graduação do Centro de Ciências da Saúde representaram 11,5% (1.620) e, especificamente no Curso de Medicina, 3,6% (508). Na

pós-graduação, a UEL oferece 94 cursos de especialização, sendo que na área da saúde são 30 cursos de Residência Médica, 5 cursos de Residência em Enfermagem, 4 cursos de Residência em Fisioterapia, 2 cursos de Residência em Odontologia, 1 curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e 4 cursos de Residência em Medicina Veterinária. Além desses, são oferecidos 37 cursos de pós-graduação *strictu sensu*, sendo 10 de doutorado e 27 de mestrado. Em 2007, o total de alunos matriculados na pós-graduação foi de 3.285, incluindo os 141 residentes que representam 4,3% desse total.

Para executar todas essas atividades a UEL têm uma estrutura acadêmica e administrativa formada por 6 órgãos executivos, 6 Pró-reitorias, 2 Coordenadorias, 10 Órgãos Suplementares (onde está inserido o HU), 6 órgãos de apoio, 9 Centros de Estudos e 57 Departamentos, dos quais 15 estão envolvidos com o Curso de Medicina em quatro Centros de Estudos diferentes, de acordo com o organograma da instituição (Anexo D).

Sobre a qualificação dos docentes que atuam no Curso de Medicina da UEL, considerando os dois Centros de Estudos onde eles se concentram, o da Saúde (CCS) e o de Ciências Biológicas (CCB), o quadro que existia em dezembro de 2007, segundo a Pró-reitoria de Recursos Humanos (PRORH) está descrito na Tabela 1 e reflete uma alta qualificação tanto na área básica (92%), como na área profissionalizante (81%), de mestres e doutores.

TABELA 1 – Qualificação dos docentes no CCS e CCB da UEL em 2007.

CENTROS DE ESTUDO/ TITULAÇÃO	UEL		CCS		CCB	
	n	%	n	%	n	%
Graduado	62	3,8	19	5,1	04	2,0
Especialista	150	9,3	49	13,3	11	5,5
Mestre	604	37,5	177	47,9	57	28,3
Doutor	793	49,5	124	33,6	129	64,1
TOTAL	1609	100,0	369	100,0	201	100,0

Fonte: PROPLAN (Pró-Reitoria de Planejamento da UEL)

A análise desses dados sugere que a qualificação dos docentes do CCS e CCB segue o padrão da Universidade, o que significa mais de 80% de docentes mestres ou doutores.

b) HISTÓRICO E CONFIGURAÇÃO DO CURRÍCULO DO CURSO DE MEDICINA DA UEL

A Faculdade de Medicina do Norte do Paraná foi criada pelo Decreto Estadual Nº 5.216, publicado em 21 de dezembro de 1965, e deu início as suas atividades acadêmicas no dia 15 de fevereiro de 1967 com aula inaugural proferida pelo Prof. Dr. Ascêncio Garcia Lopes, que foi o primeiro diretor da faculdade.

Em 1970, por ocasião da criação da Universidade Estadual de Londrina, as faculdades preexistentes foram extintas e, na nova estrutura universitária, os cursos de Medicina e de Odontologia passaram a integrar o recém-criado Centro de Ciências da Saúde (CCS).

O Curso de Medicina obteve seu reconhecimento legal por meio do Decreto Federal Nº 68.545, formalizado no dia 26 de abril de 1971. Desde a sua criação, começando com 40 alunos, dos quais 38 da primeira turma que se graduaram em 1972, a UEL já formou mais de 2.000 médicos e no Curso de Medicina em 2009 ingressa a sua 62ª turma.

O **primeiro currículo** do Curso de Medicina, estruturado em disciplinas anualizadas, isto é, seriado anual, apresentava uma carga horária de 9.397 horas, com matérias trabalhadas em grandes blocos e Internato Médico de 2.405 horas. Nos vinte anos seguintes foram promovidas seis reformas curriculares.

O **segundo currículo**, que se iniciou com a turma dos matriculados em 1972, era anual, mas semestralizado, e já preparava o sistema de matrícula por disciplinas, adotado pela Resolução nº 97 de 1972 do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CEPE) da UEL. A carga horária total desse currículo era de 8.652 horas e o Internato Médico de 2.000 horas. Apresentava-se como um currículo de transição, com disciplinas fundamentais (básicas), profissionalizantes e complementares, abrindo a possibilidade do aluno montar seu próprio currículo.

O **terceiro currículo**, que começou com a turma dos matriculados em 1973, em regime de matrícula por disciplina (crédito), apresentava uma carga horária de 9.045 horas e Internato Médico de 2.385 horas. Este currículo passou por várias alterações, inclusive no Internato, ampliado de um ano para três semestres em 1978. Ainda que o sistema de

crédito oferecesse ao aluno uma flexibilidade curricular, sendo a periodização apresentada apenas uma sugestão, esta, na prática, transformou-se em realidade.

O **quarto currículo**, que teve início com a turma dos matriculados em 1980, em regime de matrícula por disciplina (crédito), apresentava uma carga horária total de 7.095 horas e Internato Médico de 3.060 horas, realizado em dois anos.

O **quinto currículo** começou com a turma dos matriculados em 1992, em regime acadêmico seriado anual, com carga horária total de 8.252 horas e Internato Médico de 3.492 horas, realizado em dois anos, com diminuição do número de vagas para 60. Esse currículo representou apenas uma transposição do regime acadêmico de crédito para o seriado e desagradou a todos ao final dos seis anos, como ficou registrado na manifestação dos estudantes no Jornal do Centro Acadêmico Samuel Pessoa (Caolho, 1996) e nos Anais do I Seminário de Avaliação do Sistema Seriado do Curso de Medicina da UEL realizado em agosto de 1996, publicados na Revista Brasileira de Educação Médica (Campos, 1997).

Em 1992, como resultado da reivindicação da comunidade acadêmica, foram constituídos os Colegiados de Curso em substituição aos Colegiados por Área de Conhecimento. Esta decisão teve o intuito de resgatar o adequado gerenciamento didático-pedagógico dos cursos de graduação, buscando a melhoria da qualidade do ensino, e sanar uma distorção de função

e competência na Universidade, que era a do gerenciamento dos cursos pelos Departamentos.

Em meados de 1990, simultaneamente às ações do CCS e do Hospital Universitário de reformas e ampliações de áreas físicas e de reequipamento das estruturas acadêmicas e assistenciais, o Curso de Medicina retomou iniciativas relativas às questões acadêmicas propriamente ditas.

A partir de 1991, no contexto do Projeto CINAEM, desencadeou-se intenso processo de avaliação do curso médico a nível nacional. O Curso de Medicina da UEL foi pioneiro, tendo sido a primeira Escola Médica a responder ao questionário inicial e é hoje, por esta participação e em várias outras iniciativas, reconhecida nacionalmente como uma das mais comprometidas com o processo de mudança da educação médica (CINAEM, 1992).

Além disso, as novas linhas de trabalho desenvolvidas por várias disciplinas dos ciclos Básico e Clínico, os projetos especiais de ensino, as novas articulações entre atividade de ensino, serviços e comunidade, as visitas e estágios feitos por professores e estudantes em escolas e centros de educação médica no exterior, a visita de consultores nacionais e estrangeiros, com conferências e assessorias, desencadearam um rico processo de capacitação docente sobre a reflexão de modelos pedagógicos e as metodologias de ensino-aprendizagem mais modernas e recomendadas para a educação médica no final do século XX.

Pode-se destacar, como reflexos dessa incessante busca pelo aprimoramento dos seus recursos humanos e pedagógicos, a realização em Londrina, em 1992, do XXX Congresso Brasileiro de Educação Médica, do I Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico e do I Seminário Internacional dos Projetos UNI. Outra importante iniciativa foi a inclusão do CCS, em 1992, na *Network of Community-Oriented Education Institutions for Health Sciences*, possibilitando a participação de professores e gestores em eventos internacionais de discussão e análise da educação médica. Um dos resultados relevantes de toda essa trajetória foi o credenciamento do CCS, em 1994, como Centro Colaborador em Educação e Prática Médica pela Organização Mundial da Saúde. Vale ressaltar, ainda, que desde o início dos anos 70, o curso é membro institucional da Associação Brasileira de Educação Médica, sendo que muitos de seus professores são sócios individuais históricos dessa entidade, com uma relativa militância associativa em algumas de suas diretorias.

A inserção do Curso de Medicina no movimento nacional e internacional de mudanças da educação médica é resultado do projeto de apoio à implantação de novos modelos acadêmicos nos cinco cursos de graduação do CCS. Os princípios centrais desses novos modelos acadêmicos são: articulação academia-serviços-comunidade; interdisciplinaridade; ação multiprofissional; ensino e pesquisa voltados para os problemas prioritários de saúde da população; formação orientada para a integralidade da atenção à saúde; articulação ensino-pesquisa-assistência; integração das disciplinas básicas e clínicas; inserção precoce do aluno em ações comunitárias e nos

serviços de saúde; metodologias ativas de ensino-aprendizagem; ensino centrado no estudante e baseado em problemas como uma das metodologias inovadoras de aprendizagem; prática tutorial na relação professor-aluno prevalecendo em relação às aulas expositivas; educação permanente como compromisso institucional e ecologia humana (integração biopsicossocial). Ou seja, são princípios que buscam excelência técnica e relevância social para o curso (Campos, 1996).

O **sexto currículo**, que se iniciou com a turma dos matriculados em 1998 em regime acadêmico seriado anual, apresentava exatamente a mesma carga horária do currículo anterior. No entanto, o seu projeto político-pedagógico foi fruto de um consistente processo teórico-prático de construção coletiva, aprovado pela Resolução CEPE N. 86 em 28 de agosto de 1997, que formalizou a estruturação do currículo integrado do Curso de Medicina da UEL e introduziu novas metodologias de ensino mais ativas, o que veio a contribuir posteriormente no processo de elaboração e aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina (Almeida et al., 2007).

As principais diretrizes do sexto currículo do Curso de Medicina da UEL são as seguintes: estruturação modular viabilizando a interdisciplinaridade; ensino centrado nas necessidades de aprendizagem dos estudantes; currículo nuclear comum a todos os estudantes e a oportunidade de módulos e práticas eletivas cuja função é permitir uma certa individualização do currículo; ensino baseado na pedagogia da interação, com os conteúdos das ciências básicas e clínicas desenvolvidos de forma integrada com os

problemas prioritários de saúde da população; garantia de contato do estudante de Medicina com as realidades de saúde e sócio-econômicas da comunidade desde a primeira série do curso; adoção da avaliação formativa e terminalidade do curso em seis anos. Tais diretrizes estão contidas no Projeto Pedagógico do Curso e a síntese da sua conformação consta da Resolução CEPE Nº 22/2005, que também representa mais um esforço da sua efetiva institucionalização.

O **sétimo currículo**, que se iniciou com a turma dos matriculados em 2005 em regime acadêmico seriado anual e integrado, refletiu, em parte, o fato da UEL estar promovendo mudanças nos projetos pedagógicos de todos os cursos de graduação, buscando adequá-los às respectivas diretrizes curriculares nacionais. Refletiu, também, um esforço de institucionalização da mudança curricular em curso, traduzida na nova Resolução CEPE Nº 22, aprovada em 9 de março de 2005 com os seus cinco anexos, que manteve a essência do currículo anterior, responsável pela grande mudança no curso, com ajustes curriculares visando a uma maior sustentabilidade do processo de mudança, combinados com uma gestão estratégica e inovadora.

Durante o processo de implantação do currículo integrado, no sentido de viabilizar e garantir que todas as necessidades institucionais relacionadas com a graduação em Medicina pudessem ser atendidas adequadamente passou a vigorar, a partir de 1998, o Regulamento Interno de gerenciamento do currículo do Curso de Medicina, aprovado pela Resolução CEPE Nº 29, em 25 de março de 1999.

Esse instrumento, conquistado depois de muita negociação interna na UEL e que, de certa forma, viabilizava uma proposta de avaliação docente, foi muito limitado e contribuiu pouco para que a informação gerada pelas atividades docentes previstas nos seus vinte artigos tivesse retorno dos departamentos envolvidos com o curso no tempo político e administrativo adequado para apoiar as ações de planejamento e gestão do projeto pedagógico executado pela Coordenação do Colegiado de Curso. Somente em 6 de junho de 2006 o Conselho Universitário aprovou a Resolução N° 79, que definiu o Regimento do Colegiado do Curso de Medicina da UEL.

No entanto, a regulamentação das funções docentes e cargas horárias correspondentes nas atividades do Curso de Medicina da UEL só foram estabelecidas definitivamente depois da posse do novo reitor eleito pela comunidade universitária em 2006. A Resolução conjunta do CEPE e CA N° 88, de 29 de junho de 2006, certamente é o documento mais importante do curso do ponto de vista da sua sustentabilidade, fruto de muita habilidade política dos gestores e de muita negociação interna.

Nos primeiros quarenta anos de existência do curso verificou-se, em média, uma mudança curricular a cada seis anos. Este é um fato pouco encontrado em escolas médicas que, em geral, sofrem de certo enrijecimento curricular.

Em Londrina, o Curso de Medicina tem tradição de buscar permanentemente seu desenvolvimento, respondendo aos avanços do conhecimento científico-tecnológico da área e do conhecimento científico-

educacional. E importante registrar que essas mudanças ocorreram sempre com a participação de professores e estudantes, especialmente a partir dos sete Fóruns de Debates do Curso Médico da UEL realizados em 1977, 1980, 1981, 1992, 2003, 2005 e 2008.

Durante os dez primeiros anos do atual currículo integrado, as atividades didáticas do curso respeitaram uma moratória que não alterou a carga horária do curso e que se refletia na carga horária contratual dos docentes dos departamentos envolvidos antes da reforma curricular ser instituída.

Este breve histórico caracteriza o compromisso da instituição com os novos modelos acadêmicos, o que se traduz na sua matriz curricular não convencional. O calendário de 2008 do Curso de Medicina da UEL é constituído pela matriz curricular de cada uma das seis séries do curso. Nessas seis matrizes curriculares estão disponíveis informações sobre quem coordena a série e o módulo, quais os dias em que se desenvolvem outras atividades além dos tutoriais, como as habilidades e suas avaliações que são feitas através das OSCES — Objective, Structured Clinical Examination (Harden, 1975). Enfim, apesar de ser chamado de “calendário”, porque o seu principal objetivo é a marcação de datas, ele expressa a matriz curricular do curso de uma forma mais completa (Anexo E).

c) MECANISMOS DE AVALIAÇÃO INSTITUCIONAL

A avaliação do Projeto Político-Pedagógico sempre foi uma preocupação do Curso de Medicina da UEL, razão pela qual o curso tem hoje uma

extensa trajetória avaliativa a ser referida e amplamente divulgada em várias publicações, disponível facilmente na internet através do site do curso e de algumas publicações (Perim, 2008a).

Desde o início da implantação do currículo integrado em 1998, com a intenção de acompanhar permanentemente o seu desenvolvimento, foram criadas quatro comissões de apoio ao Colegiado do Curso:

- ▶ **Comissão de Acompanhamento Docente e Discente**, que tem como função orientar e apoiar os estudantes ao longo do curso no que diz respeito às suas necessidades acadêmicas e ou emocionais e também assessorar os professores no enfrentamento de dificuldades com estudantes.
- ▶ **Comissão de Educação Permanente Docente**, cuja função é o desenvolvimento de atividades de capacitação em metodologias ativas de aprendizagem utilizadas no curso, em especial a Aprendizagem Baseada em Problemas.
- ▶ **Comissão de Acompanhamento Curricular**, que acompanha a implementação e o desenvolvimento dos conteúdos modulares e dos estágios do Internato, revisando anualmente os tópicos, de forma a assegurar que o conteúdo nuclear necessário para a formação geral do médico esteja contemplado.
- ▶ **Comissão de Avaliação**, responsável pelo acompanhamento e aprimoramento do sistema de avaliação, compreendendo a avaliação dos processos de ensino-aprendizagem dos estudantes e a avaliação institucional do curso.

Em recente artigo, Perim fez uma síntese dos mecanismos de avaliação institucional do Curso de Medicina da UEL, qualificando-o como uma experiência inovadora:

O Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina - UEL desenvolveu sua proposta de avaliação institucional, contextualizada no panorama nacional e na realidade regional, e a partir de 2003 implantou o Sistema Integrado de Avaliação do Curso de Medicina – SIAMed, cujos princípios encontram-se em consonância com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior proposto pelo MEC / INEP. O SIAMed engloba o conjunto das dimensões que compõem o curso, envolve todos os que participam do processo de formação do médico e é composto de três fases de desenvolvimento: (a) Avaliação Interna, (b) Avaliação Externa e (c) Reavaliação. Os resultados possibilitaram a identificação das potencialidades e fragilidades do curso, os quais foram amplamente discutidos e aprovados pela comunidade interna, e posteriormente traduzidos em propostas de ação que passaram a integrar os Planos de Ação da Comissão Executiva e das Comissões de Apoio do Colegiado para o biênio subsequente (2006-2008), e fortaleceram sobremaneira o processo de mudança vivenciado pelo curso (Perim et al., 2008b).

Ao longo das sucessivas avaliações feitas entre 1998 e 2008, o Projeto Pedagógico foi considerado uma das maiores forças do curso. No entanto, longe de ser uma conquista definitiva, sua continuidade dentro dos padrões de excelência requer uma constante submissão a avaliações e reavaliações para identificação e em especial correção dos problemas, relacionados ao aprimoramento dos docentes (Anastasiou, 2005).

Com base nos processos avaliativos a comunidade interna do Curso de Medicina passou a valorizar ainda mais o papel do docente para o desenvolvimento do curso, concluindo que não se pode prescindir da avaliação institucional e das iniciativas de educação permanente, quando o que se pretende é uma boa formação geral do médico, equilibrando qualidade científica e comprometimento social (Almeida e Ferreira Filho, 2007).

Na consideração dos pontos mais problemáticos, as avaliações indicam ainda pouca integração entre as quatro primeiras séries do curso com o Internato e a necessidade de se reavaliar esse modelo, tendo em vista a relevância da diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem na etapa final de formação para além do Hospital Universitário da UEL.

No ano de 2004, a UEL participou do Exame Nacional de Desempenho do Estudante – ENADE, como um dos instrumentos avaliativos do SIAMed. A prova foi respondida por uma amostra de 156 estudantes, sendo 78 ingressantes e 78 concluintes.

Em relação ao perfil dos ingressantes e concluintes, segundo o Questionário-Pesquisa, encontram-se os seguintes resultados para as dez questões, que traçam um perfil dos estudantes e a sua opinião sobre as técnicas de ensino, os instrumentos de avaliação e a avaliação do currículo do curso:

QUADRO 3 — Perfil sócio cultural dos estudantes ingressantes e concluintes do curso de Medicina da UEL em 2004.

PERFIL SÓCIO-CULTURAL DO ESTUDANTE	INGRESSANTES	CONCLUINTES
a) renda familiar de 20 salários mínimos	19%	36%
b) estudantes que nunca trabalharam	83%	76%
c) pais com ensino superior	59%	67%
d) mães com ensino superior	73%	61%
e) ensino médio em escola particular	85%	68%

Observou-se que a faixa de renda dos estudantes é alta para quase 1/5 das turmas de ingressantes e ainda maior para os concluintes, o que se reflete na ausência de atividade remunerada, que se restringe a uma pequena parcela de estudantes. O grau de instrução dos pais e das mães é bastante elevado estando no ensino superior acima de 59%, sendo que mais de 2/3 dos estudantes são egressos do ensino médio privado entre os concluintes e sobe para os ingressantes para 85%.

Em relação aos hábitos de estudo desses estudantes, é possível extrair os seguintes dados:

QUADRO 4 — Hábitos de estudo dos estudantes ingressantes e concluintes do curso de Medicina da UEL em 2004.

HÁBITOS DE ESTUDO DO ESTUDANTE	INGRESSANTES	CONCLUINTES
f) utilizam a biblioteca freqüentemente	95%	40%
g) dedicam + 6 horas semanais extraclasse	77%	67%

O grau de utilização da biblioteca - que reflete uma busca mais ativa do conhecimento - evidencia que boa parte dos estudantes ingressantes a utiliza muito freqüentemente, sendo que os internos diminuem o seu uso, talvez pelas vantagens de acesso eletrônico à distancia que já se dispunha em 2004 ou pelo excesso de atividades assistenciais dos estágios, como também em relação à disponibilidade para outras atividades que diminuiu em 10%.

Sobre as considerações e avaliações dos estudantes sobre o curso é possível obter os seguintes dados:

QUADRO 5 — Considerações e avaliações dos estudantes ingressantes e concluintes do curso de Medicina da UEL em 2004.

CONSIDERAÇÕES E AVALIAÇÕES DOS ESTUDANTES	INGRESSANTES	CONCLUINTES
h) técnica de ensino são as aulas expositivas	11%	28%
i) currículo integrado	96%	94%
j) avaliação com provas escritas ou testes objetivos	83%	94%

Quanto à opinião dos estudantes sobre as técnicas de ensino, foi assinalado que apenas em 11% das atividades de ensino aparece a aula expositiva, que curiosamente aumenta no Internato Médico, considerando ser esta uma etapa de predomínio das atividades práticas. O grau de integração curricular na opinião da turma de 2004 se mantém bastante alto ao longo do curso acima de 94%, o que reforça a impressão de que a integração curricular do curso se manteve ao longo dos seis anos.

Em relação aos instrumentos de avaliação utilizados no curso, os estudantes relataram que em mais de 83% dos módulos são as provas escritas ou os testes, mesmo havendo uma valorização da avaliação prática e das habilidades e atitudes profissionais no curso através das OSCES a cada semestre, sobe para 94% no Internato Médico.

Em relação ao desempenho dos alunos na prova de 2004, comparando as notas médias dos alunos em formação geral, percebe-se que a diferença entre as notas dos ingressantes da instituição foi de 13,5 pontos acima da média do Brasil. Em relação aos concluintes, a nota média da instituição foi 7,2 pontos acima da média brasileira (56,3).

Quanto às notas médias dos alunos no componente específico na prova de Medicina, a nota média dos concluintes da UEL (55,6) foi maior do que a média brasileira (47,2). Nesse mesmo componente, a nota média dos alunos ingressantes da UEL foi 22,6; comparando-a com a média obtida no Brasil, que foi 19,6, verifica-se uma diferença de três pontos entre as duas.

Em relação ao desempenho dos alunos na prova de 2007, comparando as notas médias dos alunos em formação geral, a nota média dos concluintes da UEL (27,4) foi menor do que a do Brasil (65,5). O que não aconteceu em relação aos alunos ingressantes, cuja nota média foi 74,8, enquanto que a obtida no Brasil foi 64,2, uma diferença de 10,6 pontos entre as duas. O mesmo padrão de desempenho mantém-se no componente específico na prova de Medicina: a nota média dos concluintes da instituição foi 30,5 e a dos estudantes ingressantes foi 36,2, uma diferença de 5,7 pontos entre as duas, sugerindo que houve um boicote dos concluintes (Turma 55), que tiveram uma média geral menor (29,7) do que os ingressantes (45,8) da mesma instituição.

Em 2004, o curso obteve o conceito 5 no ENADE e um conceito IDD de 4. Tendo em vista o interesse em se conhecer o desempenho

dos estudantes da UEL e em se avaliar o novo currículo do curso que vem utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a partir dos resultados do ENADE 2004, foi realizado um estudo comparativo entre o desempenho dos estudantes de Medicina da UEL e o desempenho dos estudantes da área médica no contexto nacional (Perim, 2007).

Embora os resultados do processo de avaliação iniciado em 2003, que ouviu a comunidade interna e a sociedade local, e da avaliação externa realizada por pares, tenham sido bastante positivos em relação ao currículo integrado, são também muito subjetivos, pela característica qualitativa dos instrumentos utilizados.

Nesse sentido, o ENADE veio complementar o processo de avaliação do curso, possibilitando, inicialmente, a comparação do desempenho dos estudantes formados pelo novo currículo com o desempenho de estudantes de outros cursos de Medicina do país e, posteriormente, a comparação do desempenho dos estudantes da UEL no início e no término do curso, mostrando o valor da formação oferecida durante sua trajetória na Universidade.

As conclusões do estudo de Perim (2008a) demonstraram que os estudantes da UEL não só apresentam bom desempenho quando comparados com grupos de escolas que utilizam ou não metodologias ativas, como apresentam bom desempenho quando comparados com as escolas que obtiveram as melhores médias no ENADE em 2004.

Em síntese, o referido estudo demonstrou que não procede a preocupação com a eficácia do uso de metodologias ativas quando se compara o desempenho dos estudantes. No entanto, não é possível afirmar que o uso dessas metodologias distingue os estudantes da UEL dos demais; seria necessário um estudo mais aprofundado com o estabelecimento de controle sobre as demais variáveis da formação que interferem nos resultados obtidos no exame.

4.1.2 A SAÚDE COLETIVA DO CURSO DE MEDICINA DA UEL

Os professores de Saúde Coletiva iniciaram suas atividades acadêmicas em Londrina em 1969 e instalaram-se no ano seguinte no Departamento de Medicina Preventiva, Higiene e Medicina do Trabalho da Faculdade de Medicina do Norte do Paraná. Após concurso para docente, foram contratados o professor Nelson Rodrigues dos Santos, como chefe do Departamento, e os professores Darli Antônio Soares e Maria Cristina Romariz Duarte.

A proposta original dos professores era desenvolver uma medicina integral, associando a medicina preventiva com a clínica através da organização da atenção primária à saúde, sendo que, já no segundo semestre de 1970, deu-se início ao trabalho prático no primeiro Posto de Saúde Periférico, na Vila da Fraternidade, que passou a desenvolver não apenas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, como também atenção

básica de saúde, sempre com a participação dos estudantes de Medicina desde a primeira turma do curso.

O objetivo a ser alcançado pelos professores, naquele momento inicial, era o de provocar alterações no ensino médico e na organização dos serviços de saúde a nível municipal e estadual, colaborando assim para mudanças no âmbito nacional. As estratégias utilizadas foram o desenvolvimento de trabalhos práticos ao lado de reflexões teóricas, procurando evitar o tecnicismo, além de atividades integradas, impedindo o isolacionismo por meio de várias articulações internas e externas à Universidade.

Nesses 38 anos de trabalho, os professores assumiram diferentes inserções institucionais. É possível identificar na evolução histórica da área de Saúde Coletiva da UEL algumas características marcantes ao longo da sua trajetória político-institucional:

QUADRO 6 — Evolução histórica da área de Saúde Coletiva da UEL.

ANO	EVOLUÇÃO HISTÓRICA
1969 a 1971	Implantação de um campo de saber e prática inovadora em Londrina
1972 a 1976	Consolidação e desenvolvimento institucional da Saúde Comunitária
1977 a 1981	Desenvolvimento extra-institucional a nível local em Londrina
1982 a 1986	Desenvolvimento extra-institucional a nível regional no Estado do Paraná
1987 a 1990	Retomada do desenvolvimento institucional na UEL e criação do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESCO) e do Mestrado em Saúde Coletiva
1991 a 1993	Implantação do novo modelo de educação dos profissionais de saúde (UNI) no Centro de Ciências da Saúde da UEL
1994 a 2000	Processo de consolidação do novo modelo de educação dos profissionais de saúde associada à construção de um novo modelo de atenção à saúde
2001 a 2005	Mudança institucional com a criação do Departamento de Saúde Coletiva e sua efetiva implantação na UEL
2006 a 2008	Criação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do SUS no Paraná e do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde. Manutenção do Mestrado Acadêmico e apresentação do Projeto de Doutorado em Saúde Coletiva a CAPES

No período de 1977 a 1986, os professores tiveram um papel fundamental na fase inicial da implantação das Unidades Básicas de Saúde em Londrina e desempenharam importante função no desenvolvimento da proposta e das primeiras experiências que foram se disseminando por toda a região. Este fato deve ser considerado como destaque na trajetória histórica dos professores, pois, de certa forma, mudou a política de saúde no Estado do Paraná.

Os professores orientavam suas práticas acadêmicas e políticas por um referencial metodológico, nem sempre claramente explicitado. No entanto, o marco teórico adotado serviu, em larga medida, para auxiliar na sobrevivência institucional em tempos de ditadura militar e no crescimento político do grupo, que era muito reduzido no seu início, com menos de dez docentes.

As características do trabalho desenvolvido pelos docentes em Londrina não permitiram um nítido enquadramento em qualquer das classificações propostas na área de Saúde Coletiva, quando da Investigação Nacional sobre o Ensino da Medicina Preventiva realizada em 1976. Nesse estudo, o parecer constante do relatório da pesquisa apresentado à FINEP foi o seguinte:

O Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina constitui, a nosso ver, um caso interessante. Observa-se, nesta escola, a importância e a penetração que teve a “ideologia preventivista”. Apesar disso, não existe estruturado um Departamento de Medicina Preventiva. As disciplinas com “conteúdo preventivista” estão espalhadas pelo Departamento de “Medicina Geral e Saúde Comunitária”. A escola de Londrina está desenvolvendo uma série de trabalhos científicos, cuja temática revela uma preocupação explícita em adaptar o ensino médico em geral à proposta do MEC e, por outro lado, tentar uma avaliação real do atual sistema de atenção médica. Dentre esses trabalhos, merece destaque o Anteprojeto do Plano de Atendimento de Saúde em Londrina, elaborado pela comissão formada pelos professores Darli Antônio Soares (presidente), José Murilo Zeitune e Satoko Kodama, que propõe o seguinte: a Universidade Estadual de Londrina, através do Centro de Ciências da Saúde, consciente de sua inserção na realidade, tem enfatizado a necessidade de formar recursos humanos para o sistema de atenção médica e de integrar-se com outras instituições prestadoras de serviços, principalmente a Previdência Social. Por isso, verificando a necessidade de racionalizar o atendimento médico, principalmente através do Hospital Universitário, baseada nas recomendações da OPAS/OMS e da experiência de funcionamento de suas Unidades de Saúde, propõe esquematizar um atendimento hierarquizado, respeitando os seus objetivos fundamentais que são o ensino e a extensão. Esta proposta serve como justificativa para a apresentação do objetivo prático do plano, qual seja, a instalação de sete Unidades de Saúde para o atendimento a comunidades de baixo nível sócio-

econômico. Pode-se verificar que, bem ou mal, estão se reproduzindo, também neste caso, as características fundamentais do “modelo racionalizador”. Nota-se, ainda, a preocupação da escola em traduzir em uma prática os objetivos propostos por especialistas da OPAS em termos de criação de um sistema nacional de saúde pela necessidade de regionalização dos serviços de saúde. No Manual de Organização e Funcionamento de três Unidades Periféricas Integradas de Saúde do Município de Londrina, explica-se a hierarquização dos serviços na medida em que se descentralizam, o que permite uma cobertura maior a toda população. Nesse sentido, a escola de Londrina divulga a necessidade de se pôr fim ao esquema dual de assistência médica (visita domiciliar por pessoa da própria comunidade e o ambiente hospitalar sofisticado) através da implementação de programas locais de saúde (Arouca, 1978).

A Saúde Coletiva da UEL não foi enquadrada no Modelo Mínimo Legal de Medicina Preventiva do currículo mínimo aprovado pelo MEC, ou no Modelo Liberal de Medicina Preventiva enquanto projeto incorporado à Reforma Universitária do ensino médico de 1968. Avaliou-se, na época, que o Modelo de Ensino de Medicina Preventiva desenvolvido na UEL deveria ser entendido como um Modelo Racionalizador, no qual a estratégia de integração intra-escolar cedia lugar a uma integração para fora, com os outros cursos e com o sistema de saúde, sendo a equipe de saúde vista como agente de saúde em comunidade e o trabalho médico se diluindo na noção de cuidado integral.

A riqueza do marco teórico construído nessa Investigação Nacional sobre o Ensino da Medicina Preventiva, financiada pelo Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde (PESES), e o quanto ela evidenciava a ausência de uma proposta mais estruturante, só se tornaram evidentes, com a promulgação da nova constituição em 1988 e a criação do SUS, ou seja, a superação legal do currículo mínimo do MEC (Nº506/1969), só veio a acontecer em 2001, com a promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (Almeida e Maranhão, 2003).

Merece destaque a conclusão principal dessa pesquisa, que nunca foi publicada, e que se encontra guardada até hoje nos arquivos da FINEP no Rio de Janeiro, evidenciando que o conceito estratégico passa a ser o de integração docente-assistencial (IDA), porque os programas docente-assistenciais, na época, supunham uma redefinição do currículo médico e uma proposta de seriação em que os estudantes, desde os primeiros anos, deveriam cumprir tarefas práticas na rede oficial de serviços.

Em linhas gerais, pode-se dizer que o histórico da Saúde Coletiva na UEL constitui um caso representativo da trajetória do movimento preventivista no país que, de realizações limitadas a alguns docentes sensibilizados pela problemática preventivista, passa a ser incorporado pelo programa de reforma do ensino médico do governo militar, impondo-se, pelo menos “legalmente”, em todas as Escolas Médicas.

Com isso, o movimento preventivista ganhou espaço na realidade do ensino médico do país, trazido a reboque de um movimento mais amplo de redefinição da prática e do ensino médico, cujas principais diretrizes podiam ser assim resumidas:

1. Crescente racionalização do ensino e, particularmente, articulação mais estreita entre ensino e prestação de serviços médicos;
2. Presença bem mais acentuada do governo na problemática geral da educação médica, inclusive incentivando o aparecimento de várias novas escolas médicas, sustentadas por uma estrutura administrativa privada;
3. Convocação, pelo governo, da participação do INPS como

financiador do setor, já que se configurava como controlador da maior parte da atenção médica e era o maior empregador nessa área;

4. Integração do trabalho médico no mercado de trabalho assalariado, com o conseqüente declínio da prática médica liberal;
5. Agregação às funções tradicionais da escola médica de uma nova função – o serviço à comunidade;
6. Proposta de ampliação da cobertura dos serviços médicos com base no cuidado primário (rompendo, na comunidade, a cadeia epidemiológica, para evitar a configuração da doença);
7. Definição do Hospital Universitário como centro básico de um sistema hierarquizado de saúde.

Finalmente, o relatório da pesquisa ressalta que, entre a proposta racionalizadora da ideologia preventivista definida internacionalmente e o discurso do MEC, que acabava por incorporar tal proposta, existiam diferenças importantes decorrentes da evolução específica do sistema de prestação de serviços médicos do país na época. Se no Modelo Racionalizador de Medicina Preventiva, definido internacionalmente, os níveis de atenção médica se traduziam num desenho piramidal, nos documentos do MEC, da época, assumiam um desenho circular, no qual o centro correspondia ao complexo médico hospitalar universitário/INPS e a periferia à rede regional e local de serviços, constituída por hospitais menores e Unidades de Saúde.

Por causa dessa situação e devido ao peso e gigantismo do “centro”, ameaçava-se, na época, distorcer a própria proposta de extensão da cobertura dos serviços médicos, na medida em que se trasladava o componente curativo e assistencial da estrutura do complexo hospitalar para a “periferia” do sistema.

Assim sendo, as concepções preventivistas, especificamente o cuidado primário, ao invés de se constituírem nas bases da extensão do cuidado médico, diluíam-se em formas tradicionais de racionalização ou de extensão, a baixo custo, da medicina curativa. E a prática comunitária, definida como a articulação do Hospital Universitário com a rede oficial de serviços, constituía-se e realizava-se apenas em nível administrativo, sem modificar o conteúdo assistencial da prestação de serviços.

Será que, 30 anos após a publicação do relatório para a FINEP dessa primeira Investigação Nacional sobre o Ensino da Medicina Preventiva no Brasil, poderíamos erguer a pirâmide invertida, que tentava traduzir a realidade da época e que concluía que a situação predominante era que os Departamentos de Medicina Preventiva se encontravam em nível de baixa realização da proposta do movimento preventivista? Ou será que se conseguiu superar o dilema preventivista com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a criação do SUS e a promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina?

*Duas Faculdades não foram consideradas, a PUC de Campinas e a Faculdade de Medicina da UFPR

FIGURA 1 — Distribuição numérica dos Departamentos de Medicina Preventiva*, segundo o eixo de construção teórica e de realização prática, 1976.

Os professores da área de Saúde Coletiva da UEL estabeleceram, ao longo do tempo, um consenso em relação à sua contribuição para o processo de transformação das instituições de ensino e de atenção à saúde, visando à construção de um sistema social mais justo e inclusivo, através de mudanças nas formas de organização, nas práticas e resultados das mesmas.

Desde 1998, no novo currículo integrado do Curso de Medicina, os docentes do Departamento de Saúde Coletiva passaram a atuar mais intensamente em quatro módulos que, somados, representam 5% da carga horária total do curso:

- ▶ **Práticas de Interação Ensino, Serviço e Comunidade I (6PIN100):** módulo desenvolvido ao longo da primeira série do curso, com o objetivo de que os estudantes vivenciem diferentes práticas do cuidado em saúde com os pacientes cadastrados nas dez Unidades Básicas de Saúde selecionadas, com base na observação das condições de vida da população do território, no enfoque da Saúde da Família e com a construção de parcerias que respondam às necessidades de saúde dos usuários. O esquema abaixo procura sintetizar os objetivos das atividades previstas no Módulo PIN1 da 1ª série do curso, incluído no Manual do Estudante (UEL, 2007a).

Fonte: Turini, 2007.

FIGURA 2 — Mapa conceitual do PIN1.

► **Práticas de Interação Ensino, Serviço e Comunidade II**

(6PIN200): módulo desenvolvido ao longo da segunda série do curso, que tem por objetivo conhecer o sistema local de saúde e as atividades em primeiro nível de atenção no município de Londrina, avaliando o desenvolvimento de uma das ações programáticas da Unidade Básica de Saúde (UEL, 2007b). As metas do PIN2 estão representadas na figura que se segue:

Fonte: Turini, 2007.

FIGURA 3 — Mapa conceitual do PIN2.

- ▶ **Abrangência das Ações de Saúde (6MOD106):** módulo de quatro semanas que encerra a primeira série dos estudantes do curso e tem por objetivo conhecer as relações entre a saúde e a organização social, as disposições legais que orientam o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), analisar as contribuições da Epidemiologia para a compreensão dos processos da saúde e da doença, além de reconhecer as modalidades e condicionantes que existem na organização da atenção à saúde (UEL, 2007c).

- ▶ **Doenças Resultantes da Agressão ao Meio Ambiente (6MOD201):** módulo de quatro semanas, que inicia a segunda série do curso e tem por objetivo capacitar o estudante a reconhecer o impacto de alterações ecológicas, diretas ou indiretas, sobre a saúde humana, decorrentes da interação entre os grupos sociais e destes com a natureza (UEL, 2007d).

No Internato Médico, que se desenvolve em dois anos, com 24 meses de duração a partir da 5ª série, não existe uma atuação específica dos docentes da Saúde Coletiva como preceptores em nenhum dos 35 estágios supervisionados. No entanto, outras práticas de Saúde Coletiva são realizadas nessa importante fase de formação dos estudantes, mesmo sem a participação dos docentes do Departamento de Saúde Coletiva.

Em síntese, a análise do percurso histórico e da atual configuração da Saúde Coletiva no curso de medicina da UEL reflete o seu paralelismo com o movimento da Reforma Sanitária no Brasil, vinculado aos esforços de ajustamento do movimento da educação médica brasileira e mundial.

4.1.3 As Vozes dos Protagonistas da UEL

Eixo de Análise I — Interpretação da Saúde Coletiva

**1ª CATEGORIA ANALÍTICA:
OBJETIVOS DA SAÚDE COLETIVA NA UEL**

**2ª CATEGORIA ANALÍTICA:
ÊNFASES DA SAÚDE COLETIVA NA UEL**

**3ª CATEGORIA ANALÍTICA:
ESTRATÉGIAS DA SAÚDE COLETIVA NA UEL**

O primeiro eixo de análise a partir do currículo relatado pelos entrevistados foi o da *Configuração da Saúde Coletiva*, que se traduziu em três categorias analíticas: a primeira que são os OBJETIVOS, a segunda denominada de ÊNFASES, representando os conteúdos curriculares e a terceira chamada de ESTRATÉGIAS, onde se procurou identificar o que é predominante na organização das atividades didáticas dos módulos de Saúde Coletiva, como também as atividades práticas desenvolvidas, os instrumentos de avaliação e os recursos pedagógicos utilizados.

▣ 1ª CATEGORIA ANALÍTICA: OBJETIVOS DA SAÚDE COLETIVA NA UEL

Com base nos objetivos incorporados pelos módulos de Saúde Coletiva já descritos no item anterior, outras considerações podem ser tecidas para além da análise documental do programa da UEL.

Como foi dito, a partir de 1998, os docentes do Departamento de Saúde Coletiva passaram a ter uma atuação mais específica na graduação em Medicina nos seguintes Módulos Temáticos Interdisciplinares: Abrangência das Ações de Saúde e Práticas de Interação Ensino, Serviço e Comunidade I – PIN1, que são módulos da 1ª série do curso, sendo um transversal, com duração de quatro semanas, e outro longitudinal, desenvolvido ao longo do primeiro ano.

Essa atuação se prolonga na 2ª série através dos módulos Doenças Resultantes da Agressão ao Meio Ambiente e Práticas de Interação

Ensino, Serviço e Comunidade II — PIN2, sendo o primeiro também transversal, com quatro semanas de duração, e o outro longitudinal, realizado ao longo do segundo ano.

A visão que tem um professor entrevistado dos objetivos dos Módulos de Saúde Coletiva se aproxima muito do currículo prescrito, estabelecido no projeto pedagógico do curso:

Os objetivos fundamentais dos módulos de Saúde Coletiva do ponto de vista da formação geral do médico. É difícil dizer o principal objetivo, mas eu diria que o Módulo de Abrangência tem o objetivo principal de apresentar o SUS para eles, numa primeira aproximação do SUS. O SUS se organiza deste jeito, isto está acoplado com o Módulo PIN1, onde o estudante tem a oportunidade de ter alguma vivência nesta UBS no seu território. O Módulo PIN2 pretende aprofundar essa visão do SUS. Portanto, a partir das discussões em sala de aula, ele tem oportunidade de fazer pesquisa num território, entrar em contato com o agente comunitário de saúde, a coordenadora da UBS, as enfermeiras e outros profissionais da Unidade. Eu acho que é uma segunda aproximação, onde ele vai ver quais são as possibilidades do trabalho médico dentro da equipe de saúde de uma UBS em Londrina, que é muito semelhante ao resto dos outros locais do Brasil, pelo menos da Região Sul. (PUEL1)

No entanto, o que se observa pelo relato de outros entrevistados é que nem todos pensam assim. Alguns professores apresentam uma visão mais crítica em relação aos objetivos desses quatro módulos.

O atual módulo PIN1 já existia antes do currículo integrado sob a forma do Projeto Especial de Ensino — PEEPIN (Ito, 1997), e era desenvolvido inicialmente em caráter multiprofissional, com a participação dos estudantes dos cinco cursos lotados no Centro de Ciências da Saúde da UEL.

Ele apresentou, em 2007, a sua 15ª oferta como uma das atividades acadêmicas do curso, depois das revisões dos projetos pedagógicos dos cursos determinadas pela reitoria da UEL em função das orientações estabelecidas pelas diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde.

Apenas o Curso de Enfermagem, além do de Medicina, institucionalizou o PEEPIN como um módulo curricular. Os outros três cursos, Odontologia, Fisioterapia e Farmácia fizeram opções pedagógicas diferentes e não mais continuaram participando dessa atividade acadêmica do PEEPIN. Este fato foi, para muitos, uma sinalização de recuo na implementação e sustentabilidade dos novos modelos pedagógicos no Centro de Ciências da Saúde da UEL.

Abaixo, a opinião de outro professor, que reuniu o seu grupo de planejamento (formado por professores do Departamento de Saúde Coletiva e de outros departamentos relacionados com a temática do módulo) para reavaliar a proposta ofertada inicialmente e expressa no projeto pedagógico do curso, tomando como base as avaliações sistemáticas realizadas durante a execução do módulo:

Desde o final de 2006 assumi a coordenação do módulo e a estratégia didático-pedagógica principal que eu tenho trabalhado para o desenvolvimento do módulo, que neste ano de 2007, tem a intencionalidade maior de tentar dar mais significado a todo esse esforço que a gente faz da inserção do aluno nas práticas de Atenção Básica. A reestruturação feita foi no sentido de atender ao que eles queriam, ou seja, mais prática, eles queriam [por a mão na massa], então vão por a mão na massa, mas dentro da Atenção Básica.

Vamos ver se neste novo formato a gente consegue fazer com que eles pelo menos mudem um pouco esse conceito que têm do módulo, como sendo um módulo totalmente descartável no seu processo de formação. (PUEL4)

O depoimento revela a inquietação do professor face à tensão que se repete todos os anos: por um lado a intenção de aproximar o aluno da realidade do SUS, inserindo-o mais cedo no cenário da prática de atenção básica; por outro, a resistência dos estudantes que se reflete em uma avaliação negativa.

As tentativas feitas pelos professores que assumiram a responsabilidade de re-planejar e aprimorar os módulos, a partir dos “nós críticos” apontados pelos estudantes nas avaliações, não têm obtido sucesso.

O que os estudantes seguidamente transmitem aos professores é um sentimento de pouca confiança na seriedade dos módulos. Um dos alunos contou no grupo focal: *Ah, o PIN I, isso aí é enrolação, diziam para nós os colegas do segundo ano (EUCL3).*

Parece que a dificuldade dos alunos na apreensão das metas esta vinculada à descrença da Atenção Básica como prioridade na formação médica, uma “seiva” no currículo, como dizem as professoras enfermeiras.

Percebe-se um grande investimento dos professores para que os estudantes se apropriem de outros valores importantes na área da saúde e apontados hoje, dentro da realidade de consolidação do SUS e das Diretrizes Curriculares Nacionais, como ainda mais imprescindíveis para a boa formação

geral do médico. Exemplos desses valores são a humanização do atendimento, a questão do vínculo com o paciente, o conhecimento dos determinantes do processo saúde-doença, a consciência da realidade social dos pacientes e o respeito a eles na sua condição de cidadão, todos eles são objetivos explícitos do Módulo PIN1. Sobre este esforço, diz um dos professores entrevistados:

A gente já tentou que eles descobrissem “isso”, e eles não descobrem o suficiente, a gente já tentou fazer isso em situação de epidemia e, ao mesmo tempo, tentar ver se os serviços também, com uma coisa mais concreta, acolhem melhor esse estudante no sentido de dar a ele uma maior direcionalidade. (PUEL4)

Para que a execução do Módulo PIN1 tenha bom êxito, é necessário que haja uma boa relação com as equipes de saúde nas dez UBSs dos serviços de saúde onde os estudantes irão atuar por um ano. No entanto, o que se percebe é certo esgarçamento na relação com os serviços, porque, no dia-a-dia, é difícil integrar qualitativamente o estudante na rotina da UBS. O depoimento a seguir é revelador dessa situação:

Algumas Unidades que tinham preparado atividades para os estudantes foram deixando-as de lado. Pra gente trabalhar um acolhimento melhor, porque nós dependemos dos serviços para o êxito do módulo em 50% no mínimo. Acho que por mais esforço que a gente faça você chega lá, não tem informação, não tem o cadastro de endereços, não tem quem vai com os estudantes para a rua fazer os passeios ambientais, conhecer a comunidade, a gente fica de mãos atadas. Então, nós fizemos várias reuniões com eles para ver como a gente poderia motivar as coordenadoras num movimento de superação das difíceis condições de trabalho delas, da mudança do Secretário Municipal de Saúde, do esfacelamento da Saúde da Família. Fizemos a reunião com a equipe do Departamento de Assistência à Saúde — DAS da Prefeitura, para discutir tudo isso e fomos nos aproximando. (PUEL4)

Outra iniciativa de integração dos módulos do currículo do Curso de Medicina visando a uma melhor definição de objetivos foi uma atividade de planejamento conjunto dos PINs (PIN 1, PIN 2, PIN 3 e PIN 4), que procurou responder como essa integração poderia se dar mais verticalmente entre os módulos PINs, e mais horizontalmente entre os outros módulos do Curso de Medicina.

Além disso, foi realizada, no ano de 2007, uma revisão dos mapas conceituais de cada módulo, que contou com a assessoria pedagógica da Profa. Léa Anastasiou procurando avançar em relação às antigas árvores temáticas utilizadas no planejamento dos módulos. A figura abaixo ilustra essa reformulação:

Fonte: Turini, 2007.

FIGURA 4 — Mapas conceituais dos PINs.

Existe um consenso entre os professores entrevistados de que a Saúde Coletiva, enquanto área de conhecimento dentro do currículo do Curso de Medicina, não deveria ficar restrita apenas a esses quatro módulos (dois transversais e dois longitudinais) ou apenas aos PINs, mesmo que os módulos da terceira e quarta séries não estejam sob a responsabilidade operacional do Departamento de Saúde Coletiva, mas de Clínica Médica.

No entanto, o que acabou acontecendo depois de efetivamente implantadas as seis séries do novo currículo integrado do curso, por falta de disponibilidade de carga horária docente do Departamento, entre outros motivos, a atuação da Saúde Coletiva acabou se concentrando nesses quatro módulos. Isto gerou certa frustração em relação à proposta pedagógica originalmente elaborada, que previa uma atuação ao longo do curso, de uma forma mais articulada com as outras áreas de conhecimento médico afins, nos respectivos módulos temáticos.

Essa situação apareceu em uma das entrevistas da seguinte forma:

No começo, eu sei que alguns de nós tentamos influenciar nos grupos de planejamento dos módulos, seja no Módulo de Saúde da Criança, a gente tentou também participar de outros módulos, como na Saúde da Mulher, se fez alguma coisa no Módulo de Doenças Mentais, com este objetivo, mais de levar o nosso olhar da Saúde Coletiva para estas áreas de estudo, mas em geral, nós não fomos muito bem ouvidos nesses módulos. Os professores estão muito preocupados com os seus conteúdos específicos de doenças nessas áreas e com os aspectos clínicos dessas doenças e menos com as questões epidemiológicas e de Saúde Coletiva. Então, nós não tivemos muito êxito em participar nesses outros módulos, e hoje eu vejo como uma dificuldade nossa, o fato de nós estarmos participando de uma forma meio restrita. Eu acho que a gente deveria ter uma inserção maior nos módulos temáticos. Nós módulos

PINs eu acho que nós temos uma boa inserção no primeiro e segundo ano, no terceiro ano também tem uma atividade de acompanhar o atendimento clínico de profissionais na rede básica de serviços de saúde, e eu acho que é onde se discutem grandes síndromes e como é que o profissional da rede básica deve conduzir a investigação diagnóstica, e o controle e o acompanhamento de doenças e como ele deve ficar alerta e detectar necessidades de encaminhamento para especialistas. Eu acho que haveria uma grande necessidade do nosso olhar mais de longe. Eu não estou participando do PIN 3, mas a impressão que eu tenho é que isso esteja sendo discutido a nível de PIN 3. Já o PIN 4, eu acho que está muito fracionado em pequenas clínicas especializadas e o estudante, não sei se ele consegue fazer uma boa relação para entender a linkagem com o sistema de saúde em geral atuando nessas clínicas especializadas sem uma discussão mais geral sobre o sistema de saúde, porque que esse paciente, com essa necessidade de especialidades está aqui? Como ele pode ser devolvido para a rede básica? Como pode ser ofertado o atendimento especializado? Acho que não há uma discussão sobre a trajetória desse paciente no sistema de saúde que eu acho que é uma falha nossa. Eu acho que a grande falha nossa é nós não estarmos ofertando atualmente atividades clínicas a nível de rede básica ou atenção secundária no Internato e nem de vigilância epidemiológica ou sanitária ou de planejamento, sistema de informação, nem nada disso durante o Internato. Eu acho que é um déficit do nosso curso. (PUCEL2)

Observa-se que, nos dois módulos transversais, onde existe uma maior concentração temática da área de Saúde Coletiva, os problemas selecionados têm gerado uma boa motivação nos estudantes para buscar o conhecimento e trazer para a discussão dos objetivos de aprendizagem estabelecidos nos grupos tutoriais.

Quando eles trazem os resultados dos estudos nós ficamos muito satisfeitas em ver a capacidade desses estudantes de relacionarem, fazer essa integração entre as ciências básicas com a clínica médica na área da saúde. Eles estão entendendo a questão do papel da Saúde Coletiva. Eu acho que no 1º e 2º ano está muito interessante. (PUCEL2)

No entanto, em relação às outras séries do curso, isso não acontece, como relata a professora entrevistada, que sugere uma modificação do arranjo na discussão dos problemas nos grupos tutoriais e no rígido cumprimento dos chamados sete passos (Barrows, 1988), a saber:

1. Ler atentamente o problema e esclarecer os termos desconhecidos;
2. Identificar as questões (problemas) propostas pelo enunciado;
3. Oferecer explicações para estas questões com base no conhecimento prévio que o grupo tenha sobre o assunto (formulação de hipóteses);
4. Resumir estas explicações;
5. Estabelecer objetivos de aprendizado que levem o estudante à comprovação, ao aprofundamento e complementação das explicações;
6. Estudo individual respeitando os objetivos estabelecidos;
7. Rediscussão no grupo tutorial dos avanços de conhecimento obtidos pelo grupo.

Observe-se o que a mesma professora entrevista comenta sobre o desenvolvimento das atividades do grupo tutorial, respeitando rigorosamente esta dinâmica dos sete passos:

Eu achava para os nossos problemas dos módulos temáticos do 3º e 4º ano, que eles deveriam ter outro formato, a gente deveria num primeiro momento apenas dar as noções básicas, o paciente chegou ao serviço com uma dor desse ou daquele jeito, aí eles teriam que estar discutindo o que pode significar essa dor, o que eu devo investigar mais, para eles fazerem perguntas ao tutor durante o tutorial de abertura do problema, por exemplo, se eu fizer um hemograma, aí o tutor mostraria, o hemograma deu isso, e eles então discutirem entre eles, naquele momento, eu acho que no 3º e 4º ano eles já têm essa capacidade. O que significa este perfil de hemograma com essa queixa? Se eles pedirem mais outro exame diagnóstico e depois em cima disso identificarem a doença e não logo de cara, ao ler o problema inteiro, em geral já estão todos os dados necessários para o diagnóstico, eles fazerem a discussão, tipo uma discussão clínica e problemática junto, eu acho que ficaria mais interessante a abertura do tutorial e eles talvez levantassem outros diagnósticos preferenciais. (PUEL2)

No método da Aprendizagem Baseada em Problemas trabalha-se com o objetivo de resolver um problema e, nesse sentido, é um processo muito parecido com a metodologia de pesquisa científica. O método guarda a mesma lógica: a partir de um problema, busca-se compreendê-lo, fundamentá-lo e analisá-lo. São elaboradas hipóteses de solução, que devem ser comprovadas e validadas, estimulando o raciocínio, as habilidades intelectuais e a aquisição de conhecimentos (Almeida, 2005).

No entanto, depois de dez anos de uma prática pedagógica mais centrada no estudante e em pequenos grupos de oito alunos, sugere-se a superação de algumas verdades que foram importantes de serem assumidas numa fase inicial, mas que a cada dia vão se transformando em obstáculos para o avanço da proposta pedagógica, que tem sido considerada como uma metodologia adequada para o aprendizado de adultos (Mennin, 2002).

Acredita-se que o Curso de Medicina da UEL, ao optar por esse modelo pedagógico em 1998, deu um passo importante em direção a uma prática que tem possibilitado maior satisfação e prazer aos estudantes na árdua tarefa de aprender, maior solidez cognitiva e melhor desenvolvimento das habilidades necessárias ao bom desempenho profissional. Tenta-se, desta forma, contribuir para formar um profissional mais adequado ao mercado de trabalho e às expectativas da população, mas é preciso continuar à frente do seu tempo e investir sempre no aprimoramento contínuo do curso de uma forma mais flexível e criativa, e menos rígida (Moust et al., 2005).

❑ 2ª CATEGORIA ANALÍTICA: ÊNFASES DA SAÚDE COLETIVA NA UEL

Nesta categoria, a proposta é analisar como e em quais momentos os conteúdos e as práticas da área de Saúde Coletiva são enfatizados no currículo do Curso de Medicina efetivamente executado, bem como a carga horária destinada a essas atividades. A intenção é mapear como se dá a atuação dos professores e estudantes na dialética das relações entre a teoria e a prática de ensino, lembrando que o curso adota um modelo curricular caracterizado como centrado no estudante.

Na visão de um dos gestores do curso:

A ênfase da Saúde Coletiva se dá nas Ciências Sociais e Saúde, Epidemiologia e Políticas de Saúde. Pensando melhor será que a Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, enfim as vigilâncias também. Porque tem os módulos ali de Doenças do Meio Ambiente que têm conteúdos disso, nosso módulo lá de Abrangências, acho que dá pra dizer alguma coisa, tem os PINs, eles trabalham mais as políticas, a Epidemiologia e as Ciências Sociais e Saúde. Pelo menos o PIN 1 e PIN 2. O PIN 3 também, mesmo sem docentes da Saúde Coletiva, mas ele discute organização de Medicina e Saúde, as práticas clínicas que os alunos estão vivendo no ambulatório das Unidades Básicas da periferia, mas ele, ao discutir isso, discute de uma forma articulada, os docentes que estão envolvidos têm essa visão, eu acho que é por aí. (GUEL1)

Em termos percentuais, a carga horária curricular do curso, segundo as atividades pedagógicas existentes por série, está descrita na Tabela 2.

TABELA 2 – Números absolutos e percentuais da carga horária curricular do Curso de Medicina da UEL, segundo atividades pedagógicas existentes e séries, 2005.

SÉRIE	TEÓRICA		PRÁTICA		TUTORIAL		ESTUDO ORIENTADO		AVALIAÇÃO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1ª	120	10,0	420	34,9	264	21,9	361	30,0	39	3,2	1204	100,0
2ª	164	14,0	380	31,3	248	20,5	384	31,7	36	2,5	1212	100,0
3ª	185	16,1	332	28,1	248	21,0	390	33,0	27	1,8	1182	100,0
4ª	136	12,3	382	33,0	232	20,1	382	33,0	24	1,5	1156	100,0
SUB-TOTAL	605	12,7	1514	32,1	992	20,8	1517	31,9	126	2,6	4754	100,0
5ª	269	15,2	1505	84,8	0	–	0	–	0	–	1774	100,0
6ª	225	13,0	1493	86,9	0	–	0	–	0	–	1718	100,0
SUB-TOTAL	494	14,1	2998	85,9	0	–	0	–	0	–	3492	100,0
TOTAL	1099	13,3	4512	54,7	992	12,0	1517	18,4	126	1,5	82,46	100,0

Fonte: Resolução CEPE N° 22/2005

Observa-se que, oficialmente, o percentual das atividades práticas do curso, da primeira à quarta série, é 32%, enquanto o Internato Médico ocupa 86% da sua carga horária, o que dá uma média total para o curso, de 55%. Na área de Saúde Coletiva, a distribuição da carga horária, especificamente programada para o ano de 2007 em cada um dos espaços de ensino-aprendizagem, relatada pelo Coordenador do Colegiado de Curso é: *nas práticas em serviços de Atenção Básica 30%, nas práticas em serviços na comunidade 20%, nos grupos tutoriais 15%, estudo orientado 25%, em palestras 5% e na avaliação 5%.* (GUEL1).

A visão global traduzida pelos números deixa evidente o caráter pouco convencional do curso. Quem se detém para examinar a construção do currículo não vê disciplinas, vê módulos interdisciplinares, vê a carga horária distribuída em atividades teóricas e práticas, mais concentradamente práticas desde a primeira série, com uma ênfase muito maior no Internato, uma conformação didática estranha aos currículos tradicionais. No caso da UEL, o Estudo Orientado concentra a maior carga horária de todos os módulos da primeira à quarta série, os quais, se somados às tutorias, representam aproximadamente 52,7% do total de 4.754 horas.

No novo currículo do curso, o grau de integração entre o básico e o clínico atingiu um nível alto com a mesclagem das antigas disciplinas, traduzidas agora nos módulos interdisciplinares, apesar de continuar existindo o Centro de Ciências Biológicas separado, inclusive

fisicamente, do Centro de Ciências da Saúde, que fica ligado ao Hospital Universitário da UEL e fora do campus, como comenta outro gestor:

A gente percebe nos módulos em que eu tenho uma vivência assim um pouquinho maior, que o pessoal de fato viveu um movimento que foi muito mais do Básico do que do Clínico, de se aproximar os conteúdos, de se integrarem de fato a esse movimento que os módulos têm feito. Então, eu não sei se é o máximo que pode ser atingido, mas eu acho que é um nível ótimo, vamos dizer assim. Um nível acima do que eu esperaria que fosse possível de ter ocorrido. (GUEL2)

Cada módulo, dependendo dos objetivos de aprendizagem a serem alcançados e do grau de integração que exista com as outras áreas de conhecimento, é capaz de facilitar ao estudante o desenvolvimento do seu próprio método de estudo, orientando-o a selecionar criticamente os recursos educacionais mais adequados, trabalhar em equipe e aprender a aprender.

Sobre este aspecto do currículo, relata-nos um professor entrevistado:

O interessante nessa estrutura curricular é bem “isso”, têm os momentos em que você pode mais, ele permite essa flexibilização, e ao mesmo tempo ele permite a integração entre os módulos. Para você ter esses níveis de complexidade, poder ter a interdisciplinaridade, então depende do que você quer. Eu acho que esse currículo tem de tudo, apesar de ainda não estar como a gente gostaria. (PUEL3)

O Módulo do PIN1 é mais voltado para a comunidade: a questão do cuidado, que não é só diagnóstico, tratamento, prescrição e medicamentos, o cuidado centrado no sujeito, na relação com o território, como um espaço de vida e saúde de determinada população; envolve a

questão da humanização do atendimento, da rede de cuidados, da intersectorialidade, que é o trabalho com os outros equipamentos sociais existentes no território, com uma escola ou com uma Organização Não Governamental (ONG), por exemplo. Contempla a discussão sobre a equipe de Saúde da Família no contexto da Atenção Básica, para que o estudante consiga entendê-lo em relação à prática médica, e ter uma visão mais ampla de saúde.

A opinião de um estudante entrevistado reforça muito a ênfase que se tem procurado dar às atividades práticas da Saúde Coletiva no Curso de Medicina da UEL:

Foi muito importante mesmo estar lá na comunidade, eu acho que, dos 100% que eu aprendi, foi 70% estando lá e uns 30% no módulo, lendo, discutindo, e não pode deixar nenhuma das duas partes faltando. Poderia talvez ser mais trabalhada a parte de materiais escritos, mas com discussão, e ir vendo também lá na prática. Mas, para mim, foi mais ou menos essa a porcentagem de como eu aprendi Saúde Coletiva, porque o resto é estando lá na prática e vendo. (EUEL3)

Uma docente entrevistada, que atua no PIN1 há muito tempo, analisa que a ênfase dos conteúdos de Saúde Coletiva deu-se especialmente a partir de 2007, quando o processo de planejamento passou a ser feito com base nas necessidades das comunidades e dos serviços de saúde, ficando mais centrado nessas demandas. Diz ela:

Eu acho que os conteúdos de Saúde Coletiva estão definidos, programaticamente. Agora, o que a gente discutiu muito é que tem um programa a ser cumprido, agora não precisa necessariamente ser em etapas, rigidamente, porque podem aparecer situações, por

exemplo, que vão envolver conteúdo da Unidade 3, ou uma discussão de Saúde da Família que esta lá na Unidade 4, ou a questão de formação de vínculo. Formalmente, o programa está desenhado, tem um rumo que a gente quer chegar que é igual para todo mundo que é o paciente hipertenso. Agora, as características vão variar dependendo da situação de cada Unidade e de cada território. (PUEL4)

Em todos os módulos do curso existe um manual específico com orientações para os estudantes e detalhamento da programação a ser desenvolvida. O manual é uma forma dos professores acompanharem a aprendizagem dos estudantes no que diz respeito aos conceitos previstos. Ao mesmo tempo em que o módulo tem uma direcionalidade, não se quer que ele fique enrijecido (UEL, 2007a).

Uma das professoras entrevistadas relata:

... esse dia é para isso, esse dia é para aquilo, eu tenho uma programação até porque os alunos gostam de ter uma programação, gostam de ver um calendário, minimamente está dado. Agora, o desafio é fazer com que a coisa transcenda isso aí no sentido de atender as expectativas dos pacientes, eles vão encontrar na Unidade uma situação que não é só hipertenso. Tem o diabético que também é hipertenso, eles vão ter que lidar com isso. Eles vão encontrar paciente que é hipertensa e mora sozinha. Tem hipertenso que é arrimo de família, tem aquele que não é, tem hipertenso jovem. Eles vão ter que trabalhar essas diferentes situações de acordo com o contexto que estiver presente naquela Unidade onde eles estão inseridos. (PUEL4)

Os depoimentos de PUEL4 são particularmente interessantes porque retratam a dinâmica entre o instituído e o vivido (o programa a ser cumprido e a relativização da rigidez curricular em função das situações reais de cada Unidade ou território). De qualquer forma, a flexibilidade do programa

parece fazer sentido (e por isso se legitimar) em face do perfil do médico que se quer formar. Em outras palavras, a ênfase dos conteúdos e as práticas de Saúde Coletiva estão fincadas não só no cumprimento de um programa estabelecido a priori, mas no compromisso com o princípio da formação médica, o que explica a orientação para o fazer pedagógico. Sobre esse princípio, uma professora diz:

...essa questão toda de que o médico precisa conhecer o sistema de saúde, as políticas de saúde do país, ele tem que saber, essa coisa toda que está no perfil do estudante, eu acho que dentro desses módulos a gente consegue contemplar muito bem na primeira e na segunda séries do curso essas práticas e conteúdos. O nosso problema da Saúde Coletiva na UEL é porque depois a gente não conseguiu avançar para o restante do curso. Então, a gente tenta corrigir essa nossa deficiência centrando tudo na 1ª e 2ª séries de tudo aquilo que a gente acha que é importante da Saúde Coletiva na formação geral do médico e aí a gente acaba aprofundando demais nas duas primeiras séries e não tem uma participação efetiva e adequada nas outras séries. Eu acho que a gente tinha que ter uma participação mais homogênea da 1ª. à 6ª série. (PUeL3)

A preocupação com a formação mais ampla do médico é compartilhada também pelos estudantes, conforme se pode constatar no seguinte depoimento feito por um dos internos:

...ter alguma coisa específica de Saúde Coletiva no Internato, a gente não tem. Acho que é mais dos estudos mesmo, porque a gente estuda muito Saúde Coletiva lendo artigo adoidado. A gente lê muito artigo, mas alguma coisa específica da Saúde Coletiva pra gente fazer no Internato a gente não tem. Acho que os quatro primeiros anos são muito bem dados. Nesse aspecto, a GO trabalha melhor, porque a gente tem a parte patológica aqui no HU e os casos menos graves na Maternidade Municipal de Londrina, que é outro campo onde a gente atua. Acho importante a gente tentar o Hospital da Zona Sul e o Hospital da Zona Norte, porque a gente recebe muitos pacientes deles. E a gente sabe que geralmente quem está trabalhando lá são nossos ex-colegas daqui da UEL, então é um

campo que talvez a gente devesse também atuar. Seria interessante, não precisaria ser um estágio inteiro lá, mas alguns dias lá só para conhecer e tal, abriria um novo campo de trabalho. Seriam dois hospitais secundários que é uma coisa que a gente não tem no curso. A gente só atua no nível primário e no terciário, acho que a gente pula o secundário. Para mim, seriam dois campos interessantíssimos, para a nossa formação médica. (EUEL4)

Para contemplar essa demanda, uma das práticas desenvolvidas no Módulo de Abrangência das Ações de Saúde (UEL, 2007c), no final da primeira série, oportuniza a visita a vários serviços de saúde existentes em Londrina, tais como as mencionadas por um dos docentes entrevistados que claramente assume a mesma postura que os depoentes anteriores:

...a Biblioteca Virtual Comunitária no Jardim Franciscato, o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR), o Núcleo de Informações de Mortalidade (NIM), o Instituto Médico Legal (IML), a Policlínica Ana Ito, o Pronto Atendimento Municipal de Adultos (PAM), o Pronto Atendimento Municipal Infantil (PAI), o Hospital da Zona Norte e a Cooperativa de Trabalho Médico (UNIMED). Essa é uma das atividades desenvolvidas, onde se busca a formação de um profissional mais reflexivo a partir da prática dos serviços sejam eles públicos ou privados. (PUEL1)

Quanto ao PIN2, a ênfase dos conteúdos e da prática é no sentido daquilo que o médico pode e deve fazer numa Unidade Básica de Saúde, já conhecendo o SUS: qual é o papel do médico na equipe de saúde, o que ele pode fazer, até aonde vão os seus limites, as suas possibilidades. A ênfase é a Saúde da Família no módulo existe porque este cenário está dentro de Unidades de Saúde da Família.

Quanto à sequência de atividades do módulo, comenta o mesmo professor:

...eu diria que [elas são organizadas segundo as necessidades sentidas pelos estudantes ao lidarem com os problemas trazidos pelos pacientes ou vivenciados na comunidade]. No entanto, isto é uma imagem objetiva, porque os conteúdos previstos são parcialmente estruturados não para cobrir todo o programa proposto e demonstrar todas as técnicas e procedimentos pertinentes. Ela é definida pela seleção de situações vivenciadas com pacientes ou com a comunidade, que melhor exemplifiquem os conteúdos programados e está mais próxima da nossa realidade. (PUEL1)

No entanto, a preocupação dos estudantes em relação às ênfases dos conteúdos de Saúde Coletiva ainda continua muito vinculada ao concurso de residência médica, uma situação prevista para depois da formatura. O relato de um interno ilustra esse enfoque:

O aluno pensa na prova de Residência para estudar Saúde Coletiva, mas e aí? E a importância disso lá na frente? Só mudando o enfoque. Até é uma crítica aos alunos que vão para o Programa de Saúde da Família, porque ganha dinheiro. Pensam em juntar um montante para depois ir fazer a sua especialidade. Essa mentalidade tem que mudar dentro dos quatro primeiros anos do curso, ela poderia ser mais bem trabalhada para se tentar mudar isso. Porque no Internato aqui, a exigência que se tem do aluno, é de estar lá no hospital o dobro de horas que deveria ser, aí não tem mais como mudar isso. (EUEL3)

Os estudantes das séries iniciais ainda guardam alguma esperança de que o ensino de Saúde Coletiva possa ser aprimorado no Curso de Medicina da UEL futuramente, como opina uma de suas representantes:

Eu acho que depende de como essa carga horária de Saúde Coletiva fosse levada. Eu acredito, não sei se é uma visão talvez idealista minha, que se fosse uma Saúde Coletiva que viesse problematizar, que viesse fazer a gente entender por que ela é importante, não só porque tem questão na prova de Residência, mas porque a nossa prática médica tem que ter um olhar de Saúde Coletiva, senão é simples preenchimento de receita. Eu acredito que assim surtiria efeito. (EUEL2)

Embora as matrizes curriculares não favoreçam a visualização do currículo integrado horizontal e verticalmente, esse é um postulado assumido pelo programa e cuja execução constitui-se como um desafio para a gestão do curso.

Oliveira e Koifman (2004), no livro *Educação Médica em Transformação*, desenvolvem um capítulo muito interessante intitulado *Integralidade do Currículo de Medicina: Inovar/Transformar, um desafio para o Processo de Formação*, que tem muito a ver com a história recente do Curso de Medicina da UEL.

No caso da UEL, nos anos iniciais depois da modernização curricular empreendida, destacou-se um ânimo ou entusiasmo excessivo na fala de alguns gestores nas metodologias ativas, por isso chamado, durante algum tempo, de currículo *PBL*, porque se deu mais ênfase às metodologias do que à discussão do que é um currículo integrado, o que é integração curricular e o que é integração disciplinar, entre outros aspectos (Almeida, 2007).

No referido capítulo, os autores sintetizam algumas organizações curriculares freqüentemente usadas que, segundo Davini (2004), são: o currículo formal; o currículo por assuntos (ou disciplinas) e o currículo integrado. No caso dos cursos de medicina, os currículos inspirados no Relatório Flexner (1910), tendem a valorizar o ensino centrado nos hospitais como único lócus de práticas, orientado pela busca constante da unicausalidade das doenças e que valoriza o mecanicismo, o biologicismo, o individualismo e a especialização precoce. Tudo isso com a exclusão das práticas alternativas, com ênfase na atenção curativa, orientada ao modelo matemático, onde o conhecer se expressa pela capacidade de quantificação do real por meio de uma linguagem generalizante, mecânica e analítica (Oliveira, 2004).

Se avançarmos na tentativa de compreender melhor as relações entre formação profissional e prática profissional, vamos encontrar muitos elementos que questionam os arranjos de saberes e perspectivas. “A questão do relacionamento entre competência profissional e conhecimento profissional precisa ser virada de cabeça para baixo”, diz Donald Shôn (2000).

Para o autor, precisamos diferenciar o “conhecer na ação” da “reflexão na ação”. O primeiro é mais automático, rotineiro e espontâneo e estaria vinculado ao currículo normativo, que se expressa na dicotomia entre o Ciclo Básico e o Profissional. O segundo emergiria a partir de resultados produzidos pela ação, tendo uma função crítica e produzindo questionamentos dos pressupostos do modelo normativo.

No conjunto das diferentes manifestações dos três agentes: gestores, professores e estudantes, a análise do *corpus* desta pesquisa evidencia tendências típicas sobre o modo como eles lidam com a questão das ênfases do curso.

Os estudantes enfrentam a questão evidenciando a necessidade de compreender a Saúde Coletiva pela relação entre o ideal e o real, o que exige uma mudança de mentalidade para que a Saúde Coletiva não se configure como um capítulo à parte na sua formação. Para eles, a integração curricular do curso parece depender mais do ensino propriamente dito um dos estudantes — EUEL5 — chega a dizer que a qualidade da formação depende do tutor e do fazer do aluno.

Já os gestores, por sua vez, tendem a ver a ênfase a partir da matriz curricular, valorizando mecanismos formativos e institucionais de integração e contando com o apoio da assessoria de uma pedagoga, vêm a possibilidade de planejar ou a necessidade de acompanhamento do que é efetivamente feito.

Os professores preferem discutir os mecanismos de flexibilização dessas ênfases porque não vêem como separar determinados aspectos. Parece que eles convivem mais com o dilema de garantir a execução do módulo em sua especificidade de conteúdos em oposição ao interesse de relacionar o módulo com outros conteúdos considerados importantes para a formação do estudante.

Em síntese, a posição de cada um dos agentes determina certa forma de olhar/valorizar essa ênfase. Para os estudantes as preocupações se dividem entre a formação crítica de uma certa mentalidade do médico e a prova seletiva para a residência médica. Para os gestores prevalece a preocupação com a manutenção do curso cuja qualidade parece depender de constantes medidas institucionais.

Finalmente, para os professores, o que importa é a negociação prática dos programas que garante os conteúdos, mas não prescinde da relação entre eles. É curioso perceber que, de um lado, os estudantes consideram que a atuação do tutor é fundamental (a qualidade depende do professor), e de outro, os professores fazem menções ao diferencial de uma turma interessada (a qualidade depende do aluno).

□ 3ª CATEGORIA ANALÍTICA: ESTRATÉGIAS DA SAÚDE COLETIVA NA UEL

Desvelar as estratégias predominantes das atividades didáticas dos módulos vinculados à Saúde Coletiva, como também os instrumentos de avaliação dos estudantes do programa curricular como um todo, é a proposta de análise desta categoria que visa estudar aspectos do ensino, determinantes na formação do profissional e o modo como são utilizados os recursos pedagógicos no currículo do curso.

Para atender ao modelo curricular proposto para o curso, pelo que se pode constatar nas entrevistas realizadas, existe um esforço grande de planejamento das atividades didáticas previamente à sua execução.

Isso se traduz tanto pelos manuais dos módulos temáticos interdisciplinares, onde se encontram orientações específicas para os professores, como nas informações contidas no Manual Geral do Estudante (UEL, 2007e) e no Manual Geral do Professor/tutor (UEL, 2007f), que procura apoiar o professor para seu contínuo aperfeiçoamento como educador médico.

O objetivo desses manuais é contribuir para que os atores envolvidos nos processos de ensinagem, como sugere Anastasiou (2005), possam compreender melhor o seu papel: em primeiro lugar, nas atividades do grupo tutorial, para que possam uniformizar atitudes de modo a obter o melhor rendimento possível dos pequenos grupos formados nos módulos com

os alunos, incentivando-os ao estudo individual e facilitando seu aprendizado; em segundo lugar, nos módulos multiprofissionais, formados por estudantes de Medicina e Enfermagem como acontece nos PINs 1 e 2, respectivamente, na primeira e segunda série do curso.

Dentro do eixo metodológico definido para o curso, estruturou-se uma proposta de avaliação elaborada pela Comissão de Avaliação (CAVMed) que “é responsável pelo acompanhamento e aprimoramento do sistema de avaliação, compreendendo a avaliação dos processos de ensino-aprendizagem dos estudantes e a avaliação institucional do curso” (UEL, 2003).

A dinâmica dessa avaliação se desenvolve através de vários instrumentos, com um sistema de acompanhamento contínuo por meio do fluxo de dados oriundos da aplicação de alguns formulários onde é registrada a avaliação do estudante pelo professor-tutor, como também a avaliação do tutor pelo estudante, a avaliação de problemas pelo estudante e pelo professor-tutor e avaliação do módulo temático pelo estudante.

A despeito da preocupação em avaliar o processo de ensino-aprendizagem em suas diferentes dimensões, o processamento desses dados e, sobretudo, o aproveitamento deles em prol do curso são bastante complexos o que explica algumas medidas que foram tomadas. A auto-avaliação e a avaliação interpares, atualmente, são realizadas de forma oral ao final do grupo tutorial. O preenchimento do instrumento está suspenso temporariamente, por decisão do Colegiado do Curso, em função da sua

incapacidade de discriminação, porque sistematicamente o corporativismo levava os estudantes a darem a si e aos colegas a pontuação máxima.

A problemática dos instrumentos de avaliação dos módulos de ensino-aprendizagem é assim relatada por uma professora que integra a referida comissão:

O problema maior não é a frequência com que os tutores são avaliados, mas o que se faz com o resultado dessa avaliação. No começo, a Comissão de Avaliação fazia o feedback direto para o tutor. Hoje o próprio tutor pega a avaliação que os estudantes fizeram dele e a recomendação é de que cada um veja como foi o seu desempenho e tente melhorar, discuta com o coordenador do Módulo, enfim é mais um processo. O coordenador, hoje, está muito mais próximo para fazer o feedback ao tutor do que a própria Comissão de Avaliação. Até por conta da mudança da nossa organização de trabalho, mesmo. Nos módulos temáticos a avaliação do desempenho do estudante é baseada na performance deles, no desempenho em cada grupo tutorial, já tem um instrumento para isso e ao final de cada módulo eles fazem uma prova teórica e/ou prática. Aí vai depender da natureza do módulo que se permite ou não ter a prova prática. Essa é a avaliação deles. E nos PINs já é diferenciado, a gente conseguiu, acho que isso é uma coisa legal, o portfólio, por onde a gente faz o acompanhamento do estudante individualmente e é contínuo, então ele tem as duas características tanto a formativa quanto a somativa no PIN. (PUEL3)

Nos módulos de interação ensino, serviço e comunidade, existe um trabalho final de apresentação como uma forma de se avaliar. Pretende-se com isso incentivar os estudantes a escrever um trabalho, divulgá-lo em um evento científico, um produto que é também usado para avaliar o seu desempenho. Assim, a estratégia de avaliação pretende-se formativa, ou seja:

é entendida como uma prática contínua, cujo objetivo é adequar o processo de aprendizagem cognitivo, psicomotor e afetivo, às

necessidades de cada estudante. É individual e está orientada em função dos desempenhos previstos em cada unidade de aprendizagem. Os desempenhos são entendidos como a expressão concreta dos recursos ou saberes que o sujeito articula e mobiliza no enfrentamento de uma situação, portanto, pode ser observado e tomado como objeto de avaliação. (UEL, 2003)

O processo de avaliação acontece durante diferentes momentos do módulo, no caso do PIN1, para que se possa, ao longo do ano, verificar o nível de progresso de cada estudante e, com isto, localizar em tempo hábil os aspectos da aprendizagem que ainda não se efetivaram a fim de se tomar decisões quanto à manutenção ou alteração das estratégias adotadas para a construção dos desempenhos esperados (UEL, 2007a).

No PIN2, ao lado de um processo contínuo de avaliação formativa, desenvolvida em todos os encontros com os estudantes, há dois momentos de avaliação cognitiva com prova escrita, e também a avaliação do resultado de uma pesquisa realizada pelos grupos de estudantes, por meio de um relatório e um pôster apresentado na academia e à Unidade de Saúde.

O depoimento abaixo pode representar a visão dos estudantes sobre esse processo avaliativo:

Eu acho importante no primeiro ano ter essa avaliação toda, o que eu acho que é muito bem feita, a gente tem uma bateria de fichas para preencher, como o aluno se relaciona com os outros, tem provinha. Acho que no primeiro ano, se for bem estipulada essa avaliação, o aluno vai aprender por onde é que ele tem que ir e nos outros anos, mesmo que não tenha uma avaliação, o aluno sabe o que é mais ou menos o que ele tem pra fazer. Para o primeiro e segundo anos, talvez instituir uma avaliação mais forte e orientar o aluno. Eu acho que a atual é bem feita. (EUEL3)

Em relação aos módulos temáticos, relata-se que boa parte dos tutores não incentiva a questão da avaliação. E os estudantes se queixam de que a avaliação comporta a seguinte divisão: o grupo dos melhores, o grupo intermediário e o grupo dos piores. Observa-se uma grande dificuldade dos tutores em fazer a avaliação individual dos oito estudantes que compõem o grupo sob sua responsabilidade.

Mesmo tendo que fazer uma prova, teórica ao final do módulo, os estudantes elogiam a avaliação quando ela é bem elaborada. O relato a seguir ilustra esta avaliação positiva:

Não querendo generalizar, eu acho que aluno, ele só corre atrás quando ele é cobrado. Acho que há necessidade da avaliação formativa, é fundamental, porque eu sou aluno e sei que se me cobrarem um assunto que eu estou estudando, eu vou estudar muito mais. Então, acho que é importante, não pode deixar de faltar. Talvez com um peso menor do que a avaliação somativa. Porque aí, como é Saúde Coletiva, você vai ter que formar a cabeça do aluno. Aí, sim, você vai ter que ver como que ele está se comportando, como é o comportamento dos seus colegas multiprofissionais, o comportamento com o paciente, a equipe de Enfermagem da UBS. Então aí eu acho que o peso da somativa poderia ser maior do que a formativa. Mas, eu acho que deixar de lado a formativa, não dá. E, tirando a conclusão de tudo isso, daria pra fazer os fóruns que a gente geralmente costuma fazer para tirar as conclusões, mas avaliações de aluno acho que tem de envolver a formativa e a somativa juntas. (EUEL4)

Mesmo que o modelo curricular adotado seja centrado no estudante, dependendo das características do tutor, alguns procedimentos de avaliação podem ser desenvolvidos, o que acontece também em relação aos instrutores do PIN.

Normalmente, os professores que atuam nos PINs são professores diferenciados, porque já estão muito mais sensíveis a fazerem a avaliação permanente, é uma situação diferente da dos professores que atuam apenas nas tutorias. Eles têm uma história de vida profissional diferenciada desses outros profissionais médicos que atuam na área clínica e na cirúrgica, onde o trabalho é mais individual, depende do profissional, enquanto que o profissional da área de Saúde Coletiva trabalha em grupo.

Talvez a maior vivência do processo de trabalho em grupo explique, em parte, a diferença de postura e comportamento em relação à avaliação em um modelo curricular onde se privilegia o trabalho em pequenos grupos, o que vai facilitar o trabalho dos sanitaristas, que já têm experiência acumulada nessa atividade.

Nos módulos em que a Saúde Coletiva tem uma inserção maior, o processo de avaliação e os diferentes procedimentos utilizados pelos estudantes para conhecer, controlar e regular a sua aprendizagem, seja na avaliação formativa ou na somativa, capta melhor a variação que existe entre os alunos para elaborar e executar uma mesma tarefa com a mesma qualidade de desempenho.

Outro critério para se avaliar a qualidade das questões escritas na prova cognitiva dos módulos temáticos, segundo uma das professoras entrevistadas é o seu “efeito sentinela”:

Basta ver pelo número de pedidos de vista de prova que acontece no final do módulo. Esse é o indicador para a gente ver como é que está

o nível de satisfação e insatisfação dos estudantes em relação às provas. E, em relação à avaliação dos PINs, que em regra são os módulos onde se vê menos queixas dos professores-instrutores pelos estudantes, isso eu senti no corredor e até nas escritas dos estudantes. (PUEL3)

Uma forma indireta de avaliação, não só dos módulos, mas da área de Saúde Coletiva, é a realizada através do Teste de Progresso da Medicina (TPMed). Em 2006, foi realizado o 9º TPMed junto com outras 10 escolas médicas, incluindo também estudantes da USP. Nele, observa-se um bom desempenho dos estudantes da UEL na área de Saúde Coletiva em relação às outras escolas.

Sobre os resultados dos testes de progresso do Curso de Medicina da UEL, em relação ao desempenho obtido pelos estudantes nas questões de Saúde Coletiva, observa-se que eles vão muito bem na 1ª e na 2ª séries, que é o esperado devido à concentração que o curso tem dos conteúdos de Saúde Coletiva nas primeiras duas séries do curso. Depois, eles estacionam na 3ª, 4ª e 5ª séries. No entanto, quando o teste é novamente aplicado no segundo semestre da 6ª série, o desempenho dos estudantes tende a crescer um pouco, porque estão estudando para a prova de Residência Médica no final do ano e não devido à inserção da Saúde Coletiva no Internato Médico.

A despeito das aprofundadas análises que se faz na área de Saúde Coletiva, não se pode dizer que as modificações nos módulos estejam baseadas nesses instrumentos. É o que se percebe no depoimento de uma

professora que chama a atenção para a percepção dos docentes em face das necessidades:

...em parte, é intuição dos docentes que convivem com os estudantes e estão enxergando a necessidade de dar um reforço nas questões de políticas de saúde, por exemplo, e em parte também porque, embora o que eu saiba, o Departamento de Saúde Coletiva nunca tenha pego os resultados do TPMed na área de Saúde Coletiva das questões específicas, para analisar se os nossos alunos foram um desastre na questão X,Y,Z que tratam de tais assuntos, significa que os assuntos X,Y,Z estão fracos, porque já deviam estar respondendo essas questões com mais acerto. Que eu saiba, o departamento nunca fez isso. Por isso é que os ajustes são feitos um pouco na intuição, na percepção que fazem das conversas, dos alunos mesmo. (PUEL3)

Os resultados encontrados nesta categoria revelam a importância das estratégias de aprendizagem, reconhecendo a singularidade com que são empregadas pelos estudantes e a sua pluralidade, o que se expressa na variação dos tipos e na articulação dos diferentes modos de ensino, dos procedimentos empregados e das estratégias para aprender.

Revelam ainda os tênues limites que separam as avaliações formais das iniciativas que priorizam a auto-avaliação dos estudantes e a experiência dos docentes na busca de constante aprimoramento das práticas de ensino e do acompanhamento dos processos de aprendizagem. Por mais difícil que seja a operacionalização de procedimentos tão diferentes, é verdade que, juntos, eles parecem exercer o seu papel.

Eixo de Análise II — A Saúde Coletiva no Contexto do Curso Médico da UEL

**4ª CATEGORIA ANALÍTICA:
INSERÇÃO NO PROJETO PEDAGÓGICO DA UEL**

**5ª CATEGORIA ANALÍTICA:
ADERÊNCIA DA UEL ÀS DIRETRIZES CURRICULARES**

❑ 4ª CATEGORIA ANALÍTICA: INSERÇÃO NO PROJETO PEDAGÓGICO DA UEL

Nesta categoria de análise, que pretende apresentar a inserção da área de Saúde Coletiva da UEL no Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina, existem três subcategorias bem delineadas: o valor dos documentos relacionados ao projeto político-pedagógico; considerações sobre a proposta pedagógica e mecanismos de formação e de apoio aos profissionais envolvidos para assegurar o desenvolvimento do projeto pedagógico.

Sobre o valor dos documentos relacionados ao Projeto Político-Pedagógico, pode-se observar que, em relação à estrutura universitária, esse projeto, pela sua característica inovadora, teve grande impacto no sentido de desestabilizar as formas de gestão até então vigentes, baseadas fundamentalmente nas disciplinas curriculares. Esta diferença está traduzida de alguma forma nos dois documentos mais importantes do Curso de Medicina da UEL que, na visão de um dos gestores, são os seguintes:

Os dois documentos mais importantes sobre o projeto pedagógico do Curso de Medicina da UEL são o próprio Projeto Político Pedagógico que chama PPPMed, um documento redigido há três anos atrás, mas que é o produto desde 1997. Ele retomou escritos da época da mudança do currículo ocorrido em 1998, com o modelo que havia para a Universidade para os projetos pedagógicos dos cursos, ele fez alguns enquadramentos diferentes e aprofundou algumas questões que, naquela época, não se tinha atinado. Então, esse é o documento mais importante de todos. Eu diria, que nem é a Resolução, o extrato desse documento é a Resolução do CEPE N.22/2005, que é o Projeto Político Pedagógico, sob o formato de resolução do CEPE, instituindo o projeto político-pedagógico do Curso de Medicina a ser implantado, mas eu estou me referindo a

outro, que também é oficial, que é o documento do projeto político-pedagógico aprovado pelo colegiado pleno e pelo Conselho de Centro do CCS, que é de onde a Universidade, para não ficar um negócio muito volumoso, fez este daqui que é a síntese. Este daqui é o documento mais importante do curso que é o seu projeto político-pedagógico. O outro é um extrato, tem algumas coisas, mas a essência está aqui, tem mais coisa, por exemplo, a história do curso, as justificativas da mudança, o diagnóstico da situação, os dados do pessoal que estava na época da mudança, essa coisa toda não consta dessa outra resolução, por uma limitação de espaço. E o outro documento que eu entendo fundamental é a Resolução CEPE/CA N.88/2006, que registra a carga horária docente comprometida com o desenvolvimento das atividades desenvolvidas no curso. (GUEL1)

O gestor em questão destaca também a singularidade da escola no sentido de ter perseguido intensamente um instrumento de gestão acadêmica visando dar maior sustentabilidade ao processo de mudança, garantindo a sua profundidade no novo currículo do curso, mesmo que a estrutura universitária até 1997 não tivesse nenhuma experiência com currículos integrados e nem oferecesse mecanismos que pudessem operar e administrar as novas atividades docentes e vencer tanto as resistências internas às mudanças como as instabilidades provocadas por elas no processo de transformação. Observe-se o comentário:

... esta é uma resolução existente em poucas escolas do país - se é que exista em alguma. Quando deveriam ter, porque é uma resolução de gestão, que ajuda no gerenciamento, na relação com o resto da estrutura da universidade. Esta daqui que regulamenta as funções docentes e as cargas horárias correspondentes às atividades do Curso de Medicina, então, foi uma resolução que demorou três anos na sua elaboração e negociação nas várias instâncias da universidade. (GUEL1)

O projeto pedagógico foi elaborado ao longo de anos de debates e reflexões aprofundadas, algumas com assessoria externa, sendo

amplamente divulgado internamente antes e durante o seu processo de implantação, como destaca um dos gestores entrevistados:

Os documentos mais importantes que ajudaram na implantação ou desenvolvimento ou consolidação do projeto pedagógico do novo currículo da Medicina, eu acho que a própria proposta pedagógica do curso foi o documento que circulou bastante, então todo o documento da proposta pedagógica mesmo e a sua regulamentação, que foi no ano passado, lá pelos órgãos institucionais da UEL, eu acho que é o documento mais importante que o curso tem de botar em prática toda essa idéia, esse encadeamento, essa matriz curricular. Então, o próprio documento acho que é muito importante. Tivemos também a regulamentação das práticas dos estágios que tem sido discutida, é uma proposta que a gente recebeu ultimamente um documento que aponta pra isso. Mas eu acho que o próprio projeto pedagógico do curso que é um documento que não ficou engavetado, ao contrário de muitos outros cursos que fazem o projeto e guardam, o projeto pedagógico da Medicina foi um projeto amplamente divulgado, debatido, a assinatura da regulamentação desse projeto com as cargas horárias delimitadas, todos os módulos regulamentados com carga horária e tudo, esse documento eu acho que é o documento mais importante que eu reconheço. (GUEL2)

A visão global da estrutura curricular pode ser claramente observada nas planilhas curriculares das seis séries do curso, já referidas anteriormente no item 4.1.1. O significado desse instrumento é referido pelo gestor abaixo, que destaca a enorme fragmentação do Internato Médico:

A visão global da estrutura curricular que pode ser obtida desta grade curricular é muito simples, aqui você tem tudo, você tem todos os módulos, todas as cargas horárias, eu diria que ela traduz o projeto político-pedagógico pra nós que hoje conhecemos bem como que ele funciona e tal. Essa planilha foi uma invenção aí do Márcio [Márcio Almeida] e que deu muito certo todo mundo acatou e todo mundo tem a sua, e por ela você acompanha o desenvolvimento do calendário escolar, eu tenho uma boa impressão dela, eu tenho uma percepção boa dessa planilha, boa mesmo, eu sinto que ela é completa. O drama do Colegiado está aqui nesta planilha. Botar isso pra funcionar é que é difícil. Aí dentro tem os melindres dos tutores, aquelas dificuldades que todo módulo tem de faltar um ou dois

tutores, o décimo tutor é o nó. E aí dentro dos outros que já estão nove, é o tutor em si, é a atitude dele frente ao aluno, isso me preocupa um pouco. Às vezes me dá uma angústia. Eu estou lá tutorando, aí eu estou no intervalo, eu vejo um docente da minha área já devolvendo a pastinha, ele já fez tudo, enquanto eu fiz a primeira parte em uma hora e meia, ele fez tudo. Isso me angustia, isso eu sinto que é uma coisa que está escapando da nossa mão, está escapando ao nosso controle, que eu sinto que não existe uma uniformidade dos tutores em sentir a importância disso. Eu não sou o último a sair, mas na metade, a hora que eu termino, olho os buraquinhos, tem três, dois, três vazios, aí eu fico pensando, é uma coisa que me preocupa, porque daí eu sinto que existe dentro do modelo que é pra ser muito bom, muita heterogeneidade. Então, isso me angustia um pouco. Mas, pensando no ideal, idealizando uma coisa bem feita, eu sinto essa planilha aqui boa, com restrições à 5ª e à 6ª séries, que eu vivi no Internato, vivo ali o Internato e eu sinto essa fragmentação do nosso Internato. Tem a coisa boa e tem a coisa ruim, mas eu penso que a gente podia rediscutir esse Internato, olha a 6ª série como é fragmentadézima. (GUEL3)

Como se pode observar nos relatos acima, há unanimidade entre os gestores com relação ao valor dos documentos relacionados ao projeto político-pedagógico do curso, que os consideram instrumentos de apoio real à implantação e consolidação das reformas curriculares. Na vivência dos gestores, a importância dos documentos é, no entanto, proporcional aos desafios para a sua efetiva implementação. Nasce aí os problemas do currículo tal como ele é vivido na prática.

Nas considerações sobre a proposta pedagógica, destacam-se as diferenças entre avaliação quantitativa e qualitativa e as suas contribuições para a formação do estudante na articulação entre ciência e serviço que se desenvolve desde a primeira série. Para os entrevistados, os vários instrumentos de avaliação se mostraram um importante facilitador da construção do processo de ensino-aprendizagem ao longo do curso. Sua

utilização pelos estudantes acabou se configurando também como uma estratégia para gostar de estudar e se organizar, para com isso ir descobrindo o prazer de ler e os mecanismos de estudo auto-dirigido. É o que sugere o depoimento abaixo:

Eu acho que esse movimento que existe através das comissões do curso propicia com que os docentes da Saúde Coletiva possam permanentemente estar se capacitando, revendo, a sua inserção no curso, fazendo as mudanças necessárias. E, além disso, a questão de hoje se ter uma assessora pedagógica que vem com uma proposta de assessoria a essas comissões, e que traz discussões importantes como avaliação, portfólio que eu tenho acompanhado, dá uma oxigenada, uma motivada, faz com que os docentes se insiram mais e se capacitem mesmo para a proposta do curso. Nós temos docentes da Saúde Coletiva tanto na Comissão de Avaliação quanto na Comissão de Capacitação Docente, portanto em relação aos docentes da Saúde Coletiva, hoje, se a gente for avaliar, a participação deles é muito mais nessas comissões que dão direcionalidade, que vão formatando o curso do que mais especificamente na graduação. Acho que se a gente fosse avaliar o que tem pesado mais, não em termos de carga horária simplesmente, mas em termos de contribuição para a formação do aluno de Medicina, eu acho que são nessas comissões em termos de resguardar e assegurar o desenvolvimento do projeto pedagógico do curso. (GUEL2)

Um aspecto importante que foi comentado refere-se à formação mais tradicional do interno. No Internato, os estudantes, nas duas últimas séries do curso, passam por estágios em tempos variáveis nas diversas clínicas do hospital, sendo este, praticamente, o único cenário de prática nessa importante etapa da formação geral do médico:

Acredito que, em virtude do perfil cada vez mais complexo que o Hospital Universitário passa a ter, faz-se urgente a integração com outros hospitais de cidades, principalmente de médio porte, de pequeno porte, para que os acadêmicos possam, nessas unidades, desenvolver atividades práticas e iniciar contato com pacientes com

patologias de menor complexidade que, muitas vezes, eles não conseguem ou não verão, no seu Internato aqui, em virtude do grau de complexidade do hospital. Acredito que o estágio de Obstetrícia é um dos estágios que dá uma boa representação disso, que eu estou falando, porque os internos, passam na Maternidade Municipal de Londrina, que tem um perfil, vamos dizer assim, de baixa e média complexidade na área de Obstetrícia, mas também eles passam na Maternidade do Hospital Universitário que é uma Maternidade que atende principalmente as gestações de alto risco. Então, os internos têm contato com toda a Obstetrícia, de baixa, média e alta complexidade. Nas outras áreas também, mas daí não dá para se quantificar a densidade principalmente das questões de média complexidade que ele vai ver no hospital. Acho que realmente complica muito ter que fazer estágio, vamos dizer assim, em outras unidades, mas é uma coisa que tem que ser vista com muito carinho, é uma decisão a ser tomada pelo Colegiado do Curso de Medicina, mais a administração do hospital, nos próximos anos no máximo. (GUEL4)

Existem alguns dilemas entre a proposta e sua implementação. A dificuldade de atender simultaneamente e conciliar as dimensões funcionais e humanas emperra muitas vezes o desenvolvimento das atividades. Assim, se por um lado encontram-se a falta de uniformidade entre os tutores e o engessamento da estrutura departamental, por outro, fica evidente a necessidade de se dedicar mais à humanização na área de saúde, conforme fica evidente no seguinte depoimento:

E outro canal que eu acho que se deveria, gradativamente, aumentar dentro da Saúde Coletiva que criaria uma vinculação maior com as outras áreas de conhecimento da própria Medicina é a questão da humanização da atenção em saúde. Eu acho que o processo de humanização da área da saúde, que envolve não só o atendimento ao paciente, mas inclusive as relações interpessoais, interprofissionais, seria algo que a área de Saúde Coletiva poderia estimular e se dedicar a desenvolver no Curso de Medicina e nos outros cursos também. Eu acho que eles têm uma série de ações que eu acho que ainda precisam ser mais exploradas. Há muito espaço inclusive não só para consolidar, porque já está consolidado, mas no sentido até de mudar a visão que os demais profissionais têm e até criam para

os alunos sobre a Saúde Coletiva. Então aí é como eu disse no começo, acho que falta perna, falta gente para se dedicar a todas essas áreas. (GUEL4)

Em síntese, parece bastante significativo que os mesmos gestores, que avaliam positivamente os documentos produzidos para a proposta e sustentação do curso, sendo capazes de apontar com tanta facilidade os seus méritos (o programa que incentiva a leitura e favorece o gosto pelo estudo), são os mesmos sujeitos que se mostram capazes de detectar pontos de fragilidade (como o programa dos internos) e os dilemas sob a forma de preocupações e até sugestões de alternativas. Por isso, esses argumentos, prioritariamente considerados pelos gestores, são pontuados por diferentes critérios de avaliação e desafios. Os impasses são vistos mais como dificuldades a serem repensadas do que propriamente aspectos negativos que inviabilizariam a execução do projeto.

Em relação aos mecanismos de formação e de apoio aos profissionais envolvidos para assegurar o desenvolvimento do projeto, as iniciativas internas de educação permanente e o estímulo à participação dos docentes em programas externos de educação continuada têm suscitado avaliações positivas e negativas.

Quanto à avaliação positiva desses mecanismos, destacam-se: a valorização da formação dos docentes do ciclo básico; a participação dos professores da Saúde Coletiva em programas de capacitação docente; a existência de comissões de avaliação docente e de educação permanente; a

assessoria pedagógica, por profissional da área, ao curso como um todo e, em especial, aos professores.

As entrevistas permitiram observar que os princípios da aprendizagem de adultos, o conhecimento de como as pessoas aprendem e de como os problemas podem ser usados na aprendizagem auto-dirigida e em pequenos grupos, foram efetivamente incorporados graças às iniciativas empreendidas e ao conjunto das experiências vividas na instituição (Mennin, 2007).

Além disso, o constante estímulo à capacitação docente, realizada de diversas formas, e a criação de espaços internos para discussão coletiva sobre temas relacionados à educação por docentes do Departamento de Saúde Coletiva são exemplos de avaliações positivas, como se observa no seguinte relato:

Quanto ao desenvolvimento docente, existe a capacitação formal de Mestrado e Doutorado, que eu percebo que os docentes do Departamento de Saúde Coletiva estão bastante ativos, todos procurando se capacitar ao máximo, mesmo quem já fez doutorado, quer sair para fazer um pós-doutorado e etc. Atualmente, eu acho que até os professores contratados temporariamente, acredito que todos eles tenham, no mínimo, o grau de mestre em Saúde Coletiva. Além disso, nós temos, através do Colegiado de Medicina, atividades de capacitação para a ação docente, que são treinamentos básicos de curta duração, em geral de 12 horas, para que o professor entenda, compreenda essa proposta do currículo integrado. A proposta pedagógica deste currículo integrado, e acredito que de todos, pelo menos os da área da Medicina, mas mesmo a maior parte dos profissionais das outras áreas que atuam no departamento já participaram deste treinamento rápido e eu vejo interesse de algumas pessoas em buscar outras informações sobre o papel do docente, sobre formas de avaliação de estudante, sobre como desenvolver bem o papel de professor. Existe uma proposta agora, para 2007, até a gente está formando um grupo pelo Colegiado de

Medicina, de outras áreas, não é só da área de Saúde Coletiva, de aproveitar a vinda dessa professora Lea Anastasiou para encontros mensais, uma vez por mês, de discutirmos a prática docente, e têm vários nomes de docentes ligados ao Departamento de Saúde Coletiva que estão interessados em participar desta iniciativa. (PUEL2)

Quanto à avaliação negativa desses mecanismos, destacam-se: a ausência da formação pedagógica no Internato; a resistência dos docentes a mudanças; a falta de continuidade de algumas boas iniciativas de acompanhamento das reuniões com os tutores enquanto transcorre a execução do módulo; a consultoria pedagógica que envolve e atinge poucos docentes do curso; a maior preocupação com os professores tutores do que com os professores que atuam nos outros módulos longitudinais, como o de Habilidades Clínicas e Atitudes ou os de interação entre ensino, serviço de saúde e comunidade. No depoimento abaixo, ficam evidentes algumas das dificuldades apontadas:

Existe um programa de capacitação e educação permanente dos docentes envolvidos com o Curso de Medicina da UEL, (...) isso na questão dos tutores para atuar nos módulos interdisciplinares que utilizam a metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas ou PBL. (...) - embora eu não saiba se essa educação permanente feita nos módulos com os professores não esteja mais como foi há dois ou três anos atrás, uma experiência muito boa, mas existem também afora esses cursos que as pessoas fazem uma vez, não existem outros cursos, estão sendo elaborados. A proposta do curso avançado de formação de tutores, que é uma discussão mais recente, mas além disso, a atuação nos módulos de prática de interação ensino-serviço-comunidade que são os módulos que utilizam a problematização existe uma formação que é feita através de oficinas de trabalho que se realizam, ou de planejamento dos módulos e de avaliação do que aconteceu, que não deixam de ser momentos de reflexão e de capacitação, de revisão, aprofundamento teórico-conceitual para melhorar as práticas. Fora isso, no Internato, lamentavelmente, nós estamos carentes desse tipo de enfoque, quer dizer, o curso, no

Internato, a educação permanente dos professores é feita não nos ambientes de formação, mas sim nos congressos das respectivas especialidades, algumas delas têm coisas interessantes sobre ensino, a Pediatria, nas Moléstias Infecciosas, em Clínica Médica, existem eventos aí das especialidades que abordam até esses aspectos, mas não é uma coisa sistemática e nem sei se os nossos docentes quando vão se interessam nessas temáticas ou se interessam nos outros assuntos. É uma preocupação que hoje está tendo o Internato nosso de estruturar alguma coisa. Mas fora essas iniciativas, em termos de educação permanente docente, eu acho que não temos mais nada. Acho que há muita debilidade quanto a isso. Temos aí dificuldades, mas temos também resistência dos professores, o que existe é feito por iniciativa do Colegiado, não é demanda de docente que vem lá bater na porta: olha, eu queria fazer um preparo melhor nisso ou naquilo. (GUEL1)

A sobrecarga de trabalho e a necessidade de atender as demandas rotineiras são apontadas por uma docente entrevistada como causas da falta de discussão coletiva mais ampla sobre a prática docente, como se observa no seu relato:

Eu acho que nós temos mais a concepção teórica do que é o exercício da prática da educação permanente. Primeiro, eu falei que algumas coisas, do Departamento de Saúde Coletiva, por si só, a prática dele é de educação permanente, é uma prática de ação/reflexão/ação, sempre foi, repensa cada passo, cada mudança que vai dar, então eu acho que o cotidiano é permeado por isso. Acho que não existem momentos específicos, do tipo: "agora vamos fazer nossa educação permanente". Na nossa prática, todos já temos no sangue a questão da educação permanente, a questão da humanização, a gente tem os princípios incorporados, tudo que envolve o fortalecimento do SUS, a iniciativa de mudança de modelo, de formação, de práticas, já está cristalizado ou incorporado em nós. Acho que a nossa prática vai por aí. Acho que têm muitas coisas acontecendo no cenário nacional e que nós temos muito pouco espaço de discussão coletiva sobre as práticas em Saúde Coletiva. Aí temos muita novidade acontecendo, reflexões sendo feitas, até para conhecer o pensamento do grupo, quem acha o quê? Onde? Não temos tido pernas para isso, infelizmente é uma questão que nos falta, eu acho que temos buscado beber em outras fontes, tem cada um bebendo da sua fonte, mas a socialização dessa discussão, esse momento de reflexão conjunto, que eu chamaria de

momentos mais específicos de uma reflexão para a educação permanente mais formal, nós não temos tido, porque não temos pernas, eu acho. Pela sobrecarga de trabalho, pela dificuldade de ampliar com outros profissionais de outra formação, de outras áreas de conhecimento. Estamos mesmo muito envolvidos com o trabalho batidão do dia a dia. (PUEL4)

Nessa categoria de análise da inserção da Saúde Coletiva no PPPMed parece haver um consenso sobre o interesse e o esforço da instituição em garantir condições para o desenvolvimento do projeto. Uma tímida oposição aparece entre alguns gestores que acusam docentes ou tutores da falta de envolvimento com o curso e entre alguns professores que, por causa de excesso de trabalho assistencial, sentem alguma dificuldade em atender todas as demandas acadêmicas.

Os depoimentos revelam que a percepção de gestores e professores sobre os referidos mecanismos de formação e apoio à ação docente é algo complexo e dinâmico e que, ao longo dos tempos, vem se assumindo de diferentes formas e ênfases, ora com dificuldades, ora com o aparecimento de novas medidas, iniciativas e projetos.

□ 5ª CATEGORIA ANALÍTICA: ADERÊNCIA DA UEL ÀS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

Esta categoria tem o objetivo de analisar a aderência do Curso de Medicina da UEL às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina, instituídas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação através da Resolução Nº 4, de 7 de novembro de 2001, e ainda enfocando o ensino da Saúde Coletiva na graduação médica recontextualizado pelas novas diretrizes curriculares e considerando a sua caracterização e contribuição na mudança curricular da UEL.

No campo da saúde, a consolidação do SUS colocou novas e importantes questões para atender a necessidade de se construir projetos pedagógicos capazes de gerar perfis profissionais mais adequados ao sistema de saúde e, no campo da educação, há a exigência de fortalecer as possibilidades de aprendizagem ativa. A articulação entre trabalho e aprendizagem, prática que se desenvolva ao longo de todo o curso e nos cenários em que se concretiza o processo saúde-doença, o compromisso com a resolução de problemas da realidade são alguns dos elementos fundamentais das novas propostas para a formação profissional do médico do presente e do futuro.

As novas diretrizes são fruto de intensos debates entre os movimentos de mudança da educação dos profissionais de saúde, dos

educadores e das associações educacionais, representando um notável avanço da educação médica, já que indicam caminhos para o enfrentamento dos desafios apontados acima.

Um dos principais aspectos das diretrizes curriculares que também foi enfatizado nas entrevistas é a indicação de que a formação de graduação médica deve vincular a formação acadêmica às necessidades sociais de saúde, com ênfase no SUS. As DCN indicam que os cursos de graduação devem ter como eixo do seu desenvolvimento curricular o processo saúde-doença em todas as suas dimensões e manifestações, considerando o cidadão, a família e a comunidade, integrados à realidade epidemiológica e social.

Entre as competências gerais dos médicos, ressaltou-se nas diretrizes que “os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo”. Questionou-se, nas entrevistas realizadas, quais seriam as competências “próprias” ou específicas da área de Saúde Coletiva e não gerais da área da saúde, no currículo do Curso de Medicina da UEL.

De modo geral, foi relatado que a participação específica da Saúde Coletiva na graduação médica da UEL não tem sido objeto de reflexão sistemática e coletiva, já que o grande esforço do Departamento de Saúde Coletiva, mais recentemente, concentrou-se na pós-graduação, através do

Mestrado em Saúde Coletiva e na produção de conhecimento na área através de dissertações.

Nesta categoria analítica buscou-se saber, também, qual o resultado das estratégias efetivamente utilizadas pelo Curso de Medicina da UEL e/ou os principais avanços e obstáculos enfrentados na implementação das DCN na visão dos entrevistados, considerando que esta é uma construção coletiva inacabada onde, inclusive, a leitura e a interpretação do texto legal para o contexto da instituição faz parte de um processo mais específico de análise.

Destacaram-se nas atividades multiprofissionais curriculares apenas o PIN1 e o PIN2. Os estudantes buscam se relacionar com outros cursos em espaços extra-acadêmicos como as Ligas Acadêmicas, inclusive de Saúde da Família e, mais recentemente, através do projeto de humanização SensibilizARTE, inspirado no programa “A Arte na Medicina” que tem como princípio básico para as suas atividades: às vezes cura, de vez em quando alivia, mas sempre consola (CAMPELLO, 2006). Observe-se o depoimento de uma professora:

Acho que são insuficientes e precisamos ter mais gente para se envolver na ampliação disso. Ontem foi uma grata surpresa, o Grupo do Projeto SensibilizArTe, que abriu o Módulo do PIN1 no anfiteatro do CCS, falou da proposta e convidou a Enfermagem e as outras áreas, a Fisioterapia que já está participando, tem esses projetos, essa iniciativa dos estudantes, as Ligas Acadêmicas que estão se abrindo para além da Medicina, começando a envolver outros profissionais. O que eu sinto é que esse movimento, dos anos de 1990 para cá, vem avançando no sentido da questão mesmo da interdisciplinaridade, do conceito ampliado de saúde. Acho que isso

é uma coisa que a gente percebe por parte dos estudantes as iniciativas que estão acontecendo de não ficar só Medicina, Medicina e Medicina, mas se ampliar para outras coisas, isso é uma coisa interessante. Agora, em termos curriculares, acho que são insuficientes essas iniciativas, pelo menos até o quarto ano tinha que ter PIN 1, PIN 2, PIN3 e PIN 4, eles tinham que continuar essas atividades, até para ter uma maturação dessa convivência multiprofissional e desse crescimento conjunto nessas atividades todas. Temos poucos projetos de pesquisa e extensão interdisciplinares, então acho que ainda temos muito chão pela frente. (PUEL4)

O coordenador do Curso de Medicina espera o envolvimento dos outros cursos, porém os estímulos são poucos. O curso está bem adaptado em termos de metodologias de ensino-aprendizagem, mas não há muitos momentos extra-muros do CCS/HU. O Internato continua isolado desse processo e totalmente hospitalocêntrico, mesmo sendo um importante espaço de aprendizado e não apenas de treinamento basicamente tecnicista.

A coordenação do curso percebe essas necessidades, sabe que as mudanças e avanços são necessários e considera que o que se conquistou no Curso de Medicina da UEL é pouco compartilhado com os demais cursos da área da saúde, o que poderia possibilitar uma maior integração desses cursos nos espaços comuns de ensino-aprendizagem.

Falando um pouco sobre as atividades conjuntas de formação com estudantes de outras carreiras, o que eu posso dizer sobre isso é que, lamentavelmente, uma rica experiência que durante muitos anos a gente teve aqui no curso que foi um entrosamento com a Enfermagem, a Farmácia Bioquímica, a Odontologia e a Fisioterapia através dos estudantes da primeira série, um projeto especial de ensino, práticas interdisciplinares, menos por problemas nossos do Curso de Medicina e mais por dificuldades dos respectivos colegiados desses cursos, que não conseguiram implementar as mudanças necessárias. Hoje, a gente está reduzido só ao trabalho

multiprofissional com a Enfermagem e muito localizadamente nos módulos de interação ensino-serviço-comunidade. Fora isso, nos módulos temáticos interdisciplinares ou nos módulos de habilidades e mesmo no Internato, nos estágios dos dois anos de Internato, as práticas são focadas nos estudantes de Medicina, não há uma educação multiprofissional como se advoga em muitos documentos, com exceção aí desse trabalho que é muito bom na primeira e segunda série junto com a Enfermagem da UEL. (GUEL1)

Os estudantes parecem igualmente críticos ao comentar que o espaço multiprofissional proporcionado pelo PIN foi interessante para conhecer pessoas de fora do curso. Por isso mesmo importa perguntar: e a relação com outros profissionais na atuação durante o Internato? As falas são no sentido de driblar situações por conhecer certas pessoas, mas e a discussão dos casos? É só para “dar um jeitinho” de se conseguir o que se quer, ou são pessoas que realmente trabalham em equipe? Até que ponto o trabalho em equipe é estimulado no Internato ou mesmo no HU? Como se observa pelo relato do estudante abaixo, o PIN possibilitou um contato com outras pessoas que agora são amigas e, por conta disso, favorecem a assistência aos pacientes internados.

Sobre o trabalho com os estudantes de outras carreiras da saúde, achei uma experiência muito válida, porque quando eu sair da Faculdade, eu não vou trabalhar só ali. Eu tenho noção melhor de como posso trabalhar com outras pessoas que não são da minha área, com funções diferentes. Achei muito válido isso para a vivência profissional posterior. Eu estando no Internato agora, a gente vê o quanto foi válido. Porque as pessoas que você acabou conhecendo no PIN, como eles já se formaram antes porque o curso é mais curto, eles já são profissionais e hoje estão como residentes do HU, o que é mais fácil o relacionamento. Você chega conversando já com o pessoal de Fisioterapia, que talvez você não tivesse contato em nenhum outro momento do teu curso. Gente que não era amigo teu antes do curso, acabou ficando durante o curso. Agora você chega

lá, até consegue brincar pra você conseguir coisas da Fisioterapia para os teus pacientes, pra você ter um contato mais próximo com a Enfermagem, foi muito importante. Porque de repente tem a enfermeira que está mais arredia, você conversa com aquela que fez PIN com você e ela consegue as coisas que a sua paciente precisa. Então tem um contato assim, bem legal, agora que eu estou lá quase como médico, elas são residentes, então foi um contato válido, porque se a gente não tivesse freqüentado o PIN, talvez eu nunca tivesse contato e nem olharia para elas. (EUEL5)

Ainda no sentido de valorizar a experiência plural do PIN, um ponto importante, citado por um aluno, diz respeito ao processo vivido pelo estudante de Medicina quando ingressa na Universidade. No seu depoimento, o que fica evidente é que o aspecto positivo de poder conviver com colegas da Enfermagem tem também o seu limite. Primeiro, ele é “isolado” no CCS que, além de estar separado do campus, é imbricado ao HU. Além da pouca interação com outros cursos, vivência fundamental para a formação de um profissional humanizado e com bagagem de vida, esse aluno fica em contato constante com o nível terciário da rede de serviços. A saída da zona de conforto é um processo difícil para o estudante e para o professor. Sair do centro da cidade, do hospital, é um grande desafio e essencial para chegar à atenção básica.

Apesar do meu PIN só trabalhar com a Enfermagem, acho que isso fez muita diferença também, me trouxe outro olhar. Eu comecei a ter outro olhar e acho importante até pela nossa vida acadêmica, porque o nosso curso é um curso isolado, ele já é isolado no CCS que é do outro lado do campus, então o nosso contato com os outros estudantes de outras áreas que poderiam trazer outros olhares sobre a sociedade pra gente, já é pouco. E ele é isolado aqui, até dentro do CCS, porque o nosso curso tem uma coisa toda dele, então os nossos horários de aula são todos loucos, a gente não encontra com ninguém, então acho que é uma oportunidade de você ter um contato

contínuo com outra visão de paciente, outra visão de cuidado, de atenção à saúde. (EUEL2)

Quando as atividades envolviam as cinco carreiras da área da saúde existentes no CCS da UEL, através do Projeto Especial de Ensino voluntário chamado de PEEPIN, havia menor polarização entre estudantes de Medicina e de Enfermagem, o que passou a existir com a sua institucionalização curricular posterior, apenas para esses dois cursos. Houve certo recuo no trabalho multiprofissional possível na década de 1990, como relata o estudante que já era graduado em outro curso da UEL quando ingressou no de Medicina:

Eu que já vivenciei esses dois lados, posso falar um pouquinho melhor. Acho que o que foi dito pelo meu colega interno é importantíssimo essa vivência e conhecer, entender melhor o trabalho do outro profissional. E eu senti que no PEEPIN o trabalho multidisciplinar era bem melhor e bem mais aproveitado do que é agora. Porque acho que o grupo ficava mais homogêneo. Coisa que eu vejo que agora é mais assim: o pessoal da Enfermagem de um lado e o pessoal da Medicina do outro. Então, quando a gente fazia atividades com o pessoal de Farmácia, Fisioterapia e Odonto, apesar de que a gente quando chegava, eu que estava fazendo Fisioterapia, às vezes parava e falava assim: "o que eu estou fazendo aqui, se a gente nem faz atuação em UBS?". Mas eu via que o grupo era bem mais homogêneo, que o trabalho fluía melhor, que o vínculo era maior até entre o pessoal da UBS e os estudantes. Agora eu me deparei esse ano, com o pessoal de Medicina e pessoal da Enfermagem, então não sei como trabalhar isso [equipe multiprofissional]? (EUEL1)

Quanto ao grau de aderência do curso às DCN, observa-se um percentual elevado, nesta avaliação qualitativa de um informante-chave, o coordenador do curso:

Sobre o processo de construção das diretrizes curriculares nacionais, do ponto de vista da gestão do Curso de Medicina da UEL, eu diria que a aderência, na prática, não no que está prescrito no PPP, mas do ponto de vista da aderência em relação ao currículo efetivamente executado pelo Curso de Medicina da UEL, as diretrizes curriculares nacionais para a graduação da Medicina, se eu fosse botar numa escala, eu diria que está aí na faixa dos 70% a 80%. Ou seja, em relação às questões de foco pedagógico, metodológico, compromisso com a rede de serviços, tenho muita clareza de que isso se você pensar que a prática dos serviços daqui se dá no Hospital Universitário que é o Pronto Socorro Municipal, portanto não é o pronto socorro de referências de casos interessantes, mas é de casos complexos sim, mas é de compromisso com os serviços. Do ponto de vista dos serviços sobre a correspondência das diretrizes com o curso, eu acho que a gente tem uma maior falha ainda, uma debilidade que é no deslocamento das práticas dos dois últimos anos do curso para a Rede. É o nosso grande problema que ainda não se conseguiu superar. Fora isso, do restante das diretrizes e mesmo no Internato, é um Internato que utiliza metodologia ativa de ensino-aprendizagem, embora em alguns momentos seja mais de treinamento em serviço do que aprendizagem em serviço, que é o que idealmente deve se ter. (...) Nós temos as duas situações aqui no nosso internato. Alguns estágios são mais treinamento em serviço do que - como deveria ser - uma aprendizagem no trabalho, em que a teoria e a prática estão articuladas entre si. O treinamento em serviço é muito mais carregar o piano exercitado à exaustão, do que pensar o ensino. E também há a questão da frágil articulação entre pesquisa científica e ensino que a gente tem em Londrina, que é histórica, não só da Saúde Coletiva, de todas as áreas. E é uma escola que está muito mais marcada pelo seu compromisso e desempenho na assistência do que na produção do conhecimento. Isso se dá também na Saúde Coletiva. A gente é mais atuante nas atividades de ensino, no trabalho de atenção à saúde do que na produção e na investigação. (GUEL1)

Outra gestora do curso tem uma visão muito semelhante em relação a este importante aspecto destacado nas DCN sobre o trabalho multiprofissional:

Sei que é com a Enfermagem, que eles [estudantes] têm atividade de PIN também, e eles também vão à UBS. Tem alguns alunos que fazem estágio no SIATE, aí eles têm lá também alguma coisa com o pessoal de Enfermagem, atende resgate e tal. (...) Na minha opinião,

é extremamente importante. Eles conhecendo, já durante o curso, qual é o papel deles, qual é o papel da enfermeira, qual é o papel do fisioterapeuta, qual é o papel do agente administrativo, do andamento, acho importante isso deveria ser incentivado, esse trabalho conjunto com outros cursos, não só com a Enfermagem, mas também com a Fisioterapia. Acho que devia ser mais envolvido, estar mais ligado, porque na hora que a gente está trabalhando no Hospital, é o dia-a-dia nosso é junto com a Enfermagem e junto com a Fisioterapia. Existem uns ranços, umas coisas, uns pré-julgamentos, preconceitos em relação a isso, que eu penso que se começar durante o curso já ir surgindo situações que puderem ir se resolvendo, seria melhor. (GUEL3)

Complementando os depoimentos anteriores, outro professor do curso lembra que a questão do trabalho multiprofissional também se expressa em algumas atividades extra-curriculares interessantes e recentes:

Agora, atividades extra-curriculares que eu conheça, você tem atividades como as ligas acadêmicas, que da nossa área [saúde coletiva] a que mais se aproxima dela possa ser a liga do Trauma. Já teve grupos interessados em montar uma Liga Acadêmica de Saúde Coletiva, mas até agora não foi prá frente e tem também uma iniciativa acadêmica extremamente interessante que eu estou me aproximando dela este ano, aliás, eles se aproximaram de mim, que é a International Federation of Londrina Medical Students – IFLMS, em que nós estamos desenvolvendo este ano atividades com um grupo razoável de estudantes de caráter extracurricular. A maioria de Medicina, mas alguns poucos de outros cursos. (PUELI)

Pode-se afirmar que a Saúde Coletiva, no currículo relatado da UEL, é um campo de conhecimento dentro do SUS em Londrina, que tem na questão das competências gerais apontadas pelas DCN e, em particular, no trabalho multiprofissional, um dos elementos dinamizadores da sua atuação curricular e extracurricular. O reconhecimento disso parece ser um consenso entre os estudantes, professores e gestores entrevistados.

No entanto, a sua adequação às diretrizes específicas ainda não é uma realidade definitiva e sim um processo em desenvolvimento, que não depende exclusivamente dos estudantes ou dos professores do Curso de Medicina para que possa evoluir ainda mais nas suas definições. Para tanto, sugere-se a Saúde Coletiva como um tema transversal em todo o currículo e não como uma referência limitada a alguns poucos módulos, como já apontado anteriormente na avaliação do Curso de Medicina da UEL.

Eixo de Análise III — Parcerias Externas da
Saúde Coletiva da UEL

**6ª CATEGORIA ANALÍTICA:
PARCERIA DA UEL COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE**

O terceiro eixo de análise, a partir do currículo relatado pelos entrevistados, foi o das parcerias externas da Saúde Coletiva, que se traduziu na questão da parceria com os serviços de saúde em Londrina.

□ 6ª CATEGORIA ANALÍTICA: PARCERIA DA UEL COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Como vem sendo feita a parceria da academia com os serviços de saúde no município de Londrina para que as Unidades Básicas de Saúde recebam os estudantes de Medicina e as comunidades dos seus respectivos territórios possam de fato se beneficiar dessas iniciativas, fortalecer suas organizações comunitárias e desenvolver a cidadania, foi um dos focos das questões formuladas nas entrevistas realizadas com os gestores e professores, assim como no debate do grupo focal com os estudantes (Anexo A).

A organização dos serviços de saúde em Londrina na perspectiva da estruturação de uma rede de Atenção Básica pela Prefeitura Municipal tem uma história de parceria de mais de 30 anos de trabalho ininterrupto, desde o início da década 1970, ainda na estruturação da antiga Faculdade de Medicina do Norte do Paraná e o seu Hospital Universitário (CONASEMS, 2007).

Através do convênio estabelecido em 1969/1970, eram repassados recursos financeiros da Prefeitura de Londrina para a academia,

no sentido de assegurar a assistência à população, através do Hospital Universitário e das três unidades periféricas de saúde implantadas no município, sendo duas na área urbana (Vila da Fraternidade e Jardim do Sol) e uma na zona rural (Paiquerê).

Conforme estabelecido, a UEL, além de administrar o Pronto Socorro Municipal agregado ao Hospital Universitário, assumiu também a administração das Unidades Básicas de Saúde, que funcionavam como campo de estágio para os estudantes do Centro de Ciências da Saúde. O modelo de atenção adotado pela UEL em 1974 foi o da atenção familiar, com ênfase no atendimento materno-infantil, por meio do Programa Comunitário de Atenção à Saúde Familiar (PROCAF), desenvolvido pela Universidade com o apoio da OPAS e da Fundação Kellogg, através de convênio que possibilitou a alocação de recursos financeiros à UEL para ampliação do número de Postos de Saúde Periféricos (Serrano, 1977).

Na UEL, os fóruns de discussão do movimento estudantil na área da saúde aconteciam desde a origem da Saúde Coletiva em Londrina, credenciando a cidade para sediar a IV Semana de Estudos sobre Saúde Comunitária (SESAC) realizada em 1977, no ano em que uma nova gestão municipal se iniciava, comprometida com a implantação de uma rede de atenção primária municipal denominada de “Plano de Atendimento de Saúde em Londrina”.

Naquela época, a Secretaria Municipal de Saúde não tinha médico, nem Posto de Saúde atuando regularmente. Ela funcionava apenas

para administrar parques infantis, pois existiam consultórios médicos instalados em duas creches comunitárias para atender as crianças e o Pronto Socorro Municipal que era conveniado com o Hospital Universitário, para o qual a Prefeitura repassava praticamente todo o dinheiro que era aplicado em saúde e o Secretário, como único médico, prestava atendimento médico nas creches.

Quando o novo prefeito assumiu em 1977, o reitor da UEL exigiu modificar a modalidade de financiamento do convênio existente de repasse global de recursos para pagamento por Unidades de Serviço prestado (US). A prefeitura não aceitou a proposta e o resultado foi o rompimento do convênio, o que era a intenção do reitor, pois na época ele e o prefeito eram adversários políticos e o reitor imaginava que o ônus ficasse para a Prefeitura. Com isso, a Secretaria teve recursos para aplicar na montagem de oito Postos de Saúde (CONASEMS, 2007).

A histórica participação da UEL na organização da rede de atenção básica em Londrina foi relatada pelos gestores do Curso de Medicina até o seu momento atual, sendo que agora não mais para uma atuação dos estudantes nos três Postos de Saúde Escola pioneiros, que ficaram inclusive sob a administração de uma Divisão de Unidades Periféricas do HU até a sua municipalização em 1992, mas para uma inserção no conjunto da rede básica de saúde que, em 2006, segundo dados da Autarquia Municipal de Saúde, são de 55 Unidades Básicas de Saúde, todas integradas ao Programa de Saúde da Família (Londrina, 2007).

Sobre como vem sendo feita a negociação atual para que as UBS recebam os estudantes de Medicina, o depoimento de um dos gestores entrevistados é esclarecedor:

Há sim discussão, a Prefeitura convidou todas as coordenadoras de Unidades Básicas e os docentes do PIN 1 para discutir, o que já é considerado por conta do Pró-Saúde tem a ver com essa nossa articulação mais recente. Parece que nem sempre foi assim nos anos anteriores, mas daqui para lá, a academia tem buscado os serviços para discutir a programação do ano. Tem envolvido acordo sobre a participação de professores no atendimento, tem que conversar com o profissional, se entra dentro do consultório ou não entra o PIN 2, principalmente. Sobre a retribuição ou pagamento pela UEL dos serviços, não tem. Também não tem pagamento adicional para docentes. Existem aspirações, existem intenções, até se tem rascunhos, anteprojetos, minutas de projetos de lei, no caso da Câmara, instituindo serviços de saúde como cenários de ensino-aprendizagem obrigatoriamente. Tem uma minuta de resolução da Universidade, criando a figura de professor colaborador ou outra denominação apropriada para atribuir um status ou uma identificação para os profissionais dos serviços que mereçam receber por conta do seu empenho nas atividades de treinamento, de capacitação ensino-aprendizagem, mas não existe um documento formalizando essa coisa, tem sido todos informais. (GUEL1)

Em relação ao pessoal da rede ter uma atuação adicional como parte da sua carga horária para atividades de supervisão dos estudantes, existe hoje um avanço, como destaca o mesmo gestor:

Nesse sentido sim, não demandou um acordo específico e passou a ser fato neste ano de 2007, os profissionais de saúde dos serviços médicos, principalmente, que se dispuseram a atuar no acompanhamento, na tutoria dos estudantes de Medicina que estiveram nas Unidades Básicas de Saúde, eles puderam creditar essa atividade na obrigatoriedade que eles passaram a ter de duas horas semanais de dedicação ao trabalho a mais por uma questão de legislação trabalhista, de carga horária contratual e carga horária efetivamente cumprida. Como havia um acordo anterior que a carga horária contratual não era necessariamente para ser cumprida, então são contratados por oito horas, fazem seis, mas tinha duas

horas que, na verdade, não eram desenvolvidas nos serviços e isso era um acordo político do Sindicato com a gestão da Prefeitura, em algum governo anterior. Numa recente decisão que jogou por terra esse acordo, passou-se a exigir dos profissionais médicos o cumprimento daquelas duas horas. Aí houve a necessidade de um novo acordo, e aí essas outras duas horas passaram a ser cumpridas com cursos que as pessoas fazem, com atualizações ou com acompanhamento de estudantes.. O que está sendo ótimo segundo um dos coordenadores do módulo. O problema é que está até sobrando médico na rede querendo atuar com aluno no Módulo do PIN 3 neste ano de 2007. (GUEL1)

Um dos espaços importantes de construção da parceria tem sido as Conferências Municipais de Saúde, onde se pode debater a insatisfação da comunidade com o atendimento das suas necessidades de saúde, a qualidade do atendimento do médico formado, as suas próprias dificuldades de participação social na saúde, além das suas reivindicações como cidadãos por melhoria das suas condições de vida.

Os docentes da Saúde Coletiva participam das Conferências Municipais de Saúde em Londrina, desde a sua 1ª edição em 1987. Em grande parte delas, essa participação aconteceu desde as pré-conferências até as relatorias que, em geral, são sempre um espaço de construção coletiva do documento a ser posteriormente encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde para a viabilização da política oficial de saúde do município para anos seguintes (Gil et al., 2008).

Alguns estudantes também vêm participando dessas conferências como ouvintes, observadores ou facilitadores, o que se reflete positivamente no processo de aproximação com a comunidade, já que os Conselhos Locais ou Regionais de Saúde não são, a princípio, um espaço de

participação de estudantes nem de professores. No próprio Conselho Municipal de Saúde, a representação da Universidade se dá por meio da direção do Hospital Universitário, em oposição à área acadêmica dos cursos da saúde que não tem assento nesse fórum (Turini e Almeida, 2002).

Os locais onde se traduz a parceria com os serviços e a comunidade são as Unidades Básicas de Saúde, que procuram representar a porta de entrada do SUS em Londrina para a comunidade e, ao mesmo tempo, representam também a porta de saída para o estudante se aproximar mais da população e dos seus modos de levar a vida em defesa da saúde. O depoimento de uma das estudantes do grupo focal ilustra essa situação:

No primeiro ano, como é para conhecer o local, é um primeiro contato. Acho que a gente tinha que aproveitar mais os agentes comunitários, porque é um primeiro contato com a comunidade, aí se você entrar fazendo amizade com o agente comunitário, você vai conseguir entrar mais fácil depois na UBS em si. Essa seria uma estratégia, no primeiro ano, não ficar o ano inteiro só com o agente comunitário, mas eu acho que é a porta de entrada da comunidade para a UBS. Como a gente está chegando ao local, é tudo novo pra gente e novo também pra quem está recebendo os estudantes, seria legal visitar as casas dos pacientes. No meu, funcionou bem. A gente chegou saindo e andando mesmo, com o agente comunitário. Depois, aos poucos, a gente foi conhecendo os médicos, as enfermeiras, pra gente começar a entender melhor o funcionamento da UBS. Mas a porta de entrada que deu certo, pra gente pelo menos, foi a do agente comunitário. (EUEL4)

Algumas das iniciativas indutoras dessa aproximação com os serviços foram o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED (Brasil, 2002) e, mais recentemente, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE (Brasil, 2005). O papel que esses programas têm cumprido no sentido

de aproximar os serviços de saúde da Universidade é visto da seguinte forma por uma das gestoras:

Eu tenho acompanhado o movimento que tem sido feito, desencadeado desde a formulação do PROMED e, mais recentemente do Pró-Saúde, que envolve uma articulação do curso em termos de estruturas formais do curso com os órgãos e representantes dos serviços e também dos profissionais de serviço. Então, tem sido feito um movimento de chamar esses profissionais do serviço para discutir a questão do projeto, a articulação do Pró-Saúde enquanto um elemento que reforçaria e facilitaria alguns movimentos de integração do ensino com o serviço. Não envolve, até onde eu sei, o profissional que vai acompanhar o aluno, mas beneficia de uma certa forma o campo de estágio, seja através da compra de equipamentos ou de viabilização de uma reforma, que possa facilitar o funcionamento da Unidade também no recebimento de alunos. Então, o movimento que eu tenho percebido é esse. O documento formal que eu tenho conhecimento é o próprio projeto, onde essas coisas estão bem colocadas e o movimento maior que tem sido feito é o de chamar os profissionais do serviço, tanto pra discutir a formatação de alguns módulos aonde os estudantes vão para o serviço, como de participação desses docentes no acompanhamento dos alunos nos serviços. Eu acho que são nesses espaços que se dá o ensino da Saúde Coletiva. (GUEL2)

Observa-se que o Projeto PROMED - Londrina, que está em fase de finalização, e o Projeto Pró-Saúde Medicina da UEL, em fase de inicialização, refletem, além da boa qualidade dos projetos selecionados, certo reconhecimento público da construção da parceria da academia com os serviços desde a criação da Universidade.

A equipe da Secretaria Municipal de Saúde, no início da sua estruturação, fazia questão de participar das reuniões bibliográficas do antigo Setor de Saúde Comunitária da UEL, mas uma maior aproximação aconteceu de fato com o estímulo do Projeto UNI – Londrina, na década de 1990 (Rosa,

1994; PROUNI, 1996), que criou instrumentos importantes no sentido de estruturar e manter essa parceria por um período de 10 anos avançando, e muito, em relação ao antigo Projeto PROCAF de Londrina, na década de 1970, também apoiado pela Fundação Kellogg, mas que se caracterizava como um Projeto de Integração Docente Assistencial (Chaves, 1994; Feuerwerker e Marsiglia, 1996).

Sem esses projetos, avalia-se que seria muito mais difícil uma aproximação com os serviços e especialmente com a comunidade, que surge de uma forma mais estruturada com o PROUNI-Londrina (Soares et al., 1996; Turini et al., 1999). Eles foram e são importantes instrumentos de aproximação, mas isoladamente não vão resolver a questão (Feuerwerker e Sena, 1999).

Aprender a trabalhar juntos e articulados, esse é o desafio mais importante do trabalho em parceria, que deve ser aceito apesar de todas as discontinuidades das políticas de saúde, especialmente da administração municipal, como relata uma professora no seguinte depoimento:

O sistema e os serviços de saúde de Londrina são uma construção muito fragmentada, nós não tivemos uma continuidade de políticas de saúde incrementalistas. A cada mudança de gestão e mesmo na continuidade de uma mesma gestão, se desconstrói sem ter propostas que consolidem espaços de mudanças e valorização dessas mudanças. A primeira consequência disso é o enfraquecimento da visibilidade dos serviços e até a auto-estima das pessoas que estão inseridas nele. Acho que se trabalhar na atenção básica já não é fácil, Londrina tem sido tímida por demais na visibilidade que podia ser dada aos serviços que se tem aqui. Eu acho que se divulga pouco, se explora pouco, se valoriza pouco, então é feito assim todo um trabalho muito grande, mas pouco criativo em relação ao marketing, em relação ao que ele representa. Fazem-se coisas muito

interessantes, mas, assim, uma coisa não está amarrada com a outra, não fortalece a outra. Então, você tem um baita de um programa de internação domiciliar completamente divorciado da rede de atenção básica, dos programas de Saúde da Família. Implementa-se a Saúde da Família completamente desvinculada dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), da Internação Domiciliar (ID) do Pronto Atendimento Médico para Adultos (PAM), ou seja, você cria várias coisas que estão aí apontando como iniciativas importantes, mas cada uma por si, não tem uma construção do que seria a rede mesmo de atenção básica. Eu sempre falo que atenção básica é o chão da fábrica do SUS. Até botei isso na minha tese, por quê? Porque é onde se constrói o alicerce, onde se estrutura, se encaminha o paciente para a especialidade, ele deve voltar para a atenção básica. Só que esse espaço, está muito sucateado em Londrina. As Unidades Básicas estão sucateadas. Eu acho que sucateada no sentido de não terem diretrizes de valorização há muitos anos. Não é só agora, vem ao longo de alguns anos. Por que eu estou colocando isso? Porque para nós pesa, quando você pensa em colocar o aluno para desenvolver iniciativas inovadoras, ele encontra uma equipe desmotivada, desvalorizada, com práticas que têm um nome novo, uma grife nova, mas continua fazendo o mesmo trabalho antigo. É muito claro isso na Residência Multiprofissional que começou em 2007, uma discussão que está entrando em choque. A Unidade de Saúde que têm equipe de Saúde da Família, o auxiliar de enfermagem fala: "não, eu sou da Unidade Básica", o agente comunitário fala: "não, eu sou da Saúde da Família". Convivendo, sem nenhuma discussão e problematização em cima disso. Não se têm problematizado as práticas nos serviços de saúde. Acho que isso pesa quando se pensa nas iniciativas inovadoras de ensino, mostrar outros campos, por isso que eu falo do patinho feio, não adianta, se a gente não tiver esse outro lado também, a coisa demora a crescer. Acho até que na Universidade, no Departamento de Saúde Coletiva, a gente tem uma prática que hoje é pouco utilizada nos serviços, pouco valorizada pelos gestores, não pela equipe que está lá, mas pelos gestores e aí eu digo que quando falo gestores é alto escalão mesmo. Acho que tem muita oportunidade perdida, muita água passou por debaixo da ponte sem ser aproveitada, então eu acho que esse é o diagnóstico da nossa situação atual. (PUeL4)

Para o avanço e fortalecimento da parceria com o serviço de saúde e a comunidade, há necessidade, principalmente, de um movimento mais articulado da academia com o serviço (Feuerwerker et al., 2000). Sempre existiu certa abertura por parte do serviço em Londrina, mas é preciso haver

muito mais do que vontade política, para que a academia possa integrar-se de fato com o serviço, de forma que esta relação de 40 anos possa avançar ainda mais, de maneira sustentável e institucionalizada.

Atualmente, em Londrina, a parceria não se dá por meio de estruturas colegiadas de co-gestão dos projetos e do curso. A representação dos profissionais, ou dos serviços, ou da comunidade, por exemplo, no Colegiado do Curso ou na sua Comissão Executiva, não existe. No entanto, ela se desenvolve por conta da sensibilidade que há entre dirigentes do curso e professores às demandas tanto dos serviços, como da população, segundo o depoimento de um dos gestores entrevistados:

[...] tem a ver com a história do próprio curso de Londrina que foi reforçada nos últimos 10 anos com esse currículo novo integrado, porque foi produto de uma interação mais forte com os serviços e com a comunidade, mas, na verdade, o Curso de Medicina, já em 1967/68, quando foi criado por uma pressão da comunidade, tudo bem que foi uma parte da comunidade, naquele tempo, a elite comunitária da cidade, a Associação Médica de Londrina, camadas aí que podiam exercer pressão, naquele tempo da ditadura, mas foi a sociedade pressionando que criou o Curso de Medicina em Londrina. (GUEL1)

Curiosamente o critério que tem prevalecido para o envolvimento na organização da Conferência Municipal de Saúde não é o vínculo do docente ao curso de Medicina, mas o reconhecimento dele como liderança política e comunitária ligados à área de Saúde Coletiva.

No entanto, o movimento de levar o estudante até o serviço, conhecer a realidade, discutindo e participando com lideranças da

comunidade no dia-a-dia do serviço é que tem propiciado ao estudante se apropriar desse conhecimento da Saúde Coletiva, como afirma um professor entrevistado:

Se o curso se limitasse a ensinar Saúde Coletiva dentro da sala de aula, a questão da aprendizagem, da apropriação dessa área pelos estudantes seria muito menor. Esse movimento que é feito, tanto de incluir problemas que discutem a Saúde Coletiva, com a inclusão de módulos que propiciam ao aluno conhecer e vivenciar a realidade da comunidade e dos serviços é que propicia maior apropriação, uma maior aprendizagem dessa área pelos estudantes. Eu acho que, em alguns momentos, a participação da comunidade ela já foi mais significativa do que é atualmente. Hoje a gente tem percebido um maior recuo, acho que da nossa parte enquanto academia em busca de uma maior aproximação, uma maior parceria com a comunidade. Ela tem se mostrado bastante aberta; nos momentos em que ela tem voz, ela manifesta que o espaço está aberto, ela precisa que a academia se aproprie, e se utilize dos espaços, que nós somos muito bem-vindos lá, a nossa representante da comunidade tem uma maior participação, mas ela manifesta isso o tempo inteiro. (PUEL1)

Identifica-se, pelos depoimentos, que é preciso haver uma maior aproximação com os serviços de saúde e com a comunidade. O desafio de aproximar docentes e comunidade, com todas as dificuldades de interação que existem não pode ser encarado com ingenuidade ou de uma forma descontextualizada das questões do poder (Aguilar, 2001).

A distância entre ensino e comunidade se amplia quando o foco das atividades aparece muito centrado na assistência médica e na dimensão técnica e não na política ou no âmbito estratégico, que são ingredientes essenciais para o avanço da parceria, como se constata na opinião de uma professora entrevistada (PUEL4).

Em síntese, as parcerias são um tema mais abordado pelos gestores e professores, mas contam com a valorização dos estudantes. Se, por um lado, há um relativo consenso entre os entrevistados sobre a relevância disso nos dois sentidos (para os estudantes e para a comunidade); por outro, há uma grande diversificação das considerações críticas sobre as dificuldades e necessidades, apontando para alternativas políticas, acadêmicas e estruturais do funcionamento das parcerias.

Tomado no seu conjunto, o estudo de caso da UEL retrata um interessante movimento entre o projeto instituído e os desafios para a sua implementação e aperfeiçoamento (Feuerwerker, 2002). Levar a cabo uma proposta pedagógica inovadora requer consideráveis ajustes internos como, por exemplo: a operacionalização eficiente das iniciativas de avaliação, a negociação com as expectativas discentes, a educação permanente do corpo de professores e a mobilização administrativa e burocrática para viabilizar suportes técnicos e operacionais ao curso. E externos como o estabelecimento de convênios e parcerias com o sistema de saúde assim como a negociação política, pedagógica e científica com as diretrizes curriculares nacionais (Lugarinho et al., 2006; Pereira, 2006).

Entre os agentes envolvidos — gestores, professores e estudantes — a diversidade de posicionamentos, nos seus consensos e dissensos, e, sobretudo, na amplitude de suas percepções e anseios, é exatamente o que alimenta a natureza dos ajustes a serem feitos, ora com avanços, ora com retrocessos. O que temos aí é a prova viva da

complexidade de um projeto de formação profissional e, mais ainda, da complexidade de uma iniciativa de mudança dos paradigmas tradicionais de educação médica (Chaves, 2000; Lampert, 2004).

Nesse contexto, o papel da Saúde Coletiva parece superar o estabelecimento de um determinado corpo de saber (um conteúdo fixo, definido a priori), integrando o próprio esforço da instituição para desenvolver habilidades, gerar consciência, assumir posturas e, verdadeiramente, inserir o futuro médico no contexto das realidades regional e brasileira.

4.2 O CASO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR)

4.2.1 O CURSO DE MEDICINA DA UFPR

a) APRESENTAÇÃO DA UFPR

A Universidade Federal do Paraná é considerada a mais antiga instituição de ensino superior denominada universidade no Brasil e um dos símbolos da cidade de Curitiba. Sua história começa em 1892, quando o político Rocha Pombo lançou na Praça Ouvidor Pardinho a pedra fundamental da Universidade do Paraná. No entanto, devido ao Movimento Federalista, o projeto não foi adiante.

Apenas em 1912, quando o Paraná sentiu que precisava de pessoas qualificadas para defendê-lo politicamente pois seu grupo intelectual era reduzido, o movimento pró Universidade do Paraná foi retomado. Assim, depois de perder a região do Contestado para Santa Catarina, houve mobilização em prol da criação da Universidade.

No dia 19 de dezembro de 1912, Victor Ferreira do Amaral e Silva, que era médico e deputado, liderou a criação efetiva da Universidade, sob o lema **“Ciência e Trabalho”**.

Em 1913, a Universidade começou a funcionar como uma instituição particular. Os primeiros cursos ofertados foram Ciências Jurídicas e Sociais, Engenharia, Medicina e Cirurgia, Comércio, Odontologia, Farmácia e Obstetrícia.

Após ter fundado a Universidade do Paraná, Victor Ferreira do Amaral e Silva — seu primeiro reitor — fez empréstimos e iniciou a construção do Prédio Central, na Praça Santos Andrade, em terreno doado pela Prefeitura de Curitiba.

Na década seguinte veio a Primeira Guerra Mundial e com ela a recessão econômica e as primeiras dificuldades. Entre elas, uma lei que determinava o fechamento das universidades, pois o Governo Federal não recebia bem as iniciativas que surgiam de forma independente nos Estados.

Foi necessário criar alternativas para evitar o fechamento da Universidade do Paraná. A forma encontrada na época para driblar a lei e continuar funcionando foi desmembrar a instituição em Faculdades. Durante mais de trinta anos buscou-se resgatar a Universidade na forma como fora concebida, o que só veio a acontecer no início da década de 50, quando as Faculdades foram reunidas e, novamente, formou-se a Universidade do Paraná. Essa unificação não teria sido possível sem o apoio da imprensa e da comunidade paranaense.

Restaurada a Universidade, a próxima batalha visou à sua federalização. Na época, o reitor Flávio Suplicy de Lacerda mobilizou as lideranças do Estado e, em 1950, a Universidade do Paraná tornava-se uma instituição pública e gratuita. Após a federalização, a instituição entrou em uma fase de expansão. O início da construção do Hospital de Clínicas em 1953, do Complexo da Reitoria em 1958 e do Centro Politécnico em 1961 comprovam a consolidação da instituição que, em 2008, comemorou 95 anos de história e lutas.

O perfil da instituição aqui delineado não tem por objetivo quantificá-la ou apresentá-la por meio de números. Procura-se, apenas, situá-la historicamente e mostrar sua trajetória até os dias de hoje, para uma

melhor compreensão do contexto em que está inserido o Hospital das Clínicas da UFPR, um dos maiores hospitais-escola do país.

A Universidade Federal do Paraná é atualmente uma instituição de ensino superior pública, que oferece graduação e pós-graduação, além da pesquisa e da extensão. São 66 opções de cursos de graduação no ensino superior, 39 de residência médica, 79 de especialização, 44 de mestrado e 26 de doutorado.

Vale ressaltar que o Curso de Medicina, desde 2004, adota em seu concurso vestibular o sistema de cotas, oferecendo 20% das vagas para estudantes oriundos de escolas públicas (35 vagas), 20% para estudantes afro-descendentes (35 vagas) e 60% para a concorrência geral (106 vagas). O total é de 176 vagas por ano, sendo 88 para o 1º semestre e 88 para o 2º semestre, com um único vestibular por ano.

b) HISTÓRICO E CONFIGURAÇÃO DO CURRÍCULO DE MEDICINA DA UFPR

O Curso de Medicina da UFPR é quase centenário; a Faculdade de Medicina da UFPR foi fundada em 1912. A primeira turma graduou-se em 30 de março de 1922, mas o reconhecimento legal do curso só veio a acontecer 16 anos depois, por meio do Decreto Federal Nº 421, publicado no Diário Oficial em 12 de maio de 1938. Seu primeiro diretor foi o Dr. Victor Ferreira do Amaral.

O Hospital de Clínicas (HC), inaugurado em 1961 pelo então Presidente Jânio Quadros, comemorou 47 anos de funcionamento em 2008 e é a maior interface da Universidade para a comunidade, realizando, por mês, 60 mil atendimentos, 1.200 internações e 100 cirurgias de alta complexidade, além de internações de pacientes graves nas Unidades de Terapia Intensiva.

O atual Setor de Ciências da Saúde, que substituiu a antiga Faculdade de Medicina da UFPR, foi constituído em 1972, quando também foram inauguradas suas novas instalações, anexas ao Hospital de Clínicas.

Desde o ano de 2000, o Setor de Ciências da Saúde administra seis cursos de graduação: Medicina, Odontologia, Farmácia, Nutrição, Enfermagem e Terapia Ocupacional, além de atividades de pós-graduação, de extensão e assistência (realizada pelos docentes e alunos no HC, principalmente).

O currículo do Curso de Medicina é estruturado em disciplinas e o regime acadêmico é o de créditos. Os estudantes começam pelas disciplinas básicas, que são ofertadas durante os três semestres iniciais. Depois dessa fase, eles passam para o ciclo profissionalizante, iniciando o seu contato com os pacientes em disciplinas como Pneumologia, Ortopedia, Oftalmologia, Pediatria, Ginecologia e Neurologia.

No 10º e 11º semestres, os estudantes passam por estágios obrigatórios, onde se familiarizam com as quatro grandes áreas da Medicina: Cirurgia, Clínica Médica, Pediatria e Tocoginecologia. No 12º semestre, eles

podem escolher até quatro estágios optativos (também chamados de Internatos Optativos), quando elegem as áreas de sua preferência.

Visando proporcionar uma formação mais abrangente, desde a “**Reforma Curricular**” (aprovada pelo Conselho de Ensino e Pesquisa da UFPR em 1994), passou-se a dar oportunidade aos estudantes de terem contato mais direto com a comunidade, através do desenvolvimento de atividades em Unidades Básicas de Saúde da Prefeitura de Curitiba. Com isso, o trabalho de campo deixou de ficar restrito ao Hospital de Clínicas que, na maioria das vezes, atende casos de doenças mais graves e complexas de pacientes encaminhados por outros hospitais e serviços de saúde.

Assim, o estudante pode, por meio de convênio mantido pela Universidade e sob a supervisão dos professores, ter alguma experiência de atenção primária à saúde, como parte do Sistema Único de Saúde (SUS), nas Unidades Básicas de Saúde, atuando na promoção da saúde, na prevenção e no tratamento das doenças mais comuns da população de Curitiba.

Em 2008, estava em processo de implantação o “**Ajuste Curricular do Curso de Medicina da UFPR**”, totalizando 7.530 horas (vide grade curricular no Anexo G), além das atividades formativas flexíveis que cada estudante pode escolher ao longo do curso e que podem ser assim constituídas: disciplinas optativas, atividades de monitoria, atividades de pesquisa, atividades de extensão, estágios curriculares não obrigatórios, atividades de representação acadêmica ou participação em eventos científicos (Reggiani, 2006).

C) MECANISMOS DE AVALIAÇÃO INSTITUCIONAL

A necessidade de avaliar o ensino médico no Brasil levou, no início da década de 1990, à criação da CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico), com o objetivo de realizar essa avaliação e propor medidas para corrigir as deficiências encontradas. O Curso de Medicina da UFPR integrou-se a esse importante movimento na educação médica brasileira (Piccini, 1992).

A Universidade Federal do Paraná, ao longo dos seus 95 anos de existência, desenvolveu, em diferentes momentos, distintos programas de avaliação institucional. Um deles, realizado em 1992, contemplou três aspectos importantes da avaliação: o projeto pedagógico, a estrutura curricular e o desempenho didático dos docentes.

Dentre as experiências que constituíram o programa, ganhou destaque pela sua abrangência de Reestruturação Curricular do Curso de Medicina. Com uma história rica em avanços e recuos, o processo de avaliação vivenciado no interior do Curso de Medicina da UFPR era decorrente de uma insatisfação que se encontrava generalizada tanto interna quanto externamente à Universidade (Serafini, 1992). Com esses focos de preocupação, o movimento de revisão curricular mostrou-se incômodo naquele momento e polêmico até os dias de hoje.

Ao longo desse caminho, realizou-se uma pesquisa procurando definir o perfil do médico que a instituição necessitava formar, a partir do confronto entre as idéias explicitadas no âmbito do Colegiado de

Curso sobre três indicadores básicos: as condições contemporâneas de trabalho para o recém-formado, a evolução histórica da educação médica e o compromisso social do médico como cidadão e profissional da saúde no contexto brasileiro.

O resultado de todo esse processo levou à formulação de um novo Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina, aprovado em 1994 pelo Conselho de Ensino e Pesquisa da UFPR, que tinha em essência a seguinte perspectiva:

(...) O ciclo profissionalizante tem se definido como o momento em que as matérias, até então apresentadas fragmentadas e individualizadas como disciplinas/especialidades, sejam agrupadas em conjuntos integrados em ambulatórios gerais, onde os conhecimentos teóricos se mesclam com os práticos, onde as matérias clínicas se desenvolvam simultaneamente com as cirúrgicas, com a farmacologia e patologia clínica; onde a pediatria e a tocoginecologia possam se desenvolver em conjunto, e onde os aspectos psicológicos, éticos e sociais tenham seus espaços para a formação do profissional adequado. (...) (Serafini, 1992, p.27).

A partir de então foi deflagrado outro longo processo de implantação de reforma curricular que tinha como um dos princípios norteadores a atuação prática em serviços e na comunidade desde o início do curso. Tal princípio estava em sintonia com o Projeto da CINAEM, que propunha políticas de integração com os serviços de saúde e de parceria com o SUS o que, no novo currículo do Curso de Medicina da UFPR, se traduzia nas Práticas de Ambulatório Geral — PAGs (CINAEM, 1992).

Mesmo tendo realizado o Teste de Progresso proposto pela CINAEM, financiado pela Fundação Kellogg e coordenado pela ABEM em 1998, os resultados tiveram pouco impacto nos mecanismos internos de

avaliação institucional do novo currículo de Medicina em processo de implantação na UFPR, segundo depoimentos dos seus dirigentes atuais (Gestores 1 e 2 da UFPR).

Somente em 2001, depois da graduação da primeira turma do novo currículo e com o fim do currículo mínimo e a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina, o Colegiado do Curso passou a ter os elementos necessários para desenvolver mais um longo processo de discussão interna, em conjunto com as chefias dos Departamentos e a direção do Setor de Ciências da Saúde, para então propor o Ajuste Curricular do Curso de Medicina da UFPR (Reggiani, 2006).

No ano de 2004, a instituição participou do Exame Nacional de Desempenho do Estudante — ENADE, um dos instrumentos avaliativos constituintes do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior — SINAES. O INEP apresentou, no seu relatório do curso, resultados referentes ao desempenho dos estudantes na prova de Medicina. A amostra foi constituída por 34 alunos ingressantes, que à época encontravam-se no final da 1ª série do curso, e por 49 concluintes.

Em 2007, a instituição participou novamente do ENADE e o INEP divulgou, no seu relatório do curso, além do desempenho dos estudantes na prova de Medicina, os percentuais apenas dos estudantes que entregaram o questionário de Avaliação Discente da Educação Superior, o que representa 77% dos ingressantes e 78% dos concluintes selecionados na amostra.

Apesar das limitações dos instrumentos como mecanismos de avaliação do curso, tanto a prova como a opinião dos estudantes são bastante representativas do total de estudantes da instituição e contribuem para uma análise da qualidade do ensino de graduação da UFPR.

Em relação ao perfil sociocultural e econômico dos ingressantes e concluintes, segundo o Questionário-Pesquisa, foram encontrados os seguintes resultados para as cinco questões, que revelam o perfil dos estudantes dessa instituição:

- a) A faixa de renda mensal das pessoas com quem o respondente morava foi de mais de 20 salários mínimos:

INGRESSANTES		CONCLUINTES	
2004	2007	2004	2007
26%	28%	43%	40%

- b) Para a pergunta “se trabalha ou já trabalhou”, o percentual de estudantes que responderam que não trabalhavam e nunca tinham exercido atividade remunerada foi:

INGRESSANTES		CONCLUINTES	
2004	2007	2004	2007
71%	88%	84%	80%

c) Percentual de alunos cujo pai tem ensino superior:

INGRESSANTES		CONCLUINTES	
2004	2007	2004	2007
66%	69%	80%	60%

d) Percentual de alunos cuja mãe tem ensino superior:

INGRESSANTES		CONCLUINTES	
2004	2007	2004	2007
69%	55%	67%	64%

e) Percentual de alunos que cursaram o ensino médio em escola particular:

INGRESSANTES		CONCLUINTES	
2004	2007	2004	2007
66%	67%	73%	78%

Observa-se que a faixa de renda dos estudantes é alta para mais de $\frac{1}{4}$ das turmas de ingressantes e ainda maior para os concluintes, o que se reflete na ausência de atividade remunerada, que se restringe a uma pequena parcela de estudantes. O grau de instrução dos pais e das mães é bastante elevado estando no ensino superior mais de 50%. Quanto aos estudantes, mais de $\frac{2}{3}$ são egressos do ensino médio privado.

Em relação aos hábitos de estudo desses estudantes, é possível extrair os seguintes dados:

- a) Percentual de alunos que utilizam a biblioteca da instituição muito freqüentemente:

INGRESSANTES		CONCLUINTES	
2004	2007	2004	2007
49%	64%	65%	4%

- b) Percentual dos alunos que dedicam mais de seis horas semanais a atividades extraclasse:

INGRESSANTES		CONCLUINTES	
2004	2007	2004	2007
48%	69%	65%	62%

O grau de utilização da biblioteca - que reflete uma busca mais ativa do conhecimento - evidencia que boa parte dos estudantes não a utiliza muito freqüentemente, sendo que os internos de 2007 a abandonaram quase que por completo talvez pelas vantagens de acesso eletrônico à distância que possa ter aumentado ou pelo excesso de atividades assistenciais dos estágios, porque em relação à disponibilidade para outras atividades diminuiu pouco.

Mesmo assim, os estudantes relatam o estudo autodirigido e valorizam o aprendizado autônomo.

No que diz respeito à avaliação do curso feita pelos estudantes, é possível obter as seguintes informações:

- a) Percentual de alunos que relataram que a técnica de ensino predominante utilizada pela maioria dos professores são as aulas expositivas com ou sem a participação dos estudantes:

INGRESSANTES		CONCLUINTES	
2004	2007	2004	2007
91%	93%	98%	98%

- b) Percentual de alunos que consideraram o currículo do curso relativamente integrado ou bem integrado, havendo uma clara vinculação entre as disciplinas ou áreas de conhecimento afins:

INGRESSANTES		CONCLUINTES	
2004	2007	2004	2007
86%	12%	57%	6%

- c) Percentual de alunos que responderam que os instrumentos de avaliação que a maioria dos professores adota, predominantemente, são as provas escritas discursivas ou testes objetivos:

INGRESSANTES		CONCLUINTES	
2004	2007	2004	2007
97%	93%	98%	98%

Quanto à opinião dos estudantes sobre as técnicas de ensino, foi assinalado que em mais de 90% das atividades de ensino predomina a aula expositiva. O grau de integração curricular difere significativamente entre a turma de 2004 que tem uma opinião inicial de um currículo integrado, que diminui muito ao final do curso. No entanto, entre os ingressantes de 2007, apenas 12% têm essa opinião e metade desse percentual refere-se aos concluintes o que reforça a impressão de que a fragmentação curricular aumentou ao longo dos últimos anos no curso.

Finalmente, em relação aos instrumentos de avaliação utilizados no curso, os estudantes relataram que em mais de 93% das disciplinas são as provas escritas ou os testes, não havendo um investimento específico da avaliação prática e das habilidades e atitudes profissionais no curso, nem no seu início e menos ainda no Internato, evidenciando a não valorização de dimensões não-cognitivas de aprendizado na formação do estudante.

Em relação ao desempenho dos alunos na prova do ENADE em 2004, comparando as notas médias dos alunos em formação geral, percebe-se que a diferença entre as notas dos ingressantes da instituição foi de 11 pontos acima da média do Brasil. Em relação aos concluintes, a nota média da instituição foi 9 pontos acima da média nacional (56,3).

Quanto às notas médias dos alunos no componente específico na prova de Medicina, a nota média dos concluintes da UFPR (50,6) foi maior do que a média brasileira (47,2). Nesse mesmo componente,

comparando a nota média dos alunos ingressantes da UFPR (18,4) com a média obtida no Brasil (19,6), verifica-se uma diferença de 1,2 pontos entre as duas.

Em relação ao desempenho dos alunos na prova de 2007, comparando as notas médias dos alunos em formação geral, a nota média dos concluintes da UFPR (62,4) foi menor do que a do Brasil (65,5). O mesmo aconteceu em relação aos alunos ingressantes, cuja nota média foi 49,4 enquanto que a obtida no Brasil foi 64,2, uma diferença de 14,8 pontos entre as duas.

O mesmo padrão de desempenho mantém-se no componente específico na prova de Medicina: a nota média dos concluintes da instituição foi 59,2 e a do Brasil 61,1. A dos estudantes ingressantes foi 24,0 e a do Brasil 32,3, uma diferença de 8,3 pontos entre as duas.

A nota final do curso foi produzida pelas variáveis:

- a) desempenho dos alunos concluintes no componente específico (peso 60%),
- b) desempenho dos alunos ingressantes no componente específico (peso 15%) e
- c) desempenho dos alunos (concluintes e ingressantes) na formação geral (peso 25%).

Em 2004, o conceito foi igual a 4 e em 2007 igual a 2. Os conceitos utilizados no ENADE variaram de 1 a 5 e, à medida que esse valor aumenta, melhor é o desempenho no exame.

Em 2007, outro parâmetro foi obtido por meio do Indicador de Diferença entre os Desempenhos Observado e Esperado (IDD), cujo propósito é informar as instituições sobre o desempenho de seus alunos concluintes em

relação à média obtida por estudantes de outras instituições com perfil semelhante. Entende-se que essas informações são boas aproximações do que seria considerado efeito do curso no conhecimento demonstrado pelo estudante.

O Curso de Medicina da UFPR obteve um IDD de 3, gerando um Conceito Preliminar de Curso (CPC) igual a 3, que é um novo indicador prévio da situação do curso, composto por 40% da nota da prova, 30% da nota do IDD e 30% da avaliação dos professores e do questionário socioeconômico respondido pelos estudantes. A escala também vai de 1 a 5. As instituições com nota 1 e 2 são automaticamente incluídas na lista de inspeção por uma comissão do MEC, sendo que os cursos com conceito igual ou maior a 3 podem optar por não receber a visita dos avaliadores e, assim, transformar o CPC em conceito permanente.

4.2.2 A SAÚDE COLETIVA DO CURSO DE MEDICINA DA UFPR

O Departamento de Saúde Comunitária da UFPR foi constituído originalmente pela união das duas cátedras do Curso de Medicina: a de Moléstias Tropicais e a de Higiene. Depois, foram agregadas a Cátedra de Higiene e Saúde Pública do Curso de Odontologia, a Cátedra de Higiene Social e Saúde Pública do Curso de Farmácia e outra Cátedra de Higiene e Saúde Pública do Curso de Medicina Veterinária.

O corpo docente do Departamento de Saúde Comunitária ficou, então, constituído de médicos, odontólogos, farmacêuticos e

veterinários Os cursos de Enfermagem, Nutrição e Terapia Ocupacional surgiram mais tarde e se organizaram de outra maneira em relação à Saúde Comunitária. O Curso de Enfermagem criou a área de Enfermagem e Saúde Coletiva e o de Nutrição, a área de Nutrição Social. Uma história diferente aconteceu com o Curso de Terapia Ocupacional, criado mais recentemente, e que tem procurado uma maior integração com o Departamento de Saúde Comunitária.

A partir da constituição do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, o Departamento de Saúde Comunitária passou a ter uma forte atuação no Hospital de Clínicas, desde a sua inauguração em 1961, na Enfermaria de Moléstias Infecciosas, como também no ensino, pesquisa e extensão da área de Saúde Coletiva propriamente dita.

Segundo o relatório da Investigação Nacional sobre o Ensino da Medicina Preventiva, as características do trabalho desenvolvido pelos docentes da UFPR, em 1976, foram assim descritas:

(...) O Departamento de Saúde Comunitária parece estar estruturado de maneira dinâmica na medida em que desenvolve intenso programa de pesquisa em sua área de conhecimento. É integrado pelo **Núcleo Profilático Universitário Prof. Pereira Filho**, que desenvolve vários programas de atendimento à comunidade. Esse órgão auxiliar do Departamento, administrado pelo Chefe do Departamento, pretende, conforme o Regimento do Departamento de Saúde Comunitária do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, ter como objetivos: I. Promover a saúde e prevenir as doenças no corpo docente, discente e demais servidores da Universidade Federal do Paraná; II. Promover a saúde e prevenir doenças na população residente nos bairros: Batel, Santa Teresinha, Seminário e todos do Distrito de Curitiba; III Proporcionar estágio prático ao corpo discente da Universidade Federal do Paraná; IV. Proporcionar treinamento em serviço a todos os servidores que desempenhem funções no Núcleo; V. Realizar pesquisas, pura e aplicada, na área de Saúde Pública e Medicina Preventiva, com vistas ao aprimoramento das suas atividades; VI. Colaborar com todas as disciplinas do Departamento e de outros departamentos da Universidade Federal

do Paraná; VII. Avaliar, semestralmente, demonstrando por relatório a situação da morbidade verificada em exames pelo Núcleo. É significativo o papel que o Departamento de Saúde Comunitária desempenha dentro da escola. Desenvolve, a partir do Núcleo, um importante programa de atendimento à comunidade. Realiza pesquisas pioneiras na região, e o que é mais importante, promove estágio prático para o corpo docente da escola, dentro de uma nova visão da prática médica. Em 1976, a Universidade assinou com a Prefeitura de Curitiba um “Termo de Acordo” visando à implementação de um Programa de Saúde Comunitária com o intuito de propiciar estágio a alunos da Universidade no campo da Saúde de Comunidade. Antes disso, em 1974, o próprio Departamento assinara um “Termo de Ajuste” com a Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde Pública do Paraná com o intuito de permitir o desenvolvimento de um Programa de Saúde Comunitária. Todo esse programa de atendimento à comunidade é realizado através do Núcleo, que além de desenvolver atividades de assistência médico-sanitária, pretende treinar alunos da própria escola e também de outros cursos da Universidade. Nesse sentido, pode-se perceber que esse Departamento segue um esquema de integração em dois sentidos: por um lado, com os demais Departamentos da escola, e por outro, visa à integração com os serviços de saúde do Estado (AROUCA, 1978).

Caracteriza-se nitidamente, neste caso, o chamado “Modelo Racionalizador”, pois estava além do Modelo Mínimo Legal e diferindo do Modelo Liberal pela prática de extensão de cobertura, entre as classificações propostas pelo PESES (1978), para a área de Saúde Coletiva naquele momento, e descritas no parecer acima, constante do relatório da pesquisa encaminhado à FINEP.

A partir de 1994, com a implantação da reforma curricular (Resolução CEP N.31/94), os docentes do Departamento de Saúde Comunitária passaram a atuar mais regularmente em sete disciplinas que, em termos de carga horária, representam 6% (480 horas) da carga horária total do curso. No entanto, para aqueles estudantes que optam pelo estágio no Internato de Medicina Geral e Comunitária, a carga horária total de Saúde

Coletiva sobe para 12% (920 horas) e se desenvolve nas seguintes disciplinas:

a) Saúde, Sociedade e Meio Ambiente, ofertada no 3º semestre (60 horas):

Conceitos básicos sobre o processo saúde e doença e a determinação social do mesmo. Influência dos processos sociais e culturais e suas repercussões nas condições e práticas de saúde da população. Relação meio ambiente, saúde e desenvolvimento, da influência do ambiente físico e dos riscos ambientais à saúde, da importância do saneamento básico e da higiene dos alimentos e as medidas de controle de doenças aplicadas ao ambiente (UFPR, 2007a).

b) Epidemiologia, ofertada no 6º semestre (60 horas): *Epidemiologia Geral.*

Compreensão da evolução histórica, concepção, usos e perspectivas da epidemiologia. Estrutura epidemiológica das doenças transmissíveis e medidas profiláticas. Diagnóstico de saúde através dos indicadores de morbimortalidade, recursos e atividades de saúde. Metodologia epidemiológica e dos principais modelos aplicados à investigação das doenças e sua aplicação em serviços de saúde. Sistemas de vigilância epidemiológica no sistema de saúde (UFPR, 2007b).

c) Prática de Ambulatório Geral I, ofertada no 6º semestre (120 horas):

Atendimento Integrado das patologias prevalentes na comunidade, de acordo com sua demanda espontânea, em Serviços Ambulatoriais Gerais, Hospitais e Consultórios (UFPR, 2007c).

d) Saúde e Trabalho, ofertada no 6º semestre (60 horas): *Processo de*

trabalho e sua repercussão na saúde individual e coletiva. Funções do Médico do Trabalho e os Serviços Médicos das Empresas. Legislação trabalhista ligada à Saúde e Segurança, acidentes do trabalho e doenças ocupacionais. Riscos ocupacionais e das medidas de controle incluindo as técnicas de proteção individuais e coletivas. Higiene dos ambientes de trabalho e das atividades de prevenção de acidentes. Situação atual da assistência à Saúde do

Trabalhador no sistema de saúde e principais doenças e acidentes do trabalho (UFPR, 2007d).

- e) Prática de Ambulatório Geral II**, oferecida no 7º semestre (120 horas): *Visa expor o aluno ao atendimento integrado de clientes diversos - adultos e crianças. O aluno fará anamnese e o exame físico completo para a elaboração de diagnóstico e plano terapêutico. Terão orientação de docentes de diversas especialidades médicas como consultores. O objetivo é o de dar solução à maioria dos casos clínicos a nível ambulatorial. Funcionará no Hospital de Clínicas e em Ambulatórios da Comunidade através de Convênios (UFPR, 2007e).*
- f) Doenças Sexualmente Transmissíveis**, ofertada no 7º semestre (60 horas): *Clínica, etiopatologia, diagnóstico e terapêutica das doenças de transmissão sexual prevalentes de maneira interdisciplinar (UFPR, 2007f).*
- g) Medicina Geral e Comunitária**, oferecida no 12º semestre do Internato Médico como um estágio curricular optativo de 11 semanas (440 horas): *Metodologia de trabalho. Serviços de saúde em nível individual e coletivo integrado em equipe multiprofissional. Área de atuação do serviço e a população residente. Determinantes sociais do processo saúde-doença. Propõe-se também a identificação da Medicina Geral e Comunitária no Sistema Único de Saúde em nível municipal. Produção de trabalho científico sobre problemas identificados em campo (UFPR, 2007g).*

Com o Ajuste Curricular proposto pela coordenação do curso e aprovado pelo Colegiado do Curso em 2007, para implantação em 2008, os docentes do Departamento de Saúde Comunitária passarão a atuar em oito disciplinas no Curso de Medicina, que representarão os mesmos 6% (480 horas) da carga horária total e se desenvolverão nas seguintes disciplinas da 1ª à 4ª série:

- a) Saúde, Sociedade e Meio Ambiente, ofertada no 3º semestre (60 horas);
- b) Epidemiologia, ofertada no 4º semestre (60 horas);
- c) Organização de Sistemas e Serviços de Saúde, ofertada 5º semestre (40 horas);
- d) Saúde e Trabalho, ofertada no 6º semestre (60 horas);
- e) Atenção Integral à Saúde I, ofertada no 6º semestre (80 horas);
- f) Atenção Integral à Saúde II, ofertada no 7º semestre (100 horas);
- g) Infectologia, ofertada no 7º semestre (60 horas);
- h) Investigação em Saúde Coletiva, ofertada no 8º semestre (20 horas).

Como estamos analisando um currículo em transição que, do sexto semestre para baixo é o currículo ajustado e do sétimo para cima é o sem o ajuste, fica difícil conseguir visualizar como de fato ficará a estrutura curricular final do curso. Além disso, existe a perspectiva de se aumentar o Internato Médico para dois anos.

Caso isso se confirme, a carga horária do Internato totalizará 3.520 horas, sendo que o Internato em Saúde Coletiva passará de optativo no 12º semestre para obrigatório no 10º semestre e terá uma carga horária como os outros estágios de 440 horas, o que representará um percentual de 12% (920 horas) para a carga horária total de Saúde Coletiva no Curso de Medicina da UFPR.

A análise quantitativa que se pode fazer do currículo ajustado é que houve mudanças na oferta da carga horária de Saúde Coletiva, induzidas por pela busca de maior adequação às Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina.

No que diz respeito às recentes iniciativas de capacitação, um grupo de professores do Departamento de Saúde Comunitária promoveu em 2008, um curso de Apoio Pedagógico ao Ensino de Saúde Coletiva na Atenção Primária à Saúde para os médicos que fazem a preceptoria dos estudantes na rede básica de saúde, visando às mudanças das práticas em Saúde Coletiva.

O curso foi desenvolvido em encontros quinzenais em que se discutiu um determinado tema, após o que foi realizado um seminário aberto à comunidade, para o qual foram convidados os quatro cursos de Medicina existentes em Curitiba, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, além dos gestores e professores do Curso de Medicina da UFPR.

No primeiro módulo, foi feita uma introdução ao campo da Saúde Coletiva por mim, que discuti os Desafios e Tendências do Ensino da Saúde Coletiva na Atenção Primária à Saúde, e que contou com a participação dos 10 profissionais que fazem preceptoria para a UFPR e mais 30 preceptores das outras faculdades de Curitiba.

No módulo seguinte, realizou-se uma discussão sobre a importância do aprendizado da Atenção Primária à Saúde para a formação

geral do médico, seguida da discussão da Clínica Ampliada, das Políticas de Saúde e o SUS, da Educação em Saúde, finalizando com Atenção Integral à Saúde.

O impacto qualitativo deste ajuste curricular no processo avaliativo do Curso de Medicina da UFPR é uma questão em aberto a ser respondida futuramente pelos gestores do curso, quando se completar o processo de transição curricular em 2012, que marcará o 100º ano do curso.

4.2.3 As Vozes dos Protagonistas da UFPR

Eixo de Análise I — Configuração da Saúde Coletiva da UFPR

**1ª CATEGORIA ANALÍTICA:
OBJETIVOS DA SAÚDE COLETIVA NA UFPR**

**2ª CATEGORIA ANALÍTICA:
ÊNFASES DA SAÚDE COLETIVA NA UFPR**

**3ª CATEGORIA ANALÍTICA:
ESTRATÉGIAS DA SAÚDE COLETIVA NA UFPR**

A análise do programa institucional da Saúde Coletiva da UFPR, incluindo a mais recente iniciativa de Ajuste Curricular, não estaria completa sem a consideração de como ele está sendo vivido pelos seus diferentes personagens: os gestores, os professores e os estudantes.

Nesse sentido, os relatos dos entrevistados permitem vislumbrar o ensino da Saúde Coletiva tal como ele é efetivamente executado na UFPR, uma análise que se funda em três eixos analíticos: a **Configuração da Saúde Coletiva**, as **Dimensões da Saúde Coletiva** e a **Saúde Coletiva no Contexto do Curso** de Medicina da UFPR.

Na análise da Saúde Coletiva do currículo executado no Curso de Medicina, isto é, da configuração do seu programa vivido, percebido e avaliado pelos gestores, professores e estudantes, foi possível situar três categorias: os **OBJETIVOS** a serem alcançados, as **ÊNFASES** atribuídas aos conteúdos e as **ESTRATÉGIAS** de ensino traduzidas pela organização das atividades didáticas nas disciplinas ou na realização dos estágios de Saúde Coletiva.

□ 1ª CATEGORIA ANALÍTICA: OBJETIVOS DA SAÚDE COLETIVA NA UFPR

As disciplinas de Saúde Coletiva no atual currículo do Curso de Medicina da UFPR foram descritas anteriormente com base na análise documental do material coletado e extraído do projeto pedagógico do curso.

Os docentes atuam especificamente em cada uma das oito disciplinas do curso já relatadas e a sua normatização está bem definida administrativamente pela Resolução do CEPE Nº 62 de agosto de 2006, que estabeleceu o elenco de disciplinas e práticas profissionais do Departamento de Saúde Comunitária do Setor de Ciências da Saúde da UFPR.

Além disso, a resolução definiu que os créditos correspondentes às diferentes modalidades das disciplinas são assim computados: “um crédito equivalerá a dez horas de aula teórica, a vinte horas de aula prática e a quarenta horas de prática profissional sob a forma de estágio supervisionado ou Internato”.

As ementas das disciplinas, assim como os planos de ensino de cada uma delas, descrevem os objetivos educacionais que os estudantes devem alcançar ao final de cada disciplina e que lhes são apresentados no início das suas atividades acadêmicas. Tais objetivos estão registrados no Ementário da Pró-reitoria de Graduação e na coordenação do Curso de Medicina.

No entanto, entre os objetivos prescritos e os efetivamente executados pelos docentes, existe certo distanciamento, como aponta um dos professores entrevistados:

“A principal dificuldade que a gente tem, eu diria quase como um desafio, porque entre a idéia do que a disciplina foi imaginada e o que a gente consegue tocar, tem sempre um grande abismo entre quem vai fazer e o como vai fazer”. (PUFPR4)

Um bom exemplo dessa situação é a disciplina de Epidemiologia, que esteve muito centrada nas doenças transmissíveis, tendo depois se voltado para a metodologia epidemiológica e para a epidemiologia das doenças, com certa repetição da clínica e do diagnóstico. A proposta no atual currículo foi no sentido de que as doenças transmissíveis ficassem com a disciplina de Infectologia que, inclusive, está lotada no mesmo Departamento, como descreve uma professora entrevistada:

“[...] a Epidemiologia passou a ter um conteúdo mais de Epidemiologia Básica como trabalhar com dados, indicadores e método epidemiológico. Eu achei que não era necessário dar a chamada Epidemiologia Social, porque a meu ver a Epidemiologia Social é a Sociologia aplicada à saúde. Pode ser que tenha gente que questione isso, mas eu acho que se nós não tivermos uma boa visão da epidemiologia tradicional, como trabalhar com dados, indicadores, o aluno sequer tem instrumental para discutir a Epidemiologia Social. O aluno de Medicina demanda muito a compreensão das doenças pelos métodos tradicionais. Então eu diria que a gente fez uma reforma conservadora da epidemiologia.”
(PUFPR2)

Houve um período de muita carência de professores na década de 90 nas universidades federais, causada pela impossibilidade de contratar novos docentes, inclusive para substituição dos aposentados. A situação se agravou na UFPR e, em particular, no ensino de graduação com a criação de Práticas de Ambulatório Geral, disciplina para a qual o Departamento de Saúde Comunitária ficou como co-ofertante das práticas profissionais integradas do Curso de Medicina.

Um dos professores entrevistados relata:

“Prática de Ambulatório Geral, ela tem esse nome porque se colocou, mas ela é uma disciplina basicamente de Atenção Primária à Saúde, ela é nas Unidades de Saúde da Prefeitura de Curitiba. Ela se dá no 6º período do Curso de Medicina, é um dos primeiros momentos de inserção precoce do aluno na rede de saúde. Porque a primeira vez que o aluno vai para a Unidade de Saúde, ele tem na Saúde e Sociedade, no 3º período, mas é muito teórico e a nossa não, o aluno vai toda semana à Unidade de Saúde e ele já visa atendimento aos pacientes da Unidade que são agendados, então ele faz uma atenção primária, mas ele participa da Unidade de Saúde também. Ele participa dos programas da Unidade de Saúde, faz visita domiciliar, faz atividade de educação em saúde, participa das campanhas de vacina, da campanha de dengue, tudo que a Unidade acaba produzindo que é um conhecimento que a gente acha que é importante, os alunos participam de todo esse processo. É uma disciplina importante, mas tem um professor só, que sou eu. O que nós conseguimos foram médicos concursados da Universidade que nos ajudam na disciplina, então, são médicos da Universidade que são lotados no nosso Departamento e eles ficam na Unidade de Saúde. E o aluno vai para a Unidade e o médico está lá”.
(PUFPR5)

Os gestores não se manifestaram especificamente sobre esta questão, mas tendem a concordar com os professores porque, com o processo de ajustamento curricular provocado pelas diretrizes curriculares, há maior mobilização para a formação do médico que atenda as necessidades de saúde da população como a exposição precoce do estudante às Unidades Básicas de Saúde do SUS, ampliando o seu contato com a comunidade.

Nesta perspectiva, existe um esforço concreto de superação de um curso tradicional, de uma visão de formação médica mais voltada para as práticas dentro do Hospital de Clínicas.

□ 2ª CATEGORIA ANALÍTICA: ÊNFASES DA SAÚDE COLETIVA NA UFPR

Nesta categoria, a proposta é analisar como os conteúdos e as práticas da área de Saúde Coletiva são enfatizadas no currículo do Curso de Medicina efetivamente executado, bem como a carga horária real dessas atividades.

Vale lembrar que a UFPR adota um modelo curricular estruturado em regime de matrícula por disciplina (crédito). Por isso, cada disciplina tem um professor responsável que coordena e traduz a ementa e os seus objetivos educacionais em um programa disciplinar, o que se concretiza em um cronograma de atividades acadêmicas, com carga horária administrada pelo Departamento de Saúde Comunitária, assim como para todo o elenco de disciplinas e práticas profissionais dessa área.

Desta forma, se por um lado as ênfases nos conteúdos e práticas das sete disciplinas de Saúde Coletiva são bastante específicas, o que lhes confere um caráter “permanente”, por outro, elas têm uma dimensão “variável” que procura se adaptar ao calendário escolar de cada ano, no plano de ensino.

Cada um dos professores entrevistados explicou a ênfase dada na sua disciplina especificamente, que tem na perspectiva da formação do médico generalista a sua imagem objetivo, mas com pouca articulação entre as sete disciplinas ofertadas pelo Departamento de Saúde Comunitária.

Apesar disso, parece evidente o esforço da coordenação em envolver todos os docentes na discussão do ajuste curricular, uma preocupação que poderia ser comprovada até na pauta das reuniões ordinárias de 2007, convocadas pelo Colegiado do Curso de Medicina.

De acordo com os estudantes de primeira à quarta série, reunidos no Grupo Focal realizado no Diretório Acadêmico Nilo Cairo – DANC, houve consenso de que as disciplinas de Saúde Coletiva são muito teóricas e com poucas práticas, com exceção dos PAGs, que dão importância ao que os estudantes entendem como atividades práticas, como podemos observar neste relato:

Eu acho que a única disciplina que nos proporciona momentos práticos é o PAG. Porque Saúde, Sociedade e Meio Ambiente, a gente até teve essa saída a campo, mas para mim não valeu como carga horária prática. Teve a sua importância, mas acho que a gente é simplesmente jogada e o PAG é eminentemente prático, então o conteúdo teórico é mínimo, mas eu não vejo isso como um problema. Até pelos assuntos que eram abordados basicamente sobre doenças, isso a gente tem em outras disciplinas, nas especialidades. E nas outras é basicamente teórico, a Infectologia, por exemplo, eram três aulas que a gente tinha teóricas que deveria ser uma hora teórica e duas de prática ou teórica-prática, mas a gente não viu nenhum paciente, a gente não saiu do ambiente de sala de aula. Saúde e Trabalho, a gente só teve conteúdo teórico, tivemos uma visita a uma empresa, que foi até interessante, porque a empresa, no meu modo de ver, é uma comunidade. Acho que isso foi um problema bem grande, porque dentro de um Departamento de Saúde Comunitária eu acho que a prática é indispensável. (EUFPR3)

Na visão dos internos do 12º semestre, entrevistados em um Grupo Focal específico, houve consenso sobre a conveniência de se antecipar o estágio e sobre a oportuna vivência em uma Unidade Básica de Saúde.

Considerada como um avanço, a obrigatoriedade dos estágios nos anos iniciais, que vai ao encontro das Diretrizes Curriculares Nacionais e passará a vigorar no próximo ano.

Com relação ao estágio do Internato no 12º semestre, que havia sido inicialmente colocado na reforma curricular como obrigatório, acabou se transformando em optativo, como relata um dos professores entrevistados:

Eu só estou ligado à questão do Internato no 12º período. Na Federal, os estudantes sempre passam pela Saúde Coletiva depois que já passaram por todos os outros estágios. Então eles estão mais próximos da prova de residência, o interesse tende a ser menor. Não está no currículo como estágio obrigatório, embora na gestão da coordenação anterior se comportasse como tal. O Coordenador do curso, tentando obedecer às diretrizes, fazia com que todo mundo passasse. A coordenadora atual voltou a explicitar a questão do fato de ser eletivo. Para nós que fazemos as coisas, o curso ficou até melhor, porque os alunos que vão lá são os que se interessam, uma grande dificuldade que tem é que nós fazemos uma parte boa dessa atividade em Unidades de Saúde PSF de Colombo. Agora, a Universidade não encontrou nenhuma forma de remunerar a supervisão médica na Unidade. No ano passado foi muito difícil, nós ficamos numa Unidade só com uma médica da universidade que pedimos para dobrar a carga horária dela e então ela supervisionava os alunos. Ficou um ambulatório na Unidade de Saúde. Para não ficar só isso, a gente faz outras atividades, não é só atender pacientes na Unidade de Saúde. Mas a parte da atenção ficou assim, muito artificial. Esta médica não gosta de entrar no consultório junto com os alunos, ela orienta no corredor, horrível nesse aspecto. Eu consegui no final deste ano, que dois ex-alunos nossos que têm afinidade com a área e que não passaram na residência, apesar de serem excelentes alunos, façam essas coisas lá [consulta didática]. Eles recebem R\$ 300,00 reais para o combustível e terão certificado de participação, mas é uma situação precária. E tem mais uma médica que é da Unidade de Saúde que a gente identificou que poderia fazer esse trabalho e está fazendo também. Porque tem que ter capacidade técnica e a questão ética, gostar de aluno, tem que ter alguma tendência para a docência. Então hoje os alunos fazem isso, está melhor que no ano passado, mas tem prazo para terminar. (PUFPR1)

Como se pode observar, apesar da reforma curricular ter introduzido duas disciplinas no 6º e 7º semestres, chamadas de Prática de Ambulatório Geral I e II, que acabaram sendo assumidas pelo Departamento de Saúde Comunitária, essas disciplinas não estão até agora cumprindo a função que seria de Saúde Coletiva, no sentido de dar uma visão maior de organização de serviços de saúde, programas de saúde e epidemiologia local. Em função disso, o estágio do Internato acaba cumprindo esse papel, como afirma uma professora entrevistada:

Eu considero que os nossos alunos hoje só estão tendo uma vivência prática de Saúde Coletiva no 12º período, o que é muito ruim. Foi essa motivação e as avaliações sucessivas que a gente fez do estágio, com questões abertas, que nos mostraram que ele teria que descer para o 6º e 7º período, então nós estamos propondo mudar essas disciplinas de PAG (Ambulatório Geral), com uma visão muito clínica mesmo, para Atenção Integral à Saúde I (AIS I) e Atenção Integral à Saúde II (AIS II). A proposta na reformulação é 1 hora teórica e 3 horas práticas na AIS I e 2 horas teóricas e 3 horas práticas na AIS II, para tentar resolver isso e descer essa nossa experiência do estágio para essas disciplinas, porque não tem sentido no último período do curso, o estudante ter uma prática em Unidade de Saúde, em que ele veja a Saúde Coletiva. É isso o que a gente está tentando consertar agora. (PUFPR2)

Em síntese, pode-se dizer que o reconhecimento das dificuldades e problemas do curso vem gerando medidas institucionais orientadas para o aprimoramento da proposta curricular. Em primeiro lugar, vale mencionar o esforço dos coordenadores em transformar as reuniões em espaços de negociação para melhor articular as disciplinas. Em segundo, importa destacar a proposta de Ajuste Curricular com a antecipação dos estágios refletindo o consenso da comunidade acadêmica, tem ainda o mérito de aproximar o curso das Diretrizes Curriculares Nacionais.

□ 3ª CATEGORIA ANALÍTICA: ESTRATÉGIAS DA SAÚDE COLETIVA NA UFPR

As estratégias predominantes de organização das atividades didáticas das disciplinas de Saúde Coletiva efetivamente executadas e os instrumentos de avaliação dos estudantes em cada uma das seis disciplinas do curso e no estágio do internato estão descritas nos planos de ensino de cada uma delas, que é distribuído aos estudantes no primeiro dia de aula.

Entre as atividades teóricas, a aula expositiva é um dos recursos educacionais freqüentemente utilizados com o nome de aula teórica propriamente dita. Também são utilizados exercícios de fixação, discussão de casos clínicos que são considerados teórico-práticos (TP) e seminários das disciplinas com temas pré-definidos.

Entre as atividades relacionadas às aulas práticas, está o atendimento clínico a pacientes das Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba ou no Município de Colombo da Região Metropolitana. Nesses locais são desenvolvidas práticas de acompanhamento das atividades do agente comunitário de saúde em visita aos domicílios dos pacientes, participação em tarefas educativas dentro e fora da UBS, elaboração de relatórios da UBS frente a grupos específicos, relacionados à saúde da criança, da mulher, do adulto e à saúde mental.

A avaliação do ensino tem um sistema tradicional em respeito a uma resolução da Universidade que estabelece duas avaliações no

semestre, no mínimo, sendo que uma delas deverá ser prova teórica. Essas avaliações se traduzem em uma nota ao final do semestre, com diferentes pesos para as atividades teóricas e práticas. Caso o aluno não obtenha a média 7, é realizada uma prova final na qual ele deve alcançar a média final 5, para que possa ser considerado aprovado naquela disciplina.

Observou-se que os critérios de rendimento dos estudantes estão muito freqüentemente centrados no domínio de conhecimentos e as habilidades na comunicação com os pacientes e familiares ou no trabalho em equipe não são avaliadas de forma sistemática.

Em relação ao estágio de Medicina Geral e Comunitária, no Internato se faz uso de uma ficha como instrumento para orientar a avaliação da supervisão aos estudantes na Unidade de Saúde levando em consideração algumas atitudes e habilidades profissionais médicas. Além disso, é feita uma avaliação regular do estágio, visando ao seu aprimoramento contínuo, como relata a professora responsável na sua entrevista:

Desde que eu implantei o Internato, eu faço uma avaliação sistemática ao final do estágio. Essas avaliações são anônimas. Ao final, vários itens sobre tudo o que é feito, todas as atividades na Unidade de Saúde, na Vigilância, eu sempre leio e sempre passo para os professores lerem. Fui eu que implantei no Internato. As avaliações da Universidade demoram muito para retornar - quando retornam – e, quando retornam para a Coordenação, a gente demora a saber. A que eu aplico é muito boa. Positiva, porque eu leio logo depois, aquilo me ajuda a reprogramar a turma seguinte. Muitas coisas eu já mudei, retirei do programa do Internato porque a gente tem algum conteúdo teórico no Internato também e atividades práticas. Eles valorizam muito a experiência que a gente passa de Saúde Pública, eles sentem que estão aprendendo o que não viram durante o curso todo, eles chegam a dizer assim: “foi

muito importante para a formação profissional, não tinha visto no curso todo, agora que eu estou conseguindo ver a importância desta área”. Valorizam as atividades em que eles aprendem coisas úteis, eles gostam muito, por exemplo, do estágio de Vigilância Epidemiológica no HC em que eles discutem as condutas, sejam do controle epidemiológico, sejam de tratamento. No nosso Internato nós temos um módulo que é da Infectologia, eles gostam muito porque é contato com paciente, gostam mais do que Saúde Coletiva ou Vigilância porque esse contato não é o principal para eles. (PUFPR2)

No estágio do Internato o processo de ensino-aprendizagem não está totalmente centrado no professor e na sua relação com o estudante em torno do objeto do conhecimento mais do que entender o funcionamento do SUS, o que orienta a organização das atividades do estágio é a aprendizagem a partir do enfrentamento dos problemas reais da saúde pública.

Os estudantes vão as Unidades Básicas de Saúde para conhecer as necessidades de saúde da população, suas demandas e como a Unidade está respondendo a elas, como também para refletir sobre a maneira mais adequada de melhorar essas respostas. A idéia é que os estudantes se integrem nas equipes de saúde, assumindo junto com elas a solução dos problemas e aprendendo com as vivências desse processo de trabalho em atenção básica. O depoimento de um dos professores responsáveis é esclarecedor:

Eu até me surpreendi com alguns resultados lá. Eles analisam como é que a Unidade trabalha, a gente discute um pouco modelos assistenciais, eles compreendem um pouco a questão da territorialização, a gente tenta deixar claro para eles que o médico de família deve se responsabilizar pelo cuidado da saúde daquela população da sua área. Então, é responsabilidade sua cuidar dos

hipertensos, por exemplo. E aí começamos a fazer essa reflexão, o que é que você precisa saber para cuidar bem de um hipertenso? O que eu falei que me surpreendeu é que na análise dos hipertensos na Unidade de Saúde de Colombo, no início, tinha em torno de 30% de hipertensos com a pressão controlada, que estavam no projeto quando a gente chegou, e aí os alunos enxergaram vários problemas, era prescrição equivocada, era paciente que não aderiu ao tratamento, enfim vários fatores. E isso foi sendo corrigido e o grau de hipertenso com pressão controlada chegou a 60 % em um ano. Então isso eles fazem para aquelas situações em que a Unidade prioriza: cuidado da gestante, a questão do preventivo, cuidado da criança, hipertenso e diabético. (PUFPR1)

Esta opinião coincide com a dos estudantes do grupo focal dos internos, que lamentavam o fato do estágio ser optativo no final do 12º período.

A exposição que a gente teve antes do Internato na rede básica não é bem suficiente para a gente aprender sobre Medicina Comunitária. A gente só vai ter essa visão agora no Internato. Por isso eu acho importante que o estágio de Medicina Comunitária, que não é obrigatório, fosse bem visto por todos os estudantes do curso. (EUFPR5)

Ao que parece, na consideração das estratégias, constatam-se duas realidades que se opõem: uma nas aulas teóricas, prevalecendo procedimentos mais típicos de um ensino tradicional, centrado no professor e voltado para a transmissão de conteúdos e outra no estágio do Internato, em que predomina o contato com a realidade, a delegação de responsabilidades, tendo em vista a aplicação de saberes associada à formação de habilidades clínicas e atitudes profissionais.

O que dizem os agentes envolvidos nesse processo educacional? A professora entrevistada está mais preocupada em implantar

formas de avaliação para controlar o processo e dar diretrizes para a sua continuidade, enquanto que os estudantes se ressentem da fragmentação que não lhes parece complementar. Em face desse quadro, parece haver certa tensão e até mesmo uma oposição entre a opinião dos professores e estudantes em relação à adequação das estratégias utilizadas na Saúde Coletiva.

Eixo de Análise II — A Saúde Coletiva no Contexto do Curso Médico da UFPR

**4ª CATEGORIA ANALÍTICA:
INSERÇÃO NO PROJETO PEDAGÓGICO DA UFPR**

**5ª CATEGORIA ANALÍTICA:
ADERÊNCIA DA UFPR ÀS DIRETRIZES CURRICULARES**

O segundo eixo de análise a partir do currículo relatado pelos entrevistados foi o da Saúde Coletiva no Contexto do Curso, que se refletiu em duas categorias analíticas: a Inserção no Projeto Pedagógico e a Aderência às Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina na UFPR.

□ 4ª CATEGORIA ANALÍTICA: INSERÇÃO NO PROJETO PEDAGÓGICO DA UFPR

Esta categoria de análise pretende apresentar a inserção da área de Saúde Coletiva no Currículo do Curso de Medicina da UFPR.

Sobre o valor dos documentos relacionados ao projeto pedagógico, existe uma fala muito forte de um dos gestores do curso que procurou resgatar o contexto da proposta da mudança curricular aprovada em 1994 pelo Conselho Superior da Universidade, liderada pelo coordenador do Colegiado do Curso e com total apoio do Diretor do Setor e da reitoria, na época. Eis o que ele revela:

O que levou a mudar o Curso de Medicina é que existia uma suposta insatisfação dos alunos com o modelo de ensino, que é muito tradicional. De outro lado, houve uma associação interessante do Diretor do Setor de Saúde da época com uma professora da área de educação que era a Pró-reitora de Graduação. E ela fez um projeto para ajudar essas mudanças curriculares no Curso de Medicina, mas seria, teoricamente, uma proposta para a Universidade, que envolveu, entre outras coisas, a mudança do calendário escolar do Curso de Medicina para 40 semanas e não 30 como em todo o restante da Universidade, sem semana de provas, sem semana acadêmica. Algumas coisas foram difíceis no início, mas tinham fundamento, eram defensáveis. Foi muito criticado na Universidade porque diziam “olha a Medicina querendo de novo fazer tudo

diferente” e isso ocasionou uma grande celeuma, prevenção até em algumas áreas quanto ao setor e especialmente ao Curso de Medicina. No entanto, faltou articulação com a base. Como se acreditava que a reforma curricular poderia ser forçada de cima para baixo, e principalmente partindo de uma premissa que era uma situação que ninguém, na verdade, viu o dado. Os egressos que de fato estavam insatisfeitos são novos médicos, são médicos de competência reduzida. Esse dado objetivo nunca foi demonstrado. Então, teve esse caldo aí de política, pretensões políticas futuras, algumas antevisões sobre o que estava acontecendo, quem está falando, e aí nós vamos correr para esse lado, que era a intencionalidade da mudança. (GUFPR2)

O documento que traduzia o projeto pedagógico do curso continha propostas que, de alguma forma, acabaram sendo incorporadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais posteriormente mas que, naquele momento, não estavam incluídas nas orientações do currículo mínimo legal.

Um dos aspectos mais emblemáticos foi a criação das Práticas de Ambulatório Geral (PAG) para os estudantes, viabilizando a possibilidade de atendimento de pacientes não pré-selecionados. No entanto, naquela época, a rede de saúde de Curitiba não estava tão estruturada e organizada como atualmente. Além disso, a cidade de Curitiba tinha sete centros universitários e três cursos de Medicina, todos com tradição, hospitais-escola e estrutura já montada e a Universidade Federal do Paraná não estava entre os parceiros preferenciais da Prefeitura. Essa foi uma articulação que depois foi construída, em função da exposição precoce do estudante gerada pelos PAGs.

Outra demanda imediata gerada pelo novo currículo foi a necessidade de professores que pudessem deixar de fazer aquilo que já

vinham fazendo e passassem a atuar na supervisão dos estudantes nas Unidades Básicas de Saúde. O PAG era uma estratégia dos departamentos e deveria representar uma parceria dos cinco principais departamentos do curso na sua oferta, o que acabou não se viabilizando, fazendo com que o Departamento de Saúde Comunitária assumisse a supervisão indireta dos estudantes para resolver o problema concretamente passou a ser o departamento responsável pela oferta da disciplina no curso e onde ficou alocada a carga horária desta atividade.

A reforma curricular de 1994 foi considerada por um dos gestores entrevistados como um “sonho” e não como um produto de um processo de construção de mudança. Abaixo seu relato sobre alguns fatos que marcaram aquela época:

Os docentes dos departamentos não se envolveram, decidiram apenas com os chefes. O professor pensa: eu não indo nas discussões curriculares mostro que não estou de acordo. Você pode até dizer: “nós vamos decidir à sua revelia. Decidam para ver o que eu faço, quando fecho a porta da sala de aula.” E é isso que aconteceu. Eu acho que aquela foi uma proposta sonhadora, o que foi uma pena, porque a proposta, na essência, era excelente. Eu tenho dito que não precisa mudar o currículo. A gente precisa mudar o jeito de trabalhar com ele. Quer dizer, de fato não vamos ter seis profissionais numa sala para supervisionar o aluno. Isso foi uma heresia de quem escreveu o currículo. E eu até entendo, hoje. O que eles pretendiam não era isso. O tipo de profissional que eles sonharam a gente não tem como comprar ele na Federal do Paraná. E a gente não quer contratar esse profissional. Por quê? Que ambulatório ele vai tocar? Para encurtar uma história longa, felizmente, hoje, os professores estão indo para outra direção e a gente está entregando para a responsabilidade das áreas, é um jeito de fazer a exposição precoce. Vai começar com a Saúde da Mulher e do Adolescente, Pediatria, mais básica, tentando levar para fora do HC os estudantes. (GUFPR2)

A análise da forma como os docentes, em particular, conseguiram se manifestar politicamente em relação à reforma curricular que foram obrigados a aceitar do ponto de vista administrativo e formal, pode se basear nas eleições da reitoria que aconteceram pouco tempo depois, como relata o mesmo gestor:

Para encerrar, a pedagoga, ao sair da Pró-reitoria de Graduação, se candidata a Reitora da Universidade Federal do Paraná com o apoio do então diretor do Setor de Ciências da Saúde, parceiro na reforma curricular da Medicina. E ela perdeu as eleições no Setor de Saúde fragorosamente. Era uma associação política interessante com a Tecnologia, um grande setor e a Saúde que, na verdade, não estava na cabeça de chave, mas ela, na intimidade, imaginava que, pelo seu esforço de fazer o trabalho, que por um momento foi muito bom, ela teria livre trânsito, e de fato ela teve livre trânsito, mas ninguém votou nela. Foi muito contundente para ela que o Setor de Saúde, para quem ela aparentemente tinha prestado relevantes serviços, falou para ela aquilo que eles estavam pensando do projeto político-pedagógico do curso. (GUFPR2)

Os estudantes que apoiaram o ideário da reforma curricular de 1994 devido à sua insatisfação com o currículo anterior continuaram insatisfeitos com a forma como as mudanças foram implementadas, com as dificuldades operacionais vividas na institucionalização das Práticas de Ambulatório Geral e com a manutenção da fragmentação curricular no conjunto do curso.

Além disso, eles consideram o Ajuste Curricular uma estratégia burocrática e sua implementação não poderia ter ocorrido antes de uma nova reforma curricular, porque ele altera a carga horária de muitas disciplinas e mereceria ser mais discutido antes de ter sido posto em prática.

Um estudante, no Grupo Focal do DANC assim se posiciona em relação ao Ajuste:

Cada departamento se reúne, pensa por si só. Não há vontade do curso como um todo de sentar, pensar no perfil do médico a ser formado e analisar horizontalmente o que tem que ser dado em cada período. Tem muito ego de professor, tem carga horária em jogo, porque os departamentos não querem abrir mão de carga horária, porque vão receber menos docentes por diminuir a carga horária. Em relação ao Ajuste Curricular da Saúde Coletiva, se não mudarem a forma de se explicar a Saúde Coletiva, a forma de se mostrar aos estudantes o que é Saúde Coletiva, não vai adiantar colocar a Gestão no 5º período e Epidemiologia no 4º período, para mim não valeu de nada ter abaixado. Claro, vai ser ótimo porque vai ter aumento de dois anos, quando você conseguir abaixar meio semestre do curso, a gente consegue o Internato de dois anos mas, fora isso, não vai melhorar em nada, se não se repensar um método de avaliação, um método pedagógico e o que tem que ser enfocado dentro das disciplinas. Mas avança em relação ao que a gente tem, mas não está havendo essa conversa entre os departamentos, então não avança em outros sentidos porque o Departamento de Saúde Comunitária continua tentando trazer essa visualização nova de médico para a gente, mas os outros departamentos continuam chamando o departamento “de médicos de pés descalços”. (EUFPR4)

O único professor que se manifestou nesta categoria destaca o crescimento da área no Curso de Medicina como um todo o que, somado às novas contratações que ocorreram no ano de 2008, pode vir a representar de fato uma maior inserção da área no novo projeto pedagógico que vem se delineando. Diz ele:

Acho que a Saúde Coletiva está num processo de crescimento, de avanço dentro da nossa universidade, vejo que a inserção da Saúde Coletiva no Curso de Medicina vai aumentar. De uma forma gradativa, não tanto quanto nós gostaríamos, mas ela vem aumentando, se você for ver o histórico da Saúde Coletiva no Curso de Medicina. Eu entendo que isso é bom, que vai representar um avanço para o Curso de Medicina, mas isso vai se dar com o tempo. (PUFPR5)

Quando se considera a inserção da Saúde Coletiva no projeto pedagógico da UFPR, a análise dos depoimentos traduz certa tensão entre as expectativas e as negociações políticas capazes de gerar mudanças. O que fica evidente é mais a dinâmica de um difícil processo de conquista do que propriamente o clima de estabilidade.

❑ 5ª CATEGORIA ANALÍTICA: ADERÊNCIA DA UFPR ÀS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

Esta categoria tem o objetivo de analisar a aderência do Curso de Medicina da UFPR às Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, instituídas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação através da Resolução Nº 4, de 7 de novembro de 2001, e também estudar como se realiza o ensino da Saúde Coletiva na graduação médica, recontextualizado pelas novas diretrizes curriculares e considerando o Ajuste Curricular ocorrido na instituição.

Na visão de um dos gestores entrevistados, o curso ainda vive todas as dificuldades de uma reforma curricular que pretendia aumentar o grau de integração entre as disciplinas e acabou não conseguindo superar vários obstáculos que surgiram nesse percurso de tentar reunir áreas afins e eliminar conteúdos repetidos. Abaixo, o seu relato, destacando que, na verdade, a perversidade não é do currículo, mas sim do modo como ele foi trabalhado:

Algumas associações foram realizadas no improviso, Nefrologia, Endócrino, Cirurgia Geral e Neurologia, faziam sentido. Isso era uma clínica integrada, só que nós nunca trabalhamos dessa forma integrada. Então, tinha uma cota de teatro. Aluno percebe teatro. Em poucos momentos teve articulação suficiente entre os departamentos para desfazer o teatro. Porque, mesmo quando a gente tinha uma integração boa, ela era pontual. Houve muita artificialidade naquela ocasião, em 1994. Ter que quebrar essas associações que não fazem sentido, isso é um retorno ao passado! Talvez momentaneamente seja, vamos ter que descobrir outro jeito de como integrá-los! Talvez Dermato e Cirurgia Plástica possam até vir a ser mais integrados, mas eles precisam de fato trabalhar juntos, não só dar aula junto e essa é uma barreira que a gente não

quebrou. Os cirurgiões são cirurgiões, eles querem limitar o espaço. Do outro lado, os clínicos não concordam em carregar o piano. Isso cria uma animosidade porque isso representa carga horária. Na hora de dividir a carga horária, nós somos sócios, 50/50. Mas eu estou carregando mais, porque elas eram integradas, então quando se dividia a carga horária, Nefrologia tem que ter aqui, porque senão eles nem vão saber, não vão ter no curso. Essa foi a parte perversa da última reforma curricular. Ela permitiu que os professores viessem menos para a graduação. Eu só tenho que dar aula tais e tais dias e, ao darem um jeito operacional nele, ele foi modularizado dentro das disciplinas integradas. Eu vou dar aula no meu módulo. Estou no meu módulo, eu me mato, mas depois ficamos tranqüilos, com isso nós criamos certa dificuldade do aluno ver o professor. O aluno fica insatisfeito porque ele não conhece mais os professores e eu também não sei mais o nome de ninguém, porque fico tão pouco com eles e essa é a nossa briga hoje. (GUFPR2)

Os estudantes também gostariam de ver uma maior integração do currículo e, em particular, os internos, reunidos em um dos grupos focais, destacaram que o Curso de Medicina da UFPR não é terminal e tem na Residência Médica mais uma etapa do seu processo de formação como se pode observar em um dos depoimentos de uma estudante:

O curso é residência-dependente, segundo a maioria dos internos. A gente foi doutrinado a acreditar nisso (depende da residência), por todo o curso somos levados pelos professores a escolher uma especialidade, a gente não tem a segurança de que vai conseguir se inserir no mercado de trabalho se não fizer residência médica em alguma especialidade. De preferência bem rentosa. (EUFPR1)

O depoimento de um professor também aponta as dificuldades da reforma curricular implantada desde 1994 e as formas de superar os problemas pelo atual Colegiado de Curso, destacando as dificuldades geradas pela disputa interna do poder departamental que se reflete nas definições curriculares do curso:

Eu participo do Colegiado do Curso de Medicina já faz uns cinco anos, você vê coisas nas reuniões do Colegiado, por exemplo, professores do Departamento de Cirurgia chamar os médicos das Unidades de Saúde de pé-de-chinelo. Então, tem essa visão conservadora, hospitalocêntrica e tem, claro, briga de poder. Se os departamentos que estão no hospital hoje perdem o espaço que têm, eles perdem o poder, perdem a força dentro do Curso de Medicina, dentro do hospital, eles também não querem abrir mão desse espaço que eles detêm. (PUFPR5)

Diante dessa situação, a reformulação departamental do currículo visando à sua adequação às diretrizes curriculares nacionais vem buscando fazer um Ajuste Curricular ouvindo cada um dos departamentos envolvidos com o curso, supondo que existe um consenso interno na instituição em torno dos princípios norteadores estabelecidos nesse documento.

Além disso, que o perfil do médico a ser formado na UFPR deva ser seguido sem um debate mais coletivo internamente na instituição como um todo, que precisa ser feito pelos quase 500 professores envolvidos com o curso, incluindo os da área básica que fazem parte de outro Setor (Ciências Biológicas) que estão distantes inclusive fisicamente em outro campus (Centro Politécnico).

Eixo de Análise III — Parcerias Externas da
Saúde Coletiva da UFPR

**6ª CATEGORIA ANALÍTICA:
PARCERIA DA UFPR COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE**

A partir do currículo relatado pelos entrevistados, o terceiro eixo de análise foi o das parcerias externas da Saúde Coletiva, que se traduziu em uma categoria analítica referente à articulação da área com os serviços de saúde e a comunidade, ou seja, os cenários onde se dão as práticas de ensino.

❑ 6ª CATEGORIA ANALÍTICA: PARCERIA DA UFPR COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Como vem sendo feita a parceria da academia com os serviços de saúde e a comunidade no município de Curitiba para que as Unidades Básicas de Saúde recebam os estudantes de Medicina e para que as comunidades dos seus respectivos territórios possam de fato se beneficiar dessas iniciativas, fortalecer suas organizações comunitárias e desenvolver a cidadania, foi o foco das questões formuladas nas entrevistas realizadas com gestores e professores, assim como no debate dos dois grupos focais com estudantes internos.

A organização de serviços de saúde em Curitiba, na perspectiva da estruturação de uma rede de Atenção Básica na cidade, tem uma história de parceria de mais de 20 anos de trabalho com as universidades locais. Existem na cidade a Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) com mais de 50 anos de funcionamento, a Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR), com 40 anos, e o jovem curso da Universidade Positivo (UnicenP), que completou os seus primeiros seis anos de existência em 2008.

Historicamente, o Curso de Medicina da UFPR não registra uma boa parceria com a Prefeitura de Curitiba. A Universidade Federal do Paraná sempre teve um ritmo próprio de trabalho e a administração municipal, com múltiplos parceiros em uma cidade que, por ser a capital do Estado, naturalmente atraiu grandes centros universitários privados, encontrou mais agilidade e rapidez de respostas em novas instituições que foram se instalando no município ao longo dos anos.

A experiência maior da UFPR, é no desenvolvimento de projetos de extensão, inclusive de caráter multiprofissional. No ano de 2007, uma das estratégias que integraram a Política de Educação para o SUS foi o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS – VER/SUS (Brasil, 2004) através de uma articulação com o segmento estudantil da área da saúde, um importante projeto que está sendo desenvolvido na região do Vale do Ribeira, ou seja, em município fora da região metropolitana de Curitiba.

Com a criação de uma atividade interdepartamental na reforma curricular de 1994, as chamadas Práticas de Ambulatório Geral, imaginou-se que os professores que atuavam no Hospital de Clínicas iriam também para a Unidade de Saúde, podendo se sensibilizar pela questão do médico geral comunitário em Centros de Saúde de Curitiba (Raggio e Romanó Jr, 1992). Mas na prática se deu o contrário, porque os professores não foram e passaram a criticar o funcionamento da disciplina, conforme relata um professor:

“Em 1998, quando eu entrei, uma das idéias era acabar com a disciplina, os alunos chegavam lá para conhecer, por exemplo, o programa de hipertenso, mas a Unidade de Saúde tem o seu dia-a-dia e não é função da Unidade de Saúde dar supervisão/orientação para os estudantes. Então eles chegavam e até faziam alguma coisa, então os próprios alunos criaram um descrédito muito grande em relação à disciplina. Aí teve o concurso que eu e um colega acabamos entrando, a gente assumiu a coordenação da disciplina e conseguimos depois de muita briga com esses médicos, sensibilizá-los para que ficassem nas Unidades de Saúde e hoje eles são médicos nossos que estão na Unidade. Quando o estudante chega o médico está lá, ele faz supervisão, faz orientação, faz a discussão, os estudantes têm alguém como referencial na Unidade, isso tem nos favorecido muito”. (PUFPR5)

Esta também é a opinião de um dos estudantes que reconhece a importância da atenção básica, mas aponta algumas dificuldades operacionais geradas pela situação um tanto improvisada que se criou com esta mudança:

“A principal fortaleza dessas disciplinas é serem condizentes com aquela proposta inicial da UFPR que a gente recebe na primeira semana de aula que é formar o médico generalista, com conhecimento voltado à comunidade e à resolução de 90% dos seus problemas de saúde. Eu acho que as disciplinas procuram o tempo inteiro, especialmente os PAGs, que a gente vá à Unidade de Saúde e é sempre mais voltada para a realidade do local e ao que pode ser feito. Mas o principal problema é tentar incutir num acadêmico que está a poucos anos na universidade, sem noção nenhuma de comunidade, que é muito importante ele se dedicar à saúde comunitária em vez de se dedicar às especialidades que são tão bem vistas e feita tanta propaganda sempre. Eu acho que falta uma base dos alunos que entram muito novos na Faculdade”. (EUFP1)

Embora o tema das parcerias com os serviços de saúde tenha sido pouco explorado nas entrevistas com gestores, professores e no Grupo Focal com estudantes o que se observou foi o considerável consenso entre os agentes da instituição sobre a relevância das parcerias realizadas. Em vários

casos os, professores vêm atuando como negociadores diretos nos convênios com os gestores municipais.

Para uma população de 1.818.948 habitantes, a Rede Municipal de Saúde de Curitiba é formada por 133 equipamentos de saúde, sendo 51 Unidades Básicas de Saúde, 53 Unidades Básicas com Estratégia Saúde da Família, 8 Centros Municipais de Urgências Médicas, 11 Centros de Especialidades Complexas, 9 Centros de Atendimento Psicossocial, 1 Laboratório Municipal e 1 Hospital Municipal.

Em 1991, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba iniciou a sistematização para acesso e fluxos de estágios, pesquisas e visitas técnicas na Rede Básica de Saúde do Município, organizando nestes 17 anos esta interface da relação Ensino-Serviço.

Esta estratégia de integração, aprimorada continuamente neste espaço de encontro das Instituições de Ensino com o Serviço, ganhou consistência histórica, cultural e organizacional ao longo do tempo, o que possibilita observar um aumento da vinculação e co-responsabilização da UFPR com os indicadores de saúde do município (Scucato, 2008).

Atualmente, são 33 instituições de ensino conveniadas com a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e, entre elas, estão a UFPR e a UnicenP. Os aspectos chaves desta integração, na visão do gestor municipal, tem sido a vinculação do supervisor de estágio às ações, metas e indicadores do território sob a responsabilidade da Unidade de Saúde.

Desta forma, a atitude do professor participante da UFPR deve estar comprometida com a melhoria da qualidade de vida e saúde dos usuários daquele território. Além disso, para a realização do estágio, é necessário que seja explicitado os seus objetivos e atividades previstas, além da definição dos seus responsáveis institucionais.

Em contrapartida, as instituições de ensino oferecem bolsas de estudo para os funcionários da Prefeitura, possibilidade de acesso às bibliotecas, salas de aula para cursos e treinamentos, entre outras vantagens estabelecidas em convênio.

Em 2007, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba abrigou 14.021 estagiários, no total, sendo que especificamente de Medicina foram 4.100 estudantes, dos quais 19% do curso da UFPR, distribuídos em seis locais diferentes (CES, 2008):

1. Distrito Sanitário da Boa Vista, com 203 estudantes;
2. Distrito Sanitário do Boqueirão, com 60 estudantes;
3. Distrito Sanitário da Matriz (Mãe Curitibana), com 400 estudantes;
4. Distrito Sanitário do Pinheirinho, com 45 estudantes;
5. Distrito Sanitário do Portão, com 40 estudantes;
6. Distrito Sanitário de Santa Felicidade, com 41 estudantes.

Em síntese, no que se refere às parcerias da UFPR, há uma grande diversificação das considerações críticas sobre as dificuldades

apontando para uma melhoria das alternativas estruturais do funcionamento dos estágios na rede de serviços, em grande parte facilitada pelo suporte técnico e operacional dado pelo Centro de Educação em Saúde, que é um espaço estruturado dentro da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e que propicia a construção da parceria com a troca de informações e pesquisas, contribuindo nas ações interinstitucionais que visam à melhoria da saúde da população (CES, 2008).

Tomado no seu conjunto, o estudo de caso da UFPR retrata um curso que tentou uma reforma curricular aos 80 anos visando o seu aprimoramento e que, ao chegar no seu centenário, vem procurando fazer uma leitura própria das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina, com todas as dificuldades - especialmente internas - de negociação político-pedagógica para a sua implantação, entre os agentes envolvidos: gestores, professores e estudantes.

O papel da Saúde Coletiva parece estar recuperando um espaço importante na formação médica, com a ampliação do Internato Médico para dois anos e deixando de ser optativo no 12º semestre, passando a ser obrigatório no 10º semestre com a mesma carga horária (440 horas) dos outros estágios. São mudanças que ainda estão em construção, integrando um esforço institucional de maior aproximação com a rede do SUS para inserir ainda mais o estudante de medicina no contexto do século XXI.

4.3 O CASO DA UNIVERSIDADE POSITIVO (UnicenP)

4.3.1 O CURSO DE MEDICINA DA UnicenP

a) APRESENTAÇÃO DA UnicenP

Fruto da experiência de três décadas do Grupo Positivo, a Universidade Positivo teve origem nas Faculdades Positivo, em 1988. A instituição oferecia 5 cursos de graduação, 2 cursos de especialização e 1 mestrado interinstitucional, em convênio com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Dez anos depois, em 1998, as Faculdades Positivo foram transformadas no Centro Universitário Positivo – UnicenP, passando a oferecer 18 cursos de graduação. Em 2000, a instituição transferiu seu campus para uma área especialmente projetada e edificada no bairro do Campo Comprido, em Curitiba, na capital do Estado do Paraná.

Em 30 de janeiro de 2008, o Ministério da Educação autorizou a transformação do UnicenP em universidade. Hoje, a Universidade Positivo conta com uma área de 422,4 mil m² e oferece 26 cursos de graduação, dezenas de programas de especialização e MBAs, 3 programas de mestrado, 1 doutorado, além de centenas de programas de extensão.

O campus da Universidade Positivo é um moderno complexo de ensino superior que dispõe de 5 blocos didáticos, 6 auditórios com capacidade total para 1.700 pessoas, 3 praças de alimentação, 9 estacionamentos, 191 laboratórios de ensino nas áreas de Ciências Biológicas, Exatas, Tecnológicas, Humanas e Sociais Aplicadas, 1 prédio para as atividades de Pós-Graduação e extensão, o Teatro Positivo, Centro de

Eventos, Centro Esportivo, Biblioteca em instalações próprias, totalmente informatizadas e modernas, Biotério, Farmácia-Escola, Clínica de Fisioterapia, Centro Psicológico, Clínica de Nutrição, Clínica de Odontologia, Empresa de Comércio Exterior, Agência Experimental de Publicidade e Propaganda, Núcleo de Prática Jurídica, Creche Vila Sandra, Centro de Informações sobre Medicamentos e Centro Cirúrgico Experimental.

O Curso de Medicina desenvolve suas atividades no Centro de Habilidades e Competências (Laboratório Morfofuncional e Laboratório de Habilidades Clínicas e Simulação) e em espaços de aprendizado, como as Unidades de Atendimento Básico Ambulatorial, atuando na Estratégia Saúde da Família. A cada ano oferece 50 vagas e, em 2008, registrou cerca de 300 estudantes matriculados. O acesso se dá por concurso vestibular, elaborado pela própria UnicenP, contando ainda com o convênio com o ProUni.

A UnicenP, através de convênio com a Prefeitura Municipal de Curitiba, possibilita a participação dos acadêmicos no Programa de Atenção à Saúde da Família. Os estudantes começam a freqüentar as Unidades de Saúde desde a primeira série do curso. O convênio também tem como objetivo proporcionar estágio nas duas últimas séries do Curso de Medicina nas Unidades Básicas Ambulatoriais.

As aulas são realizadas em Unidades-PSF, bem como em unidades de atenção básica à saúde, localizadas no distrito sanitário próximo ao campus (Moysés et al., 2001). Além de atividades nas próprias unidades, os estudantes também realizam exercícios de territorialização, visitas

domiciliares e acompanham os programas propostos pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Os estudantes das duas últimas séries do curso participam do atendimento à comunidade, com ênfase no atendimento primário e secundário nas grandes áreas da Medicina. Na 5ª série, em três áreas: Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva I. Na 6ª série, em mais duas áreas: Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, aprofundando a prática em Saúde Coletiva II. Os estágios são desenvolvidos nos seguintes locais: Hospital da Cruz Vermelha, Hospital do Trabalhador, Hospital Infantil Pequeno Príncipe, Hospital de Olhos do Paraná, Hospital Erasto Gaertner, Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro e Unidades Básicas de Saúde da Família da Prefeitura de Curitiba.

b) HISTÓRICO E CONFIGURAÇÃO DO CURRÍCULO

A escola médica da UnicenP foi formalmente criada no ano de 2002. A primeira turma iniciou suas atividades acadêmicas em março de 2003 e se graduou no final de 2008, o que significa que o curso está em processo de reconhecimento pelo Ministério da Educação.

De acordo com o seu projeto pedagógico, o Curso de Medicina da UnicenP tem como objetivo “priorizar a saúde em relação à doença, promover a saúde e utilizar tanto os conhecimentos acumulados pela Medicina como as tecnologias de ponta”.

Para isso, estrutura-se em um currículo voltado para a Saúde da Família, o que faz com que um dos conceitos muito fortemente trabalhado ao longo do curso seja a Saúde Coletiva, na perspectiva da qualificação profissional para uma boa formação geral do médico.

O site da instituição informa que os diferenciais do Curso de Medicina são os seguintes:

“inserção desde a primeira série no sistema de saúde; equilíbrio entre formação técnica e humanística; incentivo à pesquisa científica desde o início do curso; estruturas inovadoras como o Laboratório Morfofuncional e os Laboratórios de Habilidades Clínicas e Simulação; ações de incentivo ao desenvolvimento do Inglês Médico e dois anos de internato médico”.

O vestibular de 2008 registrou 1.507 concorrentes, ou seja, 30 candidatos por vaga, mesmo ao custo de uma anuidade de R\$ 27.687,00 ou 12 mensalidades de R\$ 2.307,25.

Entre os espaços internos de divulgação de trabalhos científicos da instituição, encontra-se a RUBS - Revista do Núcleo de Ciências Biológicas e da Saúde, uma publicação trimestral que reúne estudos multi e interdisciplinares das áreas da Biologia e da Saúde de quatro dos oito cursos que compõem o Núcleo.

Pela configuração curricular apresentada a coordenação do curso elaborou esta imagem a seguir, que sintetiza numa visão geral o seu currículo (Figura 5), e a grade curricular do curso está no Anexo I.

FIGURA 5 — Representação gráfica do Curso de Medicina da UnicenP, 2008.

c) MECANISMOS DE AVALIAÇÃO INSTITUCIONAL

O Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina da UnicenP está em execução e pôde ser avaliado, de certa forma, pelo Exame Nacional de Desempenho do Estudante — ENADE, em 2004, um dos instrumentos constitutivos do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior — SINAES.

A proposta do SINAES é mais ampla e abrangente do que foi o PROVÃO e representou um avanço do ponto de vista do processo de auto-avaliação dos cursos de graduação, precedendo as avaliações externas. Seus resultados deverão subsidiar o processo de avaliação das políticas e das atividades da graduação a serem contempladas na auto-avaliação institucional.

O relatório do curso apresentado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) informa o desempenho de uma amostra de 39 alunos de Medicina da Unicenp que cursavam a primeira série em novembro de 2004. A prova foi constituída de 10 questões de formação geral, com habilidades e conhecimentos gerais comuns a todas as áreas e 30 questões do componente específico, com habilidades e conhecimentos relativos a cada profissão, baseados nas Diretrizes Curriculares de cada curso.

Além da prova, o Questionário Socioeconômico (QSE) foi enviado previamente aos alunos com a finalidade de:

compor o perfil dos estudantes, integrando informações do seu contexto às suas percepções e vivências, e a de investigar a capacidade de compreensão desses estudantes frente à sua trajetória no curso e na Instituição de Educação Superior (IES) por meio de questões objetivas que exploraram a função social da profissão e os aspectos fundamentais da formação profissional (ENADE, 2004).

Apesar das limitações dos instrumentos como os mecanismos de avaliação do curso, tanto a prova como a opinião dos estudantes que entregaram o QSE podem ser representativos do total de estudantes ingressantes na instituição e contribuir para uma análise da qualidade do ensino de graduação da UnicenP.

Em relação aos ingressantes na instituição, o QSE permitiu traçar o seguinte perfil:

- a) 82% dos estudantes cursaram o ensino médio em escola particular;
- b) 77% dos estudantes responderam que nunca exerceram atividade remunerada;
- c) 62% dos estudantes contam com renda mensal da família superior a 20 salários mínimos;
- d) 64% das mães dos respondentes têm ensino superior;
- e) 74% dos pais dos respondentes têm ensino superior;

Observou-se que a faixa de renda dos estudantes é bastante alta, o que se reflete na ausência de atividade remunerada de quase 4/5 dos estudantes. O grau de instrução dos pais e das mães é muito elevado, estando acima de 64% com ensino superior, sendo que mais de 4/5 dos estudantes são egressos do ensino médio privado.

Em relação aos hábitos de estudo desses estudantes, é possível extrair os seguintes dados: 87% utilizam a biblioteca da instituição muito freqüentemente e 61% dedicam mais de seis horas semanais em estudo extraclasse. O grau de utilização da biblioteca, que reflete uma busca mais ativa do conhecimento, evidencia que mais de 4/5 a utiliza muito freqüentemente, além de todo o suporte dado pela instituição para a educação à distância, que de certo modo nos traduz os 3/5 dos estudantes relatando o estudo autodirigido.

No que diz respeito à avaliação do curso feita pelos estudantes, é possível obter as seguintes informações: 92% dos estudantes consideraram o currículo do curso relativamente integrado havendo uma clara vinculação entre as disciplinas ou áreas de conhecimento afins. Segundo esses alunos 92% dos professores recorrem prioritariamente às aulas expositivas, com ou sem a participação dos estudantes, e 100% dos professores adotam como instrumentos de avaliação as provas escritas discursivas ou testes objetivos.

Em síntese, os dados sobre o perfil dos estudantes da UnicenP apontam para uma população com condições socioculturais privilegiadas, o que favorece a condição de estudante e a possibilidade de concluir o curso. No que diz respeito aos docentes, pode-se dizer que prevalece a opção metodológica por um ensino tradicional, centrado na transmissão de conteúdos e avaliação objetiva.

Quando se comparam as notas médias dos alunos de Medicina da UnicenP em relação à sua formação geral com os demais resultados obtidos em nível nacional percebe-se que a diferença entre as notas dos ingressantes dessa instituição foi de 2,4 pontos acima da média do Brasil. No componente específico, a diferença foi de 2,1 pontos acima da média brasileira. O conceito do curso não pôde ser calculado em função de não se ter o desempenho dos alunos concluintes, que embasa o cálculo da nota final.

4.3.2 A SAÚDE COLETIVA NO CURSO DE MEDICINA DA UnicenP

A área de Saúde Coletiva, assim como todas as outras nessa universidade, não se constitui sob a forma de departamento. Ela está inserida no Núcleo de Ciências Biológicas e da Saúde que agrega todos os professores dos oito cursos da área da saúde da instituição.

A coordenação do Núcleo articula-se com os oito coordenadores de curso. No caso do Curso de Medicina, além do coordenador do curso, há também o coordenador adjunto, juntos eles respondem pelo curso todo, tanto do ponto de vista acadêmico como administrativo, como pode ser visto no organograma geral da instituição (Anexo H).

Na UnicenP, cabe ao coordenador fazer a articulação das várias atividades docentes no curso, e das disciplinas. É ele que designa professores especialistas para as disciplinas que estão sob a sua

responsabilidade acadêmica e administrativa, tudo acontecendo dentro do mesmo espaço didático e gerencial, tornando a gestão curricular mais ágil e enxuta, sem muitos escalões intermediários de administração entre os estudantes e os professores.

A forma de contratação dos docentes é por hora-aula, sendo que os contratos, na sua maioria, são de 20 horas semanais. O contrato do coordenador geral do curso é de 40 horas e o de alguns docentes envolvidos com a gestão é de 30 horas semanais. Ao todo, são 13 professores de Saúde Coletiva, que representam 20% do corpo docente do curso, composto por 64 docentes diretamente vinculados ao Curso de Medicina.

E o que dizer sobre o programa propriamente dito? Em estudo realizado sobre o Programa da Saúde Coletiva por um professor veterano e também gestor da área tem-se a seguinte informação:

Pretende-se que as atividades teóricas estejam ligadas intimamente com as atividades práticas desenvolvidas na comunidade, entendendo-se mais como instrumentalização de referencial teórico para o enfrentamento das situações reais vivenciadas. Sendo assim, buscando-se não só uma integração docente-assistencial, mas sim a interação Universidade-Serviço-Comunidade (Santos, 2007).

Os conteúdos curriculares vinculados à Saúde Coletiva são estruturados de uma forma disciplinar e distribuídos da primeira à sexta série, sendo que, além do regente da disciplina, participam de três a quatro professores em cada uma das séries. Eis o rol das disciplinas oferecidas:

- a) **Saúde da Família I**, “desenvolvida na 1ª série do curso, com objetivo de: são os seguintes: propiciar o conhecimento e análise dos determinantes do processo saúde-doença, tanto do ponto de vista biológico e ambiental

como social. Além das condições e hábitos de vida e da estrutura do sistema de assistência médica, propiciar a prática e a reflexão sobre os princípios humanísticos da Medicina nas ações de Saúde da Família” (UnicenP, 2008).

- b) **Saúde da Família II**, “ministrada na 2ª série do curso, tem por objetivo: possibilitar a prática assistencial integral (promoção, proteção e recuperação da saúde), conforme os princípios próprios do SUS e em especial da estratégia da Saúde da Família; possibilitar o entendimento e análise da organização das atividades de assistência e prevenção dentro das perspectivas do SUS” (UnicenP, 2008).
- c) **Saúde da Família III**, “desenvolvida na 3ª série do curso, os objetivos são os seguintes: possibilitar a análise epidemiológica das práticas desenvolvidas no território de abrangência das Unidades Básicas de Saúde, estimulando a visão crítica sobre os níveis de resolutividade; possibilitar o envolvimento e a participação em ações de prevenção de doenças e promoção de saúde, em particular através da estratégia da Educação em Saúde, em equipamentos sociais no território de abrangência das Unidades Básicas de Saúde” (UnicenP, 2008).
- d) **Saúde da Família IV**, “oferecida na 4ª série do curso, seus objetivos são: possibilitar a teorização sobre as práticas desenvolvidas em Saúde da Família; favorecer o desenvolvimento de um trabalho científico sobre as atividades desenvolvidas no SUS versando sobre Atenção Primária, Saúde da Família ou Saúde Coletiva” (UnicenP, 2008).
- e) **Estágios do Internato em Saúde Coletiva I e II**, desenvolvidos, respectivamente, na 5ª e 6ª séries do curso, cujos objetivos são: “supervisionar o desenvolvimento de atividades dentro do SUS, conforme a estratégia da Saúde da Família; propiciar a experiência das atividades do controle epidemiológico e social das ações do SUS na área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde” (UnicenP, 2008).

- f) **Para o Internato Médico**, “propõem-se ações práticas de assistência integral como promoção, proteção e recuperação da saúde, aplicadas a todas as fases do ciclo biológico da população assistida, conforme os princípios próprios do SUS e, em especial, da estratégia Saúde da Família, atuando prioritariamente em UBS com PSF e com participação nos níveis de controle epidemiológico e social” (UnicenP, 2008).

Em síntese, os objetivos atuais da integração curricular desenvolvida pelos docentes, que contam com a aprovação do coordenador do curso, ele próprio docente da área de Saúde Coletiva, visam a uma maior integração das disciplinas Saúde da Família I, II, III e IV e os Internatos de Saúde Coletiva I e II ao projeto pedagógico do curso como um todo, que não tem, no momento, a perspectiva de uma reestruturação curricular, mas adequações e revisões dos conteúdos em desenvolvimento.

Desde a implantação do curso em 2003, a carga horária da área de Saúde Coletiva representa 20% do total da carga horária do curso que é de 7.950 horas. Desse total, 7% (570 horas) são desenvolvidos da primeira à quarta série e 13% (1.060 horas) no Internato Médico, o que reflete a preocupação em estar em consonância com o as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina aprovadas pelo MEC.

4.3.3 As Vozes dos Protagonistas da UnicenP

Eixo de Análise I — Configuração da Saúde Coletiva da UnicenP

**1ª CATEGORIA ANALÍTICA:
OBJETIVOS DA SAÚDE COLETIVA NA UnicenP**

**2ª CATEGORIA ANALÍTICA:
ÊNFASES DA SAÚDE COLETIVA NA UnicenP**

**3ª CATEGORIA ANALÍTICA:
ESTRATÉGIAS DA SAÚDE COLETIVA NA UnicenP**

A caracterização do caso da UnicenP não estaria completa sem a consideração de como o programa está sendo vivido pelos diferentes personagens: os gestores, os professores e os estudantes.

A análise de seus relatos permitiu vislumbrar o ensino da Saúde Coletiva a partir de três eixos analíticos: a Configuração da Saúde Coletiva, as Dimensões da Saúde Coletiva e Saúde Coletiva no Contexto do Curso de Medicina da UnicenP.

► 1º EIXO DE ANÁLISE – CONFIGURAÇÃO DA SAÚDE COLETIVA NA UnicenP

Na análise da Saúde Coletiva do currículo efetivamente executado no Curso de Medicina, isto é, da configuração do seu programa tal como ele é vivido, percebido e avaliado pelos gestores, professores e estudantes, foi possível situar três categorias: os **OBJETIVOS** a serem alcançados, as **ÊNFASES** atribuídas aos conteúdos e as **ESTRATÉGIAS** de ensino, traduzidas pela organização das atividades didáticas nas disciplinas ou na realização dos estágios de Saúde Coletiva no Internato Médico.

□ 1ª CATEGORIA ANALÍTICA: OBJETIVOS DA SAÚDE COLETIVA NA UnicenP

A relação das disciplinas de Saúde Coletiva no atual currículo do Curso de Medicina da UnicenP foi descrita anteriormente com base na análise documental do material coletado e extraído do projeto pedagógico do

curso. Os docentes atuam especificamente em cada uma das seis disciplinas do curso já apresentados e a sua normatização está bem definida pela Resolução do CONSEPE Nº 04, de 20 setembro de 2005, que dispõe sobre as normas das atividades acadêmicas dos cursos de graduação da UnicenP.

As ementas das disciplinas, assim como os planos de ensino de cada uma delas, descrevem os objetivos educacionais que os estudantes devem alcançar ao final de cada disciplina e que lhes são apresentados no início das suas atividades acadêmicas.

O ensino na Universidade Positivo vem de uma trajetória muito tradicional em Curitiba, originalmente desenvolvido no Colégio Positivo. Sem negar a essência tradicional do curso, seu principal gestor prefere chamá-lo de um “currículo inovador integrado”, como é possível verificar em seu depoimento:

Esse currículo só funciona se integrar. Existe um esforço muito grande para isso, existem vários mecanismos de integração internos. Agora, ele é ainda muito centrado no professor. Quer dizer, uma revolução a gente não fez, porque a tradição está na essência do que é o modelo pedagógico do UnicenP. Eu acho que isso é um processo longo, embora a gente faça todo um esforço por metodologias ativas de aprendizagem, pela própria estrutura física do campus, são mais de 130 salas de aula, com data show em todas as salas, todas as salas super organizadas e conectadas a internet, tem mais laboratório prático do que sala teórica, mas ainda temos um modelo muito tradicional de ensino. O próprio portal universitário onde o professor coloca o material didático da sua disciplina, a gente tem uma herança da qual temos muita dificuldade de livrar. Eu vejo as aulas dos professores, ainda predomina a aula expositiva. (GUNICENP1)

Cada um dos professores entrevistados explicitou a sua perspectiva sobre os objetivos da disciplina onde atua. Na Saúde da Família I, a socióloga entrevistada resumiu assim:

Seria estimular um olhar antropológico, sociológico sobre as questões da saúde. Então, seria dar uma base que permita a esse aluno um olhar sobre as questões relativas à saúde, ao ser médico, que venha de um olhar das Ciências Humanas. (PUNICENP1)

O professor que coordena a disciplina Saúde da Família I destacou outros aspectos do que considera os seus principais objetivos. Na visão desse entrevistado, a característica do programa é a inserção precoce do estudante na rede básica de saúde, com o objetivo de estimular a percepção das condições humanas do paciente e refletir sobre elas utilizando os aportes teóricos:

Ela começa na primeira série, onde eu ministro aula com enfoque em políticas públicas de saúde, histórico da política de saúde e o próprio Sistema Único de Saúde hoje. A gente já vai com o aluno no primeiro ano para a Unidade de Básica de Saúde. A Unidade que fica mais próxima aqui do Campus se chama Jardim Gabinete. É uma Unidade que tem, na sua área de abrangência, em torno de nove mil e quinhentos habitantes e três equipes do Programa Saúde da Família. Esse é o quarto ano que eu coordeno esta disciplina. (PUNICENP2)

Outro docente considera que o seu principal objetivo é o ensino da Epidemiologia e sua aplicação:

O meu objetivo é os estudantes saberem o que é a Epidemiologia. Eles conhecerem seus usos e o quanto ela é importante para a Medicina. As vantagens que se tem conhecendo a Epidemiologia, destacar o fato dela se aplicar a qualquer área pretendida pelos

estudantes no futuro. Pretendo desmistificar que a Epidemio esteja ligada somente à Saúde Pública. (PUNICENP4)

A integração teórico-prática das disciplinas de Saúde da Família ao longo do curso é a preocupação principal de um professor que gostaria de ver uma maior aproximação entre aquilo que é discutido teoricamente e a vivência dos estudantes dentro do Sistema Único de Saúde:

Acho essa aproximação teórico-conceitual com a prática que eles vivenciam nas Unidades de Saúde ou em qualquer outra instância de atividade prática dentro do SUS uma coisa muito viva, que nem sempre as escolas médicas estão preocupadas em fazer. Esse, para mim, é o principal objetivo da nossa disciplina, que eu ainda acho ser um grande desafio para nós e está muito longe de estar realizado. Mas pelo menos, na minha percepção, a gente se coloca no grupo da Saúde da Família isso como um grande desafio da nossa prática docente. Talvez por ser um curso novo, uma universidade nova, não é tão linear assim o ensino, como nos cursos mais tradicionais. (PUNICENP5)

Esta também é a opinião dos professores que atuam no Estágio do Internato em Saúde da Família, onde a importância da integração da teoria com a prática na atenção básica é ainda maior e os determinantes sociais, expressos através das doenças na comunidade, são ainda mais evidentes nas atividades práticas que os estudantes vivenciam tanto na 5ª como na 6ª série já com maior maturidade. O depoimento a seguir ilustra essa postura:

Aproximar o aluno da realidade do Brazilzão, porque dentro do Hospital Universitário, eu acho que é um ambiente muito acadêmico. Aqui [UBS] a gente tem que se envolver com o paciente, se envolver com a realidade dele e os estudantes até têm certa dificuldade, eles falam “a gente sai daqui exausto e não agüentamos mais nada depois”. Sentir, muitas vezes, o que o paciente está sentindo, e isso é

muito cansativo. A carga de emoção que gera uma consulta dessa é muito grande. E isso a gente não aprende se não estiver aqui na UBS. Os estudantes dizem assim: “seria muito mais fácil se a gente tivesse que resolver só o problema médico do paciente.” Então, esse outro lado a gente não aprende. Acho que o papel interessante do curso está nisso: vivenciar o paciente como um todo, aproximar os estudantes da realidade dos serviços de saúde ao máximo. (PUNICENP6)

O gestor e os professores entrevistados concordam que o principal objetivo das quatro disciplinas e dos dois estágios do Internato é trazer os conteúdos da Saúde Coletiva para o campo da prática profissional desenvolvida no SUS e que são de fato importantes para a boa formação geral do médico. Assim, seja pela perspectiva de promover o exercício profissional em um contexto real e humanizado, seja pela inserção precoce do estudante na rede básica de saúde, articulando teoria e prática, o que prevalece na instituição é a intenção de formar o médico comprometido e integrado à realidade social.

□ 2ª CATEGORIA ANALÍTICA: ÊNFASES DA SAÚDE COLETIVA NA UnicenP

Nesta categoria, a proposta é analisar como os conteúdos e as práticas da área de Saúde Coletiva são enfatizadas no currículo do Curso de Medicina efetivamente executado na UnicenP, bem como a carga horária real dessas atividades.

A UnicenP adota um modelo curricular estruturado em disciplinas anualizadas, isto é, seriado anual. Ao todo, são 38 disciplinas no curso até a 4ª série, sendo quatro especificamente de Saúde da Família e mais dois estágios do Internato dos seis que são oferecidos. A maior carga horária de estágio é a da Saúde Coletiva, que representa 1/3 do total.

Na visão do coordenador do curso, a Saúde da Família na UnicenP significa Saúde Coletiva. Sobre as conseqüências desta denominação no currículo, em fase de implantação em 2008, comentou ele:

Eu tenho uma resposta óbvia: Saúde da Família, exatamente essa é a nossa ênfase, mas isso aqui é um problema. Porque não é tudo Saúde da Família. Se você pegar as ementas, não é Saúde da Família. Por exemplo, na primeira série a Saúde da Família I tem políticas públicas de saúde, tem Epidemiologia mais descritiva, tem Saúde Ambiental e tem um módulo lá que chama Medicina e Sociedade e que a gente acaba dando as ferramentas da Saúde da Família. Quando chega na II, tem Epidemiologia mais analítica, avança um pouco mais nas políticas públicas, pelo menos na ementa, e eu não tenho domínio da execução dessa proposta. Na ementa da Saúde da Família III, na teórica, tem planejamento e gestão em saúde, tem aqueles conteúdos clássicos da Saúde Coletiva. O que gera confusão para os alunos é que a nossa Saúde da Família quer dizer Saúde Coletiva. (GUNICENP1)

Essa opção de dar um nome de disciplina para um programa do Ministério da Saúde tem gerado alguma confusão entre os estudantes que dizem: “*Hoje eu vou pra aula de PSF*”.

Na 5ª e na 6ª séries, inclusive, a denominação é, respectivamente, Internato em Saúde Coletiva I e Internato em Saúde Coletiva II, com supervisão prática de um médico de família na clínica, mas a ênfase é em Saúde da Família. Diz um dos gestores:

Era para ser em Saúde Coletiva, porque é uma das cinco grandes áreas previstas nas diretrizes curriculares nacionais. Para mim é motivo de confusão na explicitação do currículo, até com os alunos, quando vem essa Saúde da Família I, II, III e IV. Eu não daria esse nome, porque os alunos somam as cargas horárias e dizem: “Pô, porque tudo Saúde da Família?”. Se você somar a carga horária do que compõe as disciplinas de Saúde Coletiva, isso não é um escândalo. Mas com esse mesmo nome, dá esta impressão e isso gerou inicialmente, nos estudantes, certa resistência ao currículo por não compreendê-lo corretamente. Eu não acredito que seja de bom tom você chamar todas as disciplinas de Saúde da Família, a nomenclatura não está adequada. (GUNICENP1)

Na prática, o conteúdo clássico da Saúde Coletiva, traduzido nas Políticas Públicas, na Epidemiologia, na Saúde Ambiental, no Planejamento e Gestão, nos Programas de Saúde, na Educação em Saúde, na Vigilância Epidemiológica e na Saúde do Trabalhador, está todo distribuído nas disciplinas denominadas Saúde da Família I, II, III e IV. No entanto, apesar do reconhecimento da inadequação desse nome, não existe a perspectiva de se trocar a denominação, que ficou consagrada no curso.

Em consequência à distribuição do conteúdo da Saúde Coletiva ao longo do curso, a área é vista pelo mesmo gestor como um dos eixos de integração curricular, como fica explicitado em seu depoimento:

Um currículo que tem Saúde da Família do primeiro ao sexto ano, e de uma forma regular, aonde o aluno vai para a rede básica desde a 1ª série. Essa área tem um compromisso de ser o eixo integrador do currículo. A Saúde Coletiva, como está colocada no nosso currículo, tem que ter essa capacidade de integrar e trazer para dentro de si alguns conteúdos das outras disciplinas, ela deve ser o espaço de prática no Sistema de Saúde do primeiro ao sexto ano. Uma vez, eu estava discutindo com os professores de Saúde Coletiva e desenhei para eles uma coisa que eu achei muito interessante sobre a Saúde da Família I, II, III e IV, Internato de Saúde Coletiva I e II. Eu fui colocando as outras disciplinas como Bioquímica à direita e Ciências Sociais à esquerda. Fui desenhando as outras disciplinas, o que poderia estar mais à direita aqui no modelo mais do biológico ou da clínica e o que poderia estar mais à esquerda no modelo do social, como uma coluna vertebral. Quando desenhei os Internatos, comparei isso com a planta de Brasília, onde a Saúde Coletiva poderia ser o eixo monumental, que estabelece esse diálogo entre o biológico e o social, entre o que seria o básico e o clínico e quando chega ao Internato seria o coroamento dessa relação. Eu acho que a Saúde Coletiva pode ser um eixo no curso e principalmente por esse espaço de prática na rede básica que ela tem aqui na UnicenP. (GUNICENP1)

Depois de quatro anos executando as disciplinas com um único professor para cada série, em 2007, quando as quatro primeiras séries foram efetivamente implantadas, o grupo de professores de Saúde Coletiva foi se configurando em uma equipe, com atuação docente em todas as séries, reprogramando conteúdos e atividades a serem desenvolvidos ao longo dos quatro primeiros anos e articulando-os com os dois estágios do Internato, posteriormente.

Em síntese, todos os professores entrevistados concordam com essa diretriz de integração interna da área de Saúde Coletiva, inclusive para evitar a repetição de conteúdos e práticas. Como não existe um departamento específico, a execução das disciplinas é acompanhada de perto pela coordenação do curso, que procura promover uma maior integração externa com as outras disciplinas do curso. Os estudantes, no grupo focal, não se manifestaram sobre esta categoria, muito provavelmente porque, como estudantes deste curso, não vislumbram outra conformação ou porque não distinguem bem Saúde Coletiva e Saúde da Família.

❑ 3ª CATEGORIA ANALÍTICA: ESTRATÉGIAS DA SAÚDE COLETIVA NA UnicenP

As estratégias predominantes e as formas de organização das atividades didáticas das disciplinas de Saúde Coletiva efetivamente executadas, assim como os instrumentos de avaliação dos estudantes em cada uma das quatro disciplinas do curso e nos dois estágios do Internato são os objetos de análise nesta categoria.

Os planos de ensino de cada uma das disciplinas está no Portal da UnicenP na Internet, espaço onde todos os professores colocam as suas atividades programadas, além da bibliografia recomendada.

O portal eletrônico é um recurso educacional importante para a execução do plano de ensino do curso na instituição, ao qual os estudantes têm acesso através da intranet, inclusive das suas casas. Nesse ambiente virtual eles podem conhecer os materiais educacionais preparados pelos professores, comunicar-se com os responsáveis pelas disciplinas e receber avisos e sugestões.

As atividades de planejamento curricular acontecem no começo de cada semestre e são lideradas pela coordenação do curso e por quatro supervisores acadêmicos que atuam nos locais de prática, a saber: Rede Básica de Saúde, Hospital da Cruz Vermelha, Hospital Pequeno Príncipe e Hospital do Trabalhador. Essa equipe trabalha de forma autônoma, já que não existe um colegiado de curso na estrutura organizacional da instituição, conforme relatou um dos gestores (GUNICENP4).

Nos planos de ensino analisados, observa-se certo esforço no sentido de promover as atividades práticas, como destaca o gestor acima mencionado:

A nossa grade curricular prevê um predomínio absoluto de atividades práticas. O nosso aluno aqui tem menos aulas teóricas, ou seja, ele tem que ser mais ativo na busca do conhecimento. Nós orientamos sempre todos os professores a não resumirem as suas avaliações e critérios de avaliação ao conteúdo ministrado, para que o aluno busque e aprenda a buscar as coisas sozinho e, além disso, nós não temos aquelas práticas tradicionais quando o professor senta com uma peça ou um microscópio e mostra tudo. Por exemplo, na minha disciplina de Anatomia, os alunos têm uma lista de objetivos no começo da aula os quais eles, ativamente, com os livros e outras referências, vão buscando e o professor acaba sendo só um supervisor, tanto que os alunos do primeiro ano se surpreenderam. É muito interessante a gente ouvir “...mas professor não tem um livro de anatomia que eu possa decorar cem páginas pra eu fazer a prova? Professor e a minha apostila?” Apostila não tem mais e logo eles se acostumam. A gente quer que eles aprendam a estudar. Algumas das dificuldades que a gente encontra é que o professor perde o poder. Aquele professor acostumado com o seu conteúdo resiste, mas a gente os deixa meio sem saída, vai ter que ser assim. (GUNICENP4)

No entanto, os estudantes, sem negar a importância da teoria, gostariam de ter ainda mais atividades práticas, considerando a grande carga horária disponível para as atividades das disciplinas de Saúde da Família. Uma estudante dá o seguinte depoimento:

Nós temos 2 aulas práticas por semana e 3 teóricas. Muitas vezes eu já me questionei porque não ser invertido, 3 práticas e 2 teóricas? Mas quando comecei na teórica sobre planejamento em saúde, eu pude perceber, porque não tem que ser igual. Dependendo do que você for fazer na prática, é pouco tempo e acaba se fragmentando ficando para outra semana, mas ao mesmo tempo você não pode tirar a teórica que vai te dar toda a base, para que se consiga ir buscar uma boa informação, para fazer um planejamento e aí, conseqüentemente, uma boa gestão em saúde. (EUNICENP2)

A avaliação do ensino tem um sistema tradicional em respeito a uma resolução específica da Universidade que estabelece duas avaliações no bimestre e, ao longo do ano, no mínimo oito. Algumas disciplinas têm mais avaliações da parte prática, além da avaliação teórica, podendo haver, portanto, mais do que duas no bimestre. Essas avaliações se traduzem em uma nota ao final do ano. Caso o aluno não obtenha a média 7, é realizada uma prova final na qual ele deve alcançar a média final 5 para que possa ser considerado aprovado naquela disciplina.

A UnicenP tem um programa de avaliação dos professores e das disciplinas pelos estudantes, desenvolvido por uma Comissão de Qualidade Educativa, localizada na Pró-Reitoria Acadêmica, que recebe eletronicamente os formulários das avaliações feitas anonimamente pelos alunos, processa os dados e envia as informações avaliativas para o coordenador do curso e, posteriormente, para o professor. Com esse instrumento, a coordenação do curso consegue fazer certo monitoramento do desenvolvimento curricular de cada disciplina.

Essa política de acompanhamento transparece na fala dos professores entrevistados, que afirmam seguir as diretrizes estabelecidas na instituição, respeitando rigorosamente as normas, já que elas são acompanhadas e monitoradas por funcionários, que fiscalizam até o cumprimento de horários pelos professores.

Na opinião dos estudantes no grupo focal, houve concordância de que a avaliação é necessária e que a maioria dos colegas a

usa como uma motivação concreta para estudar. Defenderam a sua obrigatoriedade, reconhecendo que não acreditam que possa existir estudo e dedicação voluntariamente sem cobrança do conhecimento adquirido.

O desenvolvimento das disciplinas e as estratégias adotadas em cada uma delas constam do Plano de Ensino, onde a metodologia a ser utilizada em cada um dos quatro bimestres deve estar explicitada, tanto em relação às aulas teóricas, que se valem freqüentemente do uso do vídeo em função da boa infra-estrutura das salas de aula, como em relação às práticas.

Quanto ao estágio de Saúde Coletiva no Internato, quando da realização desta pesquisa, estava em implantação a 5ª série do curso. O relato de um dos professores, que fazia a supervisão dos estudantes na própria Unidade Básica de Saúde, é bastante esclarecedor com relação ao conjunto de atividades que vinham sendo desenvolvidas ainda de uma forma incipiente, e até mesmo experimental, por se tratar da primeira turma do curso. Diz ele:

De segunda à sexta, de manhã, a gente faz atividade aqui na UBS. Sexta à tarde é na UnicenP, um seminário de questões clínicas voltadas para a lógica da atenção primária. A gente organiza e os alunos apresentam esse seminário baseado no material teórico e prático que a gente leva daqui. Na terça e na quinta eles têm atividades complementares sobre Políticas Públicas e Epidemiologia, que não são os professores do internato que dão. Aqui, eu tento ocupar o tempo deles, enchendo a agenda. A minha proposta é a seguinte: eles vêm aqui e atuam como médicos mesmo, botando a mão na massa. Os estudantes têm 10 pacientes de manhã, são duas equipes de dois alunos cada e eles atendem cinco pacientes por período, de manhã, e das 11 às 11h45min, eles apresentam um caso do dia anterior nesse período. No período da tarde, junto a esses quatro alunos, vêm mais quatro alunos de outra Unidade. Nós somos quatro professores do Internato, dois em 40 horas, dois em 20

horas. Aí os alunos que estavam com o professor em 20 horas vêm para cá à tarde. Então, à tarde são oito alunos. Principalmente nós, na UBS do Santos Andrade e os outros nos Hospitais ou na Maternidade. Para esses oito alunos, a prioridade é o atendimento de consultório. Só que à tarde, nas Unidades em Curitiba, elas fazem ações programadas. Nesta Unidade, tem quatro programas: hipertenso, diabético, puericultura e pré-natal. A gente está tentando, com muita dificuldade, implantar um programa de saúde mental. Dificuldade eu vejo, não a contragosto da Unidade, ao contrário, acho até que eles querem. Mas porque eu sinto que a gente ainda não é reconhecido como parte integrante da equipe. Eu acho que eles têm bons motivos para não nos reconhecer como parte integrante da equipe, porque nós estamos há pouco tempo, não temos vagas definidas, então a equipe fica meio perdida no agendamento de pacientes para a gente. E por conta disso, se só a gente está criando esse programa, então nós vamos ter que dar conta, porque quem nós vamos encaminhar para lá? Então fica difícil de tocar. Eu supervisiono os estudantes nas suas atividades de assistência. Os internos não observam consultas dos médicos da Secretaria. Os recursos didáticos utilizados no Internato aqui na UBS em Curitiba, todas as salas tem computador, tudo INTRANET, o acesso a prontuários é eletrônico. A referência bibliográfica que eu uso é o livro Medicina Ambulatorial do Bruce Duncan da UFRGS, que todas as UBSS de Curitiba têm disponível, mas outros professores usam outros recursos educacionais da área médica. Não existe uma definição da coordenação do curso em relação à adoção deste ou aquele material. (PUNICENP6)

A avaliação discente no Internato é feita através de um instrumento onde se procura verificar o domínio de conhecimentos, que não são apenas da Saúde Coletiva, mas também conhecimentos clínicos. O formulário tenta basicamente avaliar o relacionamento com a equipe de saúde e a comunidade. O último item, com maior peso, procura medir a competência do interno, avaliando-o em relação aos seus conhecimentos, habilidades clínicas e atitudes profissionais adquiridas ao longo das quinze semanas de atividades que se desenvolvem no Estágio de Saúde Coletiva I.

No que diz respeito às estratégias educacionais utilizadas, apesar do esforço empreendido pela coordenação do curso em promover as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, continuam prevalecendo os procedimentos típicos de um ensino tradicional, centrado no professor e voltado para a transmissão de conteúdos.

Com exceção dos estágios do Internato em geral e o de Saúde Coletiva em particular, a delegação de responsabilidades pelos docentes prioriza a transmissão de saberes como principal meio para a boa formação geral do médico.

Em síntese, constata-se que a estrutura da instituição favorece a organização e o controle das atividades prioritariamente de caráter conteudista, uma conformação de trabalho já assimilada por gestores, professores e estudantes.

Eixo de Análise II — A Saúde Coletiva no Contexto do Curso Médico da UnicenP

**4ª CATEGORIA ANALÍTICA:
INSERÇÃO NO PROJETO PEDAGÓGICO DA UnicenP**

**5ª CATEGORIA ANALÍTICA:
ADERÊNCIA DA UnicenP ÀS DIRETRIZES CURRICULARES**

O segundo eixo de análise, estabelecido a partir do currículo relatado pelos entrevistados, foi o da Saúde Coletiva no Contexto do Curso, que se refletiu em duas categorias analíticas: a Inserção no Projeto Pedagógico e a Aderência às Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina.

❑ 4ª CATEGORIA ANALÍTICA: INSERÇÃO NO PROJETO PEDAGÓGICO DA UnicenP

Esta categoria de análise pretende apresentar a inserção da área de Saúde Coletiva no currículo do curso de medicina da UnicenP.

Como o corpo docente do curso de medicina não estava constituído até 2003, a construção do seu Projeto Pedagógico não foi um empreendimento coletivo.

Os princípios do trabalho pedagógico e as metodologias que estão escritas no currículo prescrito não se traduzem na matriz curricular do Projeto Político-Pedagógico aprovado, que é disciplinar e formatada dentro de formas de avaliação absolutamente tradicionais, com pouco espaço para as atividades complementares (75 horas por ano).

O currículo do curso prevê a elaboração de uma monografia no Internato Médico, como uma forma de estimular o desenvolvimento científico dos estudantes, embora com uma carga horária pequena (45 horas na 5ª e na 6ª séries).

A principal meta da escola médica da UnicenP, a curto prazo, é executar a implantação completa do curso até o final de 2008 garantindo a formatura da primeira turma, que terá o seu diploma reconhecido pela Portaria Nº 40 do MEC de 12/12/2007, apesar da ausência de visita da verificação das condições de oferta realizada pelo MEC.

Uma vez garantido o reconhecimento oficial do curso e o fechamento do primeiro processo de formação, fica o desafio de rever e aprimorar o projeto instituído.

A seguir, o relato de um dos gestores sobre as perspectivas de futuro para o curso:

Para 2009, pensa-se em fazer uma reformulação ou uma atualização do Projeto Político Pedagógico (PPP) na instituição, depois de formada a primeira turma. Eu penso que a gente vai ter que fazer, mas tenho muito medo disso. Eu estou resistindo bravamente, porque alguns professores, descontentes com a sua carga horária, estão esperando esse momento para disputar, e mesmo agora o professor de Semiologia tentou me mostrar que tinha pouca carga horária em Semiologia e muita em Saúde da Família. Eu penso que a gente vai ser muito conservador nesse processo de mexer no projeto enquanto a gente não conseguir fazer uma boa discussão dele no sentido do que vai mudar e o que não vai mudar; então, a grande questão dos professores é o aumento da carga horária da sua disciplina e eu tenho muito medo de abrir uma discussão num certo momento e perder o controle da situação. O PPP foi quase que totalmente implantado na essência até a 5ª série. Tem pouquíssima coisa ali que não foi cumprida, embora eu te coloque existir uma incoerência entre o texto e a grade curricular. O texto, em alguns momentos, remete muito a metodologias inovadoras, acho que poucas coisas não foram implantadas, como o inglês médico, a informática médica, o direito médico, que a gente avançou pouco e que está no projeto original. (GUNICENP1)

Esse depoimento reflete um grande esforço em garantir certa blindagem na defesa do projeto pedagógico pelos seus principais gestores,

que são os coordenadores do curso, e a diretora do Núcleo de Ciências Biológicas e da Saúde, uma vez que não existem departamentos na estrutura administrativa da UnicenP.

Esta ausência de estrutura departamental distribui os professores de uma forma mais horizontal, e todos estão submetidos diretamente apenas à coordenação do curso, que cumpre o papel de gestor acadêmico e administrativo, estando sempre em contato com todos os professores, acompanhando, orientando, contratando novos docentes necessários para a implantação do curso, com poder de demitir aqueles que não demonstrarem adesão ao projeto pedagógico.

Existem vários limites da gestão que são próprios de uma instituição privada menos comprometida com a pesquisa, mas observa-se uma grande determinação institucional em garantir a efetiva implantação dos eixos centrais do currículo expressos no seu PPP, construído à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina.

O gestor que coordena a área de Saúde Coletiva na instituição fez uma avaliação muito positiva da influência exercida pela área no processo de planejamento e execução de toda a proposta pedagógica do curso:

Em função desse nosso perfil de estarmos muito presentes na instituição, com uma grande carga horária, e de nós termos uma grande ponte com a coordenação do curso, o espaço para elaborar uma proposta de integração nos foi dado. A própria coordenação disse: “olha, nós queremos que exista uma espinha dorsal...” essa é a palavra que o coordenador do curso definiu conosco. A espinha

dorsal deste curso é a Saúde Coletiva. Lógico que a espinha dorsal não é suficiente para sustentar o corpo, nós precisamos dos músculos, nós precisamos dos outros órgãos, precisamos de tudo o mais. Mas a espinha dorsal tem de estar presente em todos os níveis de sustentação do corpo. Nós estamos presentes em tudo, nós conversamos com todos os professores do curso, quando nós fomos discutir a nossa integração. Nós não deixamos de avaliar o que estava acontecendo com o restante do curso, a nossa posição - que foi apresentada à coordenação - é integrar uma disciplina que não pertence a área de Saúde Coletiva, mas na nossa opinião as atividades desenvolvidas em Educação e Saúde devem contar com o apoio dos professores da Clínica Médica, da Geriatria, da Medicina do Adolescente e da Pediatria. (GUNICENP3)

Garantir que o corpo docente seja constituído por professores de Medicina que tenham como principal objetivo a boa formação geral do médico, tal como expressa o seu PPP, e não apenas por professores especialistas em Saúde Coletiva ou de Anatomia ou de qualquer outra área de conhecimento, é o grande desafio dos gestores desse jovem curso de Medicina.

Acredita-se que a falta de departamentos e a conseqüente horizontalização dos docentes, vinculados a um coordenador, torna mais fácil a revisão e o aprimoramento contínuo do projeto pedagógico do curso.

Os estudantes, no grupo focal, não se manifestaram sobre a inserção da Saúde Coletiva no Projeto Pedagógico, muito provavelmente porque a “juventude” do curso dificulte a visualização da sua conformação atual, tendo em vista a necessidade dele se firmar no cenário atual da educação médica.

❑ 5ª CATEGORIA ANALÍTICA: ADERÊNCIA DA UnicenP ÀS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

Esta categoria tem o objetivo de analisar a aderência do Curso de Medicina da UnicenP às Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, instituídas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação através da Resolução Nº 4, de 7 de novembro de 2001, e também enfocar como se realiza o ensino da Saúde Coletiva na graduação médica em termos de estágios de implementação dessas diretrizes curriculares nacionais.

Na visão de um dos gestores entrevistados, o curso em termos de estágios de implementação das diretrizes conseguiu avançar em vários aspectos do que está preconizado em termos das competências e habilidades gerais. Veja como ele quantificou a aderência do PPP como um todo:

Pensando o Projeto Político-Pedagógico como um todo, acho que estamos no estágio três, numa escala de um a três. Numa visão muito impressionista eu diria uns 80%. Eu já preenchi aquele instrumento de avaliação do curso para a Comissão de Avaliação da ABEM e confesso não ter uma avaliação se a percepção da coordenação tem haver com o esforço feito ou do que foi efetivamente implantado. O que me chama a atenção é o fato desse projeto pedagógico à luz das diretrizes estar sendo implantado quase que na sua integralidade, com algumas dificuldades. Não aconteceu com o curso os medos que eu tinha que acontecesse que era quando os alunos entrassem no ciclo clínico e se estabelecesse uma relação de poder, com total hegemonia da clínica ou dos clínicos e que a gente ficasse com o primeiro e segundo anos como um reduto do humanismo, um reduto da discussão de Saúde da Família e quando chegasse no hospital isso se rompesse. Não aconteceu também uma fragmentação das disciplinas, no sentido delas se isolarem em guetos, não aconteceu a departamentalização do curso, nenhuma disciplina que tenha modulado por área de conhecimento. Não aconteceu de a Clínica

Médica ser dada com uma visão de fragmentação. O que eu tinha medo era que na primeira reunião os professores dividissem 60 horas para cada um e modulassem, também não aconteceu, tem coisas que a gente não conseguiu tratar adequadamente como as Habilidades Clínicas no Laboratório Morfofuncional, isso é muito incipiente, mas o laboratório está lá. Mas essa visão que eu tenho mais otimista do curso é em função do fato das grandes catástrofes não terem acontecido que seria a fragmentação entre básico e clínico, a fragmentação entre as disciplinas, a hegemonia do pensamento clínico em relação ao conteúdo. Agora se esse aluno, no momento em que ele está saindo, se ele tem isso na sua formação, eu não sei. (GUNICENP1)

O depoimento de outra gestora do curso reforça esta opinião do coordenador do curso, para quem a medicina já começou impregnada do que as diretrizes apontavam no seu documento e que teria sido o grande guia que orientou a elaboração do seu Projeto Político Pedagógico original e durante a sua execução:

Acho que a aderência do projeto pedagógico do curso (de medicina) efetivamente executado às diretrizes curriculares é grande. O currículo executado é muito melhor que o documento escrito. Ele se aproxima muito mais das diretrizes. Eu diria que uns 80%, mas acho que ainda pode ser melhor. A partir da experiência com a implantação de cada uma das séries, certamente ocorrerão ajustes, o que me parece extremamente saudável, desejável. Não acho que a concepção do curso vai mudar, porque a experiência tem demonstrado que estamos no caminho certo, mas certamente podemos melhorar. (GUNICENP2)

Observa-se nos gestores uma preocupação com o aprimoramento contínuo do curso, uma avaliação claramente positiva que é feita, mesmo sem terem recebido ainda a visita da Comissão do Ministério da Educação para verificação das condições de oferta, de não terem uma

segunda avaliação dos estudantes do progresso dos conhecimentos científicos adquiridos, pelo fato de não terem podido participar do ENADE em 2007.

Identifica-se um esforço para a constituição de uma graduação voltada para a formação geral do médico, mais crítica e humanista, articulada com o sistema de saúde de Curitiba e região metropolitana. Além disso, há um trabalho específico para a formação docente, centrado em um Programa de Educação Permanente em Saúde Coletiva que se traduz por um Curso de Atualização e Especialização em Saúde Coletiva, com o objetivo de implementar e fortalecer a constituição de uma massa crítica de professores e de profissionais dos serviços de saúde, capazes de levar adiante as práticas inovadoras mais ativas neste campo nos próximos anos.

Se por um lado fica evidente para os agentes da UnicenP (particularmente para os gestores) o mérito pela implementação do curso com a formatura da primeira turma em 2008, por outro, há um relativo consenso sobre a dificuldade de uma eventual reforma posterior, tendo em vista a complexidade para viabilizar a sustentação do programa sob novas bases políticas, conceituais e pedagógicas.

Eixo de Análise III — Parcerias Externas da
Saúde Coletiva da UnicenP

**6ª CATEGORIA ANALÍTICA:
PARCERIA DA UnicenP COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE**

A partir do currículo relatado pelos entrevistados, o terceiro eixo de análise foi o das parcerias externas da Saúde Coletiva, que se traduziu em uma categoria analítica referente à articulação com os serviços de saúde, ou seja, os cenários onde se dão as práticas de ensino.

□ 6ª CATEGORIA ANALÍTICA: PARCERIA DA UNICENP COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

A Prefeitura de Curitiba fez uma regionalização da cidade e estabeleceu os Distritos Sanitários Universitários para cada uma das instituições de ensino superior que atuam na cidade interessadas em fazer parceria com os serviços de saúde (Moysés et al., 2001; Scucato, 2008).

Existe um convênio geral, inclusive para os outros cursos da área da saúde, em que a contrapartida da UnicenP é a concessão de bolsas para pós-graduação a funcionários da Secretária de Saúde, cujos registros de certificação são considerados no processo de crescimento funcional do servidor. Há ainda o compromisso da UnicenP em viabilizar espaços como auditórios e salas de aula além de equipamentos para atividades que visem ao aperfeiçoamento profissional de servidores e representantes de usuários do SUS.

No Curso de Medicina, especificamente, a parceria vem sendo construída gradativamente, em função da implantação de cada uma das seis séries do curso cuja finalização da primeira turma aconteceu em 2008.

Houve um pacto de metas e responsabilidades da Gestão Municipal com a apresentação do Sistema Municipal de Urgências e Emergências Médicas, realizada no 1º Encontro Gerencial da Secretaria Municipal da Saúde em 2007. A UnicenP ficou com a região de Santa Felicidade até o Portão, atuando com os estudantes nas Unidades Básica de Saúde da Família dessa região, mas sem executar a gestão dos serviços.

No entanto, o Hospital da Cruz Vermelha, que funciona como hospital de ensino da UnicenP, assumiu uma Unidade de Saúde 24 horas de forma unilateral, sem envolver o ensino de graduação, o que tem gerado alguns conflitos internos e dificultado algumas negociações com a Prefeitura.

Na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, as negociações são operacionalizadas através do Centro de Educação em Saúde (CES), órgão que regulamenta a participação dos estudantes na rede básica de saúde. A Coordenação de Estágios do CES gerenciou, em 2007, a administração dos treze convênios com instituições de educação superior, incluindo a UnicenP (Scucato, 2008).

Essas atividades representaram, no ano de 2008, o acolhimento de 14.021 estagiários das instituições conveniadas, resultando no fortalecimento da integração do ensino com o serviço de saúde da rede municipal de Curitiba. Em relação à Medicina, foram 4.100 estudantes, dos quais 9% da UnicenP, distribuídos em quatro locais diferentes (CES, 2008):

1. Distrito Sanitário do CIC, com 92 estudantes;
2. Distrito Sanitário da Matriz (Mãe Curitibana), com 46 estudantes;
3. Distrito Sanitário do Portão, com 84 estudantes;
4. Distrito Sanitário de Santa Felicidade, com 140 estudantes.

No início de setembro de 2007 foi realizada a 9ª Conferência Municipal da Saúde de Curitiba, composta por 600 delegados eleitos e por representantes das instituições que atuam na rede municipal de saúde, para discutir os rumos do SUS no município e avaliar, monitorar e deliberar sobre a implementação do Plano Municipal da Saúde 2006/2009 (Scucato, 2008).

Na visão do professor responsável por fazer as negociações operacionais com o Centro de Educação em Saúde, por ter trabalhado por muitos anos na Secretaria Municipal de Saúde e conhecer bem a rede básica, esta integração entre o ensino e o serviço de saúde é a possibilidade de se ter no futuro um médico melhor formado para a realidade do SUS em Curitiba, como se observa no seu depoimento:

Claro que no primeiro ano, segundo ano, os alunos são observadores. No terceiro ano, eles já começam a atender junto com o professor na prática em Saúde da Família, começam a ver a clínica. O quarto ano, hoje em dia, eles basicamente fazem uma pesquisa científica relacionada ao tema da atenção primária. E no quinto ano, que é o início do Internato, o foco dos estudantes realmente são os pacientes, de uma maneira muito ativa.. Eu já trabalhei na Secretaria, atualmente não trabalho. O que a gente tem feito é assim: o professor que está na Unidade de Saúde recebe remuneração da UnicenP. Agora, o funcionário da Secretaria

Municipal não recebe diretamente nada da universidade. Ele poderá vir a receber uma vaga para um curso de especialização, mas isso a gente não tem gerência. Depois de acertar com o nível central eu conversei com a autoridade sanitária local. Essas Unidades que hoje são campo de estágio dos alunos do 5º ano, as quatro Unidades, eu visitei pessoalmente, conversei com a equipe, expliquei a proposta do estágio, e os alunos do Internato vão lá para atender, vão se inserir no processo de trabalho da Unidade e eles vão ajudar a Unidade a dar respostas às demandas. São duas duplas de alunos, que atendem de manhã dez pacientes, é uma capacidade de resposta a mais que a Unidade dá. E à tarde eles fazem programa e também ajudam a atender os pacientes. Para a Unidade, se por um lado ela tem que abrir um espaço para receber os estudantes, em contrapartida eles ajudam no atendimento, aumentam a força de trabalho daquela equipe. Se o sistema de saúde precisa de mão de obra qualificada para trabalhar, ele tem que permitir que as escolas utilizem esse espaço de conhecimento como campo de estágio, para sensibilizar os estudantes para trabalhar ali. Se não as Escolas Médicas formam um monte de especialistas, que depois ninguém acha médico para trabalhar no sistema público, porque ninguém está sensibilizado. O que já está sendo diferente para os nossos alunos, porque se relacionam bem com a comunidade, têm habilidade prática para fazer uma anamnese, para abordar o paciente, são hábeis em escutar o paciente, em se relacionar. (PUNICENP7)

Na opinião de uma estudante que participou do grupo focal a parceria com os serviços de saúde tem representado um espaço importante de conhecimento da realidade médico sanitária da população do território onde eles têm atuado e uma maior aproximação com os problemas de saúde da comunidade, que tem canais próprios de participação e de controle social através das conferências de saúde.

Neste segundo ano, a gente está fazendo o diagnóstico em saúde da área da Unidade de Saúde, realizamos um seminário com trabalho escrito sobre os resultados que a gente obteve através de entrevistas com informantes-chaves (pacientes, com os próprios médicos, representantes da Associação de Moradores), todo mundo da sala fez. Nós fomos divididos em grupos de 5 pessoas, cada grupo ficou com uma micro área, depois esse trabalho foi juntado num único

trabalho. Cada micro área terá um trabalho que será apresentado na Conferência Local de Saúde, que será no final deste mês. Então, com isso você vê uma coisa muito mais prática, o seu trabalho que nós passamos o bimestre inteiro fazendo, saindo para a comunidade, conversando com as pessoas, indo a escolas, Associação de Moradores. Eu vejo um sentido maior, naquilo que eu fiz, acredito que vai fazer uma grande diferença para a comunidade, porque o pior problema que a gente levantou nesse diagnóstico, de alguma forma a gente vai fazer alguma coisa pra mudar e a gente pretende dar uma resposta pra essa comunidade. (EUNICENP2)

Em síntese, nesta categoria, houve uma grande convergência entre os gestores, professores e estudantes que opinaram sobre o assunto, e a construção da parceria com os serviços de saúde na rede básica vêm evoluindo progressivamente desde a primeira série até o Internato em Saúde Coletiva na 5ª e 6ª séries.

Em função da realidade brasileira, a perspectiva de fazer a Saúde Coletiva como um eixo articulador, ainda aparece no horizonte daqueles que lidam com a formação médica. Este indício ficou evidente no curso de medicina da UnicenP.

No âmbito das diretrizes para a formação médica, será que esse ideal é bem vindo? Será que ele ainda representa uma possibilidade de avanço na formação dos futuros médicos? Será que não é chegado o momento de se pensar em outras formas de articulação curricular comprometida com a realidade brasileira? Será que não temos que superar a polêmica entre os especialistas ou tecnicistas e aqueles comprometidos com a saúde coletiva?

No que diz respeito às dimensões educacional e humana, será que não temos que lidar melhor com os nossos projetos pedagógicos de curso, as diretrizes curriculares e as aspirações dos jovens que chegam à universidade, querendo apenas o status de ser médico?

Acredito que para melhor encontrar respostas a estas perguntas, temos que lidar com concepções, políticas de saúde, diretrizes pedagógicas para alinhar uma sutura mais significativa no processo formativo. Um processo que possa dar conta da problemática tão mais ampla e tão mais complexa que é o ensino da Saúde Coletiva no seu verdadeiro lugar na graduação, para uma boa contribuição na formação geral do médico.

4.4 O CURRÍCULO E O SUS

Tendo concluído os estudos de caso da UEL, UFPR e UnicenP, importa considerar os dados coletados que, tanto pelo viés da sua convergência quanto pelo da sua divergência, possam elucidar a compreensão do papel da Saúde Coletiva na formação médica. A complexidade dessa análise advém justamente da necessidade de se respeitar as diferentes possibilidades de configuração institucional, suas trajetórias e estruturas burocrático-administrativas.

Ao lado dessas singularidades, é importante não perder de vista as metas tão claramente delineadas pelas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Medicina, em especial, a aproximação com o SUS.

Calcado nesses princípios, o objetivo deste capítulo é contribuir para as discussões travadas no âmbito nacional nos seguintes planos de abordagem: o Currículo de Medicina e o SUS, os desafios da Saúde Coletiva pela consideração do que foi feito e, finalmente, o diálogo possível entre as tendências no ensino da Saúde Coletiva.

A despeito das diferentes configurações curriculares, observou-se uma grande convergência de opiniões nas três instituições estudadas. O que variou em cada caso foi a carga horária e as diferenças atribuídas à Saúde Coletiva nos módulos, nas disciplinas, nos estágios, nas práticas e nas teorias trabalhadas ao longo do curso.

O Sistema Único de Saúde (SUS) e a concepção dessa proposta de organização dos serviços de saúde, na visão dos diferentes atores entrevistados da UEL, só apareceram de forma explícita no grupo focal

dos estudantes. Na UFPR, além dos estudantes, um dos professores também fez referência ao assunto; na UnicenP, houve grande debate no grupo focal dos estudantes, além de um professor e um gestor terem opinado sobre o tema.

Na análise das manifestações dos estudantes, o que fica evidente é a expectativa de conhecer o SUS na sua complexidade, seja pela possibilidade de apreender os paradoxos entre a proposta e a realidade, seja pela visão mais crítica do seu processo de implementação (o histórico do projeto da reforma sanitária brasileira e o seu impacto). As passagens que se seguem ilustram, respectivamente, essas duas tendências:

Outro aspecto que eu achei bem importante é que como teve nos módulos temáticos toda a parte de conhecimento dos serviços de saúde, como que funcionam, como que é no papel, depois a gente vendo agora no Internato, vivenciando o SUS aqui em baixo, fica muito melhor da gente entender como é que está a realidade de saúde no Brasil. (EUEL5)

Uma coisa que eu sinto falta, na formação, é ter uma visão mais questionadora do porquê da existência do SUS. Eu acho que mesmo no módulo de Abrangências a gente aprende - pelo menos a intenção é aprender - o funcionamento do SUS, mas eu vejo que poucas pessoas saem desse módulo com uma visão de qual foi a evolução que o SUS trouxe para a saúde no Brasil. (EUEL2)

É interessante notar que, no que diz respeito ao conhecimento do SUS, a posição dos estudantes não se configura como uma demanda de ordem estrutural ou curricular. Antes disso, ela parece estar relacionada apenas ao modo como o tema deve ser trazido e refletido no grupo tutorial pelo atual programa da UEL, ou pelas disciplinas nas outras instituições.

Em outras palavras, é na relação entre estudantes e professores que a realidade do SUS pode ser problematizada e esclarecida, visando à assimilação de um conhecimento valorizado tanto pelo seu produto (o saber indispensável ao futuro médico) como pelo seu processo (a maior compreensão do Curso de Medicina e, conseqüentemente, a maior possibilidade de aproveitamento do estudante).

Eu acho que é de suma importância participar do PIN, desses módulos de Saúde Coletiva, mas para o estudante, em geral, de início, não fica muito claro, e aí o que acaba acontecendo é que, às vezes, ele não aproveita tanto quanto poderia aproveitar, se ele tivesse se interessado mais, buscando conhecer o SUS e a realidade da comunidade. (EUEL1)

Daí a gente chega no 3º período e até então a gente só teve contato com proteína de membrana, quando muito uma célula, daí no 3º período eles jogam para a gente o paciente inteiro para fazer anamnese e a comunidade, você não faz idéia do que vai fazer com aquilo. Daí o professor começa a falar de saúde coletiva, SUS e ele esquece que não é todo mundo que tem a mesma bagagem que ele tem. Que não é todo mundo que discutiu o que é a 8ª Conferência de Saúde, não é todo mundo que discutiu as diretrizes do SUS. (EUFPR6)

Acho que o ensino da Saúde Coletiva, como a questão da gestão dos serviços de saúde, é importante justamente para conhecer como funciona o sistema de saúde. Confesso que eu não tinha conhecimento nenhum do SUS antes de entrar na Medicina. Eu venho de uma família com uma boa condição social, nunca precisei ir a uma UBS. Para mim foi muito legal conhecer, ver como funciona, se revoltar ao ver de perto como o governo cuida do SUS. (EUnicenP1)

Para a maioria dos professores e gestores entrevistados, o SUS pode ser considerado como um paradigma, traduzido na concepção de Paim (2002b): “é um conjunto de noções, representações e crenças, relativamente compartilhadas por um determinado segmento de sujeitos sociais tornando-se um referencial para a ação”.

Neste sentido, esses atores pressupõem que o SUS, como paradigma, refere-se ao conceito de “*SUS democrático*”, uma visão social e utópica de sistema de saúde baseada numa visão também utópica de sociedade contida na proposta e no projeto da Reforma Sanitária Brasileira (Paim e Almeida Filho, 2000), uma vez que os docentes, de certa forma, participaram e participam desse processo de construção do SUS no seu dia-a-dia (Paim, 2002a).

A diferença entre a perspectiva dos estudantes e dos professores em relação ao SUS e seus princípios, apesar da sua instituição jurídica há 20 anos, talvez possa estar mais diretamente relacionada às suas diferentes representações sociais como fatores que explicam essa realidade, entendendo-as como “teorias sobre saberes populares e do senso comum, elaboradas e partilhadas coletivamente, com a finalidade de construir e interpretar o real” (Oliveira e Werba, 2002).

No caso, se é verdade que os docentes têm maior familiaridade com o tema, considerando-o como parte de um saber técnico já incorporado, para os estudantes existe a necessidade de transformar o saber popular (ou suposto saber) em um conhecimento profissionalmente constituído, capaz de orientar a postura do futuro médico em face da proposta, da realidade e dos desafios a serem assumidos.

Percebe-se que os significados e valores dos estudantes em relação ao SUS são bem diferentes dos significados e valores dos professores, revelando vários tipos de representações pela falta de conhecimento sobre a organização dos serviços de saúde nos municípios e as

suas dificuldades financeiras, políticas e de gestão descentralizada (Cordeiro, 2001; Paim, 2002d).

Entre os estudantes, o conhecimento ainda incipiente aparece ainda que eles tenham tido a oportunidade de participar de um estágio prolongado, em Londrina, nos módulos de Práticas de Interação Ensino, Serviço e Comunidade na UEL, ou em Curitiba, nas várias disciplinas de Saúde Comunitária da UFPR, ou nas disciplinas de Saúde da Família na UnicenP.

Esses módulos ou disciplinas, que são oferecidos da primeira série do curso até o Internato Médico, como é o caso da UnicenP e da UFPR, proporcionam aos estudantes a vivência e a experimentação da realidade do SUS, desenvolvidas em cidades onde o Programa Saúde da Família já foi efetivamente implantado e vem perseguindo o ideal de melhorar a qualidade do atendimento e desenvolver a promoção da saúde pelas equipes de saúde, com o controle social exercido pelos Conselhos Locais de Saúde (Silva, 2001; Paim, 2002e).

Vale ressaltar um ponto comum entre as instituições estudadas, que é o fato de os cursos estarem inseridos em cidades onde a implantação do SUS está bastante avançada (Ducci, 2001; Paim, 2002c). Assim, mesmo tendo docentes com inserções institucionais onde se valoriza mais uma prática de pesquisa ou docentes que são contratados como horistas, o reflexo dessas características na diferenciação do ensino da Saúde Coletiva parece ser pouco significativo, do ponto de vista dos atores.

Como se constatou no caso da UEL, há mudanças na correlação de forças entre os diversos sujeitos dentro da instituição. Portanto, as transformações envolvem a construção de novos paradigmas, incidindo sobre o próprio processo de produção do conhecimento (UEL, 1998; UEL, 1999; UEL, 2002).

Embora a mudança curricular da UEL seja profunda, apontando para importantes alternativas para a educação médica, ela não é, em si mesma, a resposta definitiva para todas as demandas de formação. Já em 1999, Feuerwerker & Sena diziam que as inovações nos processos e nas relações não bastaram para chegar aonde se pretendia, uma conclusão pautada na análise dos processos desencadeados através dos projetos UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde – união com a comunidade), iniciativa para educação dos profissionais de saúde promovida pela Fundação Kellogg em 1991, no qual se destacou o PROUNI de Londrina (Kisil, 1996; Tancredi et al., 1999).

Essas conclusões são ainda hoje pertinentes, tendo em vista o currículo analisado na UEL. O que existe de específico, neste caso, é justamente a sua capacidade, demonstrada ao longo dos últimos 40 anos, de manter o diálogo com a organização dos serviços de saúde a nível local e se colocar à frente o desafio permanente da renovação do modelo de educação dos médicos (Almeida, 1979; Almeida, 2007).

O melhor currículo de medicina da UEL não foi aquele que se implantou em um determinado momento, porque os embates entre o novo e o

velho foram (e ainda são) sempre intensos, marcados pela necessidade de se negociar com a resistência a alguns aspectos da proposta de mudança. Em função desse contexto, a redução da reforma aos aspectos metodológicos foi uma estratégia para garantir a sustentabilidade do currículo integrado, uma alternativa mais limitada, mas configurando-se como decisão possível em face do impasse interno, ocasionado pelo enfrentamento de diferentes posições (Campos, 1999).

No caso da UnicenP, tem-se algumas inovações importantes, especialmente o fato de um terço da carga horária do Internato ser desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde da Família da Rede Municipal de Curitiba, durante a 5^ª e 6^ª séries do Curso de Medicina. As disciplinas de Saúde da Família estão presentes do primeiro ao último ano do curso e não são apenas teóricas em sala de aula; além das atividades clínicas supervisionadas na atenção básica, elas vão além dos textos e dos problemas no papel, com discussões em pequenos grupos e vários tipos de atividades práticas, todas previstas pelo currículo (Fraiz, 2008).

Como se trata de um curso novo, em fase de implantação e que formou a sua primeira turma em 2008, do ponto de vista da gestão do curso, um aspecto essencial é a sua sustentabilidade política nos próximos anos, em função da necessidade de permanentes negociações com a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e também da sua inserção hospitalar, em especial no Hospital da Cruz Vermelha, que ainda não é reconhecido como hospital-escola.

No Curso de Medicina da UFPR, predomina uma visão geral mais conservadora, apesar do grande esforço desenvolvido nas disciplinas de Saúde Comunitária e nas Práticas em Ambulatório Geral I, II, III e IV que são co-ofertadas por docentes de outros departamentos além da Saúde Comunitária.

Considerando que o ensino da Saúde Coletiva é atualmente pouco hegemônico dentro do Projeto Político do Curso de Medicina da UFPR (Paim, 2002e). Pode-se afirmar que a Saúde Comunitária, como campo de estudo e de formação, sofreu restrições nos últimos anos, que estão sendo recuperadas aos poucos como os novos Ajustes Curriculares (Reggiani, 2006).

4.5 O QUE FOI FEITO NA SAÚDE COLETIVA

A consideração sobre os diferentes perfis de curso de formação médica e dos seus respectivos compromissos em formar profissionais aptos para lidar com os desafios de implementação do SUS situa os depoimentos no plano de um verdadeiro balanço entre o que foi feito na Saúde Coletiva em cada uma das três instituições analisadas.

Neste sentido, as diferentes imagens de Saúde Coletiva ajudam a interpretar os significados e desafios vistos pelos agentes da UEL, UFPR e UnicenP.

No caso da UEL, mesmo antes da promulgação constitucional do SUS em 1988, o Curso de Medicina já se mostrava, desde o pioneiro convênio com a Secretaria Municipal de Saúde para a implantação do Posto de Saúde da Vila da Fraternidade em 1970, comprometido com a construção de cenários favoráveis ao ensino da Atenção Básica em Saúde no Município de Londrina (Lavras et al., 2007).

Assim, no Norte do Paraná, na cidade de Londrina, as inovações nos processos de organização dos serviços de saúde a nível local foram marcadas pela busca do estabelecimento dos vários níveis de atenção à saúde, em relação aos quais o Hospital Universitário se inseria como um dos cenários de prática dos estudantes e não o único e exclusivo local de formação dos médicos (Almeida, 1979).

Na cidade de Curitiba, este processo aconteceu depois da implementação do SUS e também influenciou positivamente o centenário

Curso de Medicina da UFPR que, inclusive, inseriu no currículo do curso as Práticas em Ambulatório Geral em 1994 (Raggio e Romanó Jr, 1992).

No curso da UnicenP, à imagem e semelhança do preconizado nas diretrizes curriculares nacionais, houve uma clara intencionalidade de construção de um eixo condutor apoiado na Saúde da Família, que vem sendo estruturada particularmente na cidade de Curitiba e em São José dos Pinhais, no Internato em Saúde Coletiva II (6ª série).

Na UEL, os processos de mudança sempre tiveram a participação dos docentes da Saúde Coletiva, uma participação que, inclusive, é reconhecida pelos estudantes:

Pelo que a gente tem contato com a história das mudanças curriculares, em especial esta última, elas foram sempre lideradas pelos docentes da Saúde Coletiva. Acho que isso tem a ver com a visão do perfil do médico que se pretende formar para a saúde que a gente tá querendo fazer para a população. Por isso que a nossa mudança curricular tem tudo a ver com o SUS quando a gente pensa: que médico eu tenho de formar pra esse SUS? Então vamos lá tentar formar esse médico. Se não você forma quem? Pra onde? Vai formar um médico todo perdido na realidade social dele? (EUEL2)

Buscando a associação com as áreas clínicas e cirúrgicas, os docentes do atual Departamento de Saúde Coletiva da UEL apoiaram as reformas curriculares, mantendo uma participação de vanguarda nos processos de mudança ao longo dos 40 anos do Curso de Medicina e, em especial, nos últimos 10 anos do currículo integrado, como aponta um dos gestores entrevistados:

Eu acho que os docentes da área de Saúde Coletiva na nossa Universidade são líderes do processo de transformação curricular,

não só em Medicina, como também na área de Enfermagem e talvez um pouco menos no Curso de Farmácia. (GUEL4)

Existe, em Londrina, uma concepção própria de Saúde Coletiva que em muito determinou essa situação. Apesar de todas as diferenças de opinião e até mesmo divergências ideológicas sobre as políticas nacionais de saúde, os docentes nunca se isolaram (UEL, 1989). Ao contrário, tiveram sempre uma atitude gregária, preocupados em tomar parte das lutas comuns a todos, participando da criação do Sindicato dos Professores, envolvendo-se com os clínicos e cirurgiões nas questões que dizem respeito ao Hospital Universitário cujo Diretor Superintendente, reeleito, é, inclusive, um dos docentes do Departamento de Saúde Coletiva.

Esta postura política institucional sempre esteve associada a uma prática docente que procurou valorizar a graduação e a participação dos estudantes. Por isso, a disciplina de Saúde Comunitária talvez tenha sido uma das primeiras iniciativas de integração docente-assistencial (IDA) desenvolvidas no Brasil (Marsiglia, 1995).

Ela evidenciou que, quando os estudantes passam a freqüentar as Unidades Básicas de Saúde descobrem um profissional médico e uma equipe de saúde sobre os quais não tinham qualquer referência, uma realidade desconhecida para a grande maioria deles, tanto como pacientes quanto como cidadãos.

Pensando no papel da Saúde Coletiva no contexto dos desafios da formação médica (Garcia et al, 2004), o depoimento de um dos professores da instituição parece especialmente significativo:

Eu não tenho uma expectativa de que o patinho feio da Saúde Coletiva se transforme num cisne. Eu tenho a esperança e a utopia, dentro das condições que estão colocadas hoje, que se nós pudermos aceitar o patinho feio, no ninho do pato, já vai ser bom demais. Porque, no meu modo de ver, essa valorização da Atenção Básica e desse espaço na comunidade passa por valores que transcendem a Universidade, são valores sociais, são valores instituídos por meio das políticas públicas. Então, nós também nadamos contra a correnteza, nós nunca vamos transformar o patinho feio num cisne por conta do módulo, não somos só nós que temos esta responsabilidade em transformá-lo em um cisne. (PUeL4)

As iniciativas e conquistas da área de Saúde Coletiva da UEL, tanto na graduação médica quanto nas políticas regionais e nacionais de saúde, foram sempre no sentido de criar mecanismos de mudança da formação médica (Santos, 1967; Soares, 1976; Cordoni Jr, 1979; Almeida, 1997). Além das figuras emblemáticas de alguns sanitaristas históricos que atuaram em Londrina, outros professores, ao longo dos últimos 40 anos, também desempenharam papéis destacados de formulação, articulação e condução do movimento de transformação na graduação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde.

Seja na graduação ou na pós-graduação, é marcante, na área de Saúde Coletiva da UEL, a preocupação com as questões educacionais relacionadas à formação médica, haja vista a criação de uma Estação de Trabalho no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva UEL (NESCO, 2008), integrando a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (Ministério da Saúde/OPAS) desde 1999.

Tal iniciativa teve o propósito de realizar pesquisas e produzir informações sobre recursos humanos em saúde de forma a contribuir, em

rede colaborativa, com a formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e projetos para a área, vinculada ao Grupo de Pesquisa sobre Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde, cadastrado no CNPq já há 10 anos e à linha de pesquisa do Departamento de Saúde Coletiva (CCS/UEL) com o mesmo nome.

Esse contexto favorável talvez explique uma série de fatos relevantes para a compreensão das implicações dos movimentos de mudança no processo de formação médica na UEL. Em primeiro lugar, a permanência da sede por 10 anos, em Londrina, da Secretaria Executiva do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde — CEBES. Essa entidade do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, durante toda sua trajetória, editou a importante revista da área, *Saúde em Debate* (Paim, 1997).

Em segundo lugar, o fato de a Secretaria Executiva da Rede UNIDA estar instalada em Londrina desde 2001, tendo ampliado e regularizado a publicação da Revista *Olho Mágico*, que chegou a ser indexada na base de dados *Ad Saúde*, como uma revista da área de formação e desenvolvimento de profissionais de saúde.

Em terceiro lugar, a realização em Londrina do IV Congresso Nacional da Rede UNIDA, em outubro de 2001, com o tema *Impulsionando movimentos de mudança na educação dos profissionais de saúde para o SUS*, refletindo o ambiente propício a iniciativas relacionadas à formação do profissional médico. Além desse, mais dois eventos importantes foram realizados na cidade, paralelamente e de maneira integrada: o I Fórum Nacional de Redes em Saúde e a II Mostra Paranaense de Produção em

Saúde da Família, com o tema *Governos novos, desafios antigos: investindo sempre nos processos de mudança*, como também foi estabelecida uma agenda estratégica da Rede Unida em permanente construção, em torno da qual inúmeras ações de mudança na articulação da saúde com a educação foram desenvolvidas nos últimos anos (Rede Unida, 2000).

Finalmente, há que se destacar a realização em Londrina, em agosto de 2007, do IV Fórum Nacional de Metodologias Ativas de Ensino Aprendizagem, promovido pelo Colegiado do Curso de Medicina e Centro Acadêmico Samuel Pessoa da UEL, com o entendimento de que a adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem constitui um importante e potente componente das mudanças necessárias na educação médica e nas demais profissões da área da saúde.

O jeito curitibano de construir um dos mais importantes processos de organização dos serviços de saúde a nível local está bem descrito em dois números especiais da Revista *Divulgação em Saúde para Debate*, publicadas pelo CEBES, N.8 – *Saúde é Mudança* (Curitiba, 1992) e N.19 – *Curitiba: 20 anos de Atenção Primária à Saúde* (Curitiba, 2000), ambas com conteúdo de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, como também no livro CURITIBA - a saúde de braços abertos (Ducci et al., 2001).

No número 8 da revista acima mencionada, Raggio e Romanó Jr (1992) abrem a sessão de auto-retrato com uma proposta de implantação de Médico Geral Comunitário em Centros de Saúde de Curitiba. Depois, outras sessões: opinião, entrevistas, modelo assistencial, ações coletivas,

novas atitudes e a importante questão, para a época, da Regionalização da Saúde, escrita por Giacomini (1992).

No mesmo número da revista, o artigo *Saúde é Mudança* – a direção e o sentido das mudanças na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, do Secretário de Saúde Armando Raggio, entre outros artigos, trouxe uma importante contribuição aos debates da IX Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central foi a *Municipalização do Sistema de Saúde*.

No número 19 da mesma publicação, o artigo de Pedotti e Moysés (2000) analisa a história dos 20 anos de Atenção Primária à Saúde em Curitiba, que toma como marco zero a Conferência de Alma Ata e a adoção da Atenção Primária como paradigma de Saúde Pública. Os autores explicam a evolução para o período mais recente da efetiva implantação do Modelo de Saúde da Família, que seguiu crescendo e se aprimorando cada vez mais como produto do 6º *Encontro de Saúde Coletiva* da Secretaria Municipal da Saúde.

A coletânea de artigos é composta de alguns dos trabalhos escolhidos pelo público participante do evento e apresentada pelo Secretário de Saúde Luciano Ducci que, junto com outros sanitaristas, organizou em 2001 o livro que registra em detalhes esta experiência, destacando que a construção do SUS em Curitiba é produto do trabalho contínuo de muitos personagens ao longo das últimas décadas. Eleito vice-prefeito de Curitiba na gestão atual, Ducci assumiu novamente a Secretaria Municipal de Saúde (2008) e foi reeleito vice-prefeito para novo mandato, com início em 2009.

Paralelamente às significativas mudanças que ocorreram nos serviços de saúde da cidade de Curitiba, não apenas de extensão quantitativa da assistência à saúde, mas também de qualidade da assistência e de sua organização estrutural e dos objetivos da saúde, houve importantes mudanças na academia, em particular na UFPR.

Os gestores do Curso de Medicina da UFPR implementaram, a partir de 1992, uma reforma curricular onde os docentes do Departamento de Saúde Comunitária acabaram ficando no meio de uma disputa entre os que pretendiam que o curso buscasse a formação de um médico com perfil mais generalista, em oposição à formação do médico especialista.

O diagnóstico relatado na UFPR, na época, era de um currículo de medicina muito especializado, com conteúdos repetitivos, centrado, na sua maior parte, em atendimento a pacientes crônicos, usuários dos serviços do HC, com uma demanda mais selecionada, um perfil de morbidade de problemas pouco freqüentes e com necessidade de intervenções mais complexas. Uma crítica dos estudantes era que eles atendiam pacientes com diagnósticos já definidos e não sabiam enfrentar uma demanda de ambulatório geral com competência e resolutividade.

Na época da reforma, há 18 anos atrás, os docentes da Saúde Comunitária da UFPR também faziam parte do grupo que queria mudanças no curso, no sentido de um ensino mais voltado às necessidades da população, com mais conteúdos de cunho social e aumento da participação da Saúde Coletiva, além de uma clínica que contemplasse os

serviços básicos da rede pública de saúde e, portanto, uma prática menos especializada e menos centrada nos ambulatórios e enfermarias do HC. Uma das docentes entrevistadas relata:

(...) é obvio que apoiamos os reformistas nestes aspectos. Porém, o que se configurou na prática desta reforma foi uma disputa entre os que defendiam uma medicina mais generalista e os que defendiam as especialidades. No currículo anterior havia disciplinas de 90 horas, a maioria delas desde o 3ºano, como Cardiologia, Pneumo, Reumato, Neuro, entre outras. Além das suas correspondentes cirúrgicas, como Cirurgia Torácica e Cardiovascular, do Aparelho Digestivo, Neurocirurgia, Uro, etc. A tônica que os reformistas deram foi de redução de cargas horárias e criação de disciplinas integradas e abriram espaço para as Práticas de Ambulatório Geral – PAG I, II III e IV, com cargas horárias imensas (120 horas), porém sem professores, sem campo de estágio definido com os serviços, o que levou a um caos no momento da sua implantação. Obviamente não apoiamos esta parte, mas procuramos fazer o que era possível para o desastre não ser maior. Não podemos nos responsabilizar pelos equívocos de quem conduziu o processo. Divergimos da condução do processo, não fomos os mentores, nem a retaguarda, lutamos por mais espaço para a Saúde Coletiva na formação e tivemos cortes nas nossas propostas. (PUFPR2)

O que foi feito na Saúde Coletiva da UFPR evidenciou uma intencionalidade em direção a participar do movimento pela transformação do ensino médico no Brasil, desde a realização do seu diagnóstico situacional até os encaminhamentos sugeridos pela CINAEM, defendendo os princípios da universalidade, integralidade e o acesso a ações e serviços promovidos na lógica de um Sistema Único de Saúde, apesar de todas as resistências docentes internas e dificuldades operacionais para construir efetivamente a parceria com o gestor municipal (CINAEM, 1992; Correa et al., 2007).

Os docentes na UnicenP não estão reunidos em Departamentos, mas o seu representante destaca a importância da área de

Saúde da Família como fio condutor do curso. A presença desse campo de estudo procura articular os conteúdos e as práticas, que vão se interligando do primeiro ao último ano. A presença dos docentes de Saúde da Família na coordenação do curso e em vários cenários do processo de ensino e aprendizagem é um indício da valorização e reconhecimento da área no projeto formativo pretendido pela instituição.

Ao lado do que já foi feito, o desafio da Saúde Coletiva será muito grande, considerando que cada curso vivencia momentos muito particulares. A UnicenP formou em 2008 a sua primeira turma, o Curso de Medicina da UEL acabou de completar 40 anos de existência e a Universidade Federal do Paraná prepara-se para as comemorações do seu centenário em 2012.

Mais importante do que o tempo de funcionamento dos cursos, a infra-estrutura de cada instituição determina a sua perspectiva de formação e de aproximação com o SUS. A esse respeito, observa-se que na inexistência de um ambiente hospitalar cristalizado, como é o caso da UnicenP, o currículo do Internato fica centrado na rede básica de saúde. Trata-se, indiscutivelmente, de uma interessante alternativa pela possibilidade de aproximação com o SUS, mas, seria ela suficiente para a formação do médico?

O acréscimo dos novos cenários de práticas, contemplando ambientes comunitários e os serviços da rede de saúde como eixos do desenvolvimento curricular são importantes e estratégicos, mas estão longe

de se constituir como o único ou o principal componente da formação médica (Vieira et al., 2007).

Paralelamente à compreensão sobre a realidade básica do SUS, o ambiente hospitalar garante a vivência e o aprendizado de práticas de saúde — procedimentos no segundo e no terceiro nível de atenção — absolutamente indispensáveis a uma sólida formação geral do médico contemporâneo. Níveis esses que, por sua vez, correspondem a necessidades reais e sentidas por usuários dos serviços de saúde e pelas características epidemiológicas dos grupos sociais, razão pela qual o SUS procura assegurar o princípio da integralidade do cuidado que hoje vem sendo estruturada sob a forma de Linhas de Cuidado (Mattos, 2001).

4.6 O DIÁLOGO POSSÍVEL ENTRE AS TENDÊNCIAS NO ENSINO DA SAÚDE COLETIVA

Em relação aos três eixos de abordagem do estudo, verificaram-se significativas diferenças entre as instituições analisadas, tanto em relação aos dados secundários dos documentos coletados, quanto em relação às diferentes visões dos agentes entrevistados.

Na UEL (onde prevalecem um currículo integrado e os desafios da sustentabilidade da mudança e da revisão permanente), na UFPR (onde o ajuste curricular marca o centenário de um curso tradicional) e na UnicenP (focada na Saúde da Família e no reconhecimento do curso).

No primeiro eixo, que aborda a configuração da Saúde Coletiva traduzida nos objetivos, ênfases e estratégias predominantes, as diferenças apresentaram-se por meio da especificidade curricular de cada instituição e das várias interpretações e reflexões de seus gestores, professores e estudantes.

No segundo eixo, que trata da Saúde Coletiva no contexto de cada um dos cursos analisados por meio da sua inserção no projeto pedagógico e da aderência às diretrizes curriculares nacionais, encontraram-se diferenças diretamente relacionadas à existência ou ausência de mecanismos de apoio e acompanhamento dos docentes envolvidos com o desenvolvimento dos projetos pedagógicos dos Cursos de Medicina da UEL, da UFPR e da UnicenP.

No terceiro eixo de análise a partir do currículo relatado pelos entrevistados sobre as parcerias externas da Saúde Coletiva dos referidos cursos com os Serviços de Saúde organizados em Londrina e em Curitiba,

identificaram-se diferenças apenas nas formas de articulação, mas a direção e a intencionalidade nas três instituições são convergentes em relação ao SUS e à valorização de uma maior aproximação com os sistemas de saúde em cada cidade.

A análise comparativa entre as três instituições evidencia que o currículo planejado da UEL, da UFPR e da UNICENP é diferente do executado. No entanto, esse descompasso não vai no mesmo sentido nas três universidades.

Na UEL, tal descompasso é menor em função do esforço de se reformular o Projeto Político-Pedagógico, implantado a partir do ano letivo de 2005, expresso na Resolução CEPE Nº 22/2005, que traduziu uma real intencionalidade de aproximação às Diretrizes Curriculares Nacionais da Graduação em Medicina.

As bases estruturais da mudança já vinham sendo desenvolvidas desde o ano de 1998, com a implantação da reforma curricular decorrente das análises e discussões ocorridas pelo Colegiado do Curso.

Nessa instituição, o descompasso teve uma dimensão positiva, uma vez que a implantação do currículo integrado serviu de inspiração e muito contribuiu para a redação final do documento oficial das referidas Diretrizes Nacionais.

Na UnicenP, a desarmonia entre o currículo planejado e o efetivamente executado é intermediária e reflete, de certa forma, a distância entre intenção e a real configuração do curso, onde boa parte do currículo é

totalmente centrada na rede básica de saúde, uma vez que, como se trata de um curso novo, em fase de implantação, procurou-se, de forma intencional, uma adequação ao preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, como uma tentativa legítima de reconhecimento legal do curso pelo MEC.

Na UFPR, o descompasso entre o currículo planejado e o efetivamente executado é maior e tem uma dimensão de ajuste, uma vez que o currículo vigente, que tem maior aproximação com as propostas das Diretrizes Curriculares Nacionais, está sendo progressivamente revisto através do processo de *“ajustamento curricular”*.

Este processo em curso tem sido mediado por uma leitura que reforça o caráter disciplinar e fragmentado da organização do currículo, descaracterizando de alguma forma a proposta original preconizada pelo documento de orientação nacional de formação de médicos no Brasil.

Sem entrar nos méritos que geraram esse descompasso na UFPR, seria o mesmo gerado pelos próprios mecanismos institucionais da UFPR ou pela dimensão inexequível do projeto de reforma curricular aprovada anteriormente? (Lampert, 2001).

Esse descompasso seria ocasionado por fatores individuais dos ex-gestores do curso ou dos atuais? Ou foram e continuam sendo resistências à reforma curricular apontadas pelos departamentos envolvidos com o curso? Enfim, para além da constatação dos descompassos, vale a pena caracterizar os sentidos de que eles se revestem no Curso de Medicina da UFPR.

5 Implicações e Considerações Finais: Convite à Reflexão

Ao término deste trabalho, o esforço em compreender o papel da Saúde Coletiva através do estudo dos cursos de Medicina da UEL, da UFPR e da UnicenP, permite vislumbrar a viabilidade de diferentes formatos curriculares projetados como fórmulas flexíveis e de estabilidade variável a partir das diretrizes curriculares nacionais estabelecidas pelo MEC, cada vez mais apoiadas pelo Ministério da Saúde.

Se, por um lado, há o interesse intrínseco em conhecer a natureza de cada projeto curricular tal como ele é proposto institucionalmente e vivido pelos seus diferentes agentes, por outro, importa situar algumas implicações que, extrapolando a dimensão imediata dos objetos de estudo, permitem uma reflexão mais ampliada sobre o papel da Saúde Coletiva nos cursos de medicina:

- 1º) A necessidade de se pensar a formação médica a partir dos diferentes contextos socioculturais e da singularidade de cada instituição.
- 2º) A necessidade de se conciliar, no processo formativo, o conhecimento técnico e a aproximação do estudante com a realidade dos processos de saúde e doença no Brasil.
- 3º) A convicção de que a formação médica não pode ser garantida apenas pelo acúmulo de informações de diferentes áreas da Medicina, mas também pelo desenvolvimento de posturas críticas, de compromisso social e de constituição de uma ampla cultura profissional na área de saúde.

- 4º) A evidência de que até mesmo os programas mais arrojados não eliminam as inquietações, não dão conta de todos apelos e não suprem todas as necessidades inerentes à formação médica, tal é a complexidade dos aspectos envolvidos. Embora o ajustamento dos programas possa ser um fator positivo para a qualidade da formação, outros fatores interferem nesse processo, como é o caso da tradicional estruturação dos estágios no internato médico. Ainda que esses estágios sejam tão freqüentemente apontados como a “salvação” dos cursos, parece certo que a sua qualidade depende da estrutura de seu funcionamento, da articulação com a formação básica e da aproximação ao sistema de saúde.
- 5º) A evidência de que a implementação das propostas curriculares e o seu bom desempenho estão diretamente relacionados com a agilidade institucional para acompanhar o desenvolvimento dos projetos, avaliar os seus resultados, diagnosticar eventuais falhas e corrigir problemas, o que, por sua vez, pressupõe uma articulação político-pedagógica entre gestores, professores e estudantes.

Em outras palavras, a saúde institucional está estreitamente vinculada à sua capacidade de renovação e ajustamento. Assim, é pela aproximação com as diretrizes nacionais de formação médica, pela consideração das diversidades institucionais e acadêmicas, pelo comprometimento com os desafios propostos pela Saúde Coletiva, pelo esforço para a construção da competência profissional que se traduz em saberes, habilidades, atitudes e pelo gerenciamento democrático das escolas

e do sistema de saúde que, hoje, podemos situar o papel do ensino da Saúde Coletiva na formação médica.

Em função dessa complexidade, a convicção de que a Saúde Coletiva pode não se constituir como um eixo vertebrador da graduação em Medicina (como são os casos da UEL e da UFPR) não diminui a sua relevância para a formação médica. De modo inverso, a sua presença maciça ao longo do curso (como é o caso da UnicenP) não garante necessariamente o ideal da profissionalização do médico.

No estreito limite entre as possibilidades de articulação dos programas e da boa inserção que a Saúde Coletiva pode representar no curso, o que fica evidente é a peculiaridade epistemológica do campo de saber da Saúde Coletiva, que lhe confere um grau de riqueza capaz de sustentar a universalidade do conhecimento, na melhor tradição iluminista (Elias, 2003), dando a este campo condições de fortalecer a construção da articulação da Saúde Coletiva com os saberes da profissão médica.

A complexidade da formação em Medicina, que é constituída por muitos campos de abordagem, além de requerer conteúdos essenciais que proporcionem a integralidade das ações do cuidar com um alto grau de excelência técnica, requer também o compromisso social das escolas médicas, diante da realidade sanitária da população brasileira e dos enormes desafios da saúde no Brasil (Lampert, 2002).

Para a qualificação do médico, é a integração de serviços do sistema de saúde — atenção primária, secundária (hospitalar e ambulatorial)

e terciária (hospitalar) — com o saber acadêmico que poderá garantir o pleno desenvolvimento da profissão. Uma vez que se desarticulem esses dois eixos de formação, o prejuízo parece ser inevitável tanto no plano pessoal quanto no plano da constituição de um sistema de saúde efetivamente democrático.

Por isso, os debates sobre a graduação em Medicina merecem ser retomados em duas perspectivas: o ideal pedagógico e a realidade política.

A perspectiva do ideal pedagógico funda-se na compreensão responsável do que deveria ser a formação médica: saber que se prepara o estudante para um entendimento amplo do que seja o processo saúde-doença, como também para que ele tenha uma atuação técnica e especializada nos serviços de saúde com práticas de trabalho e de atenção à saúde individual e coletiva realista e integrada à realidade nacional. Em que medida este ideal vem sendo um desafio enfrentado pelas escolas médicas?

A esse respeito é interessante observar o quanto uma plataforma de ensino permite vislumbrar a efetivação do SUS num determinado território, isto é, o oferecimento do serviço e a garantia de acesso à população. O Programa Saúde da Família pode efetivamente constituir-se em porta de entrada do sistema, por meio da atenção primária à saúde, que deve buscar ser cada vez mais resolutiva, com a melhoria das Unidades Básicas de Saúde, a expansão da disponibilização de equipamentos e a melhoria do fornecimento de medicamentos?

São aspectos que, independentemente dos projetos das escolas médicas, estão vinculados ao financiamento em saúde, razão pela qual a boa formação médica também está vinculada às políticas públicas de saúde. Chegamos assim, ao segundo aspecto que interessa aos debates sobre a graduação em Medicina.

A perspectiva da realidade política diz respeito ao gerenciamento da Saúde no Brasil, na condução das iniciativas de implementação do SUS, mas também às razões subjacentes que vêm sustentando as propostas como, por exemplo, de criação de cursos de Graduação em Saúde Coletiva.

Se, no primeiro caso, o desafio é a construção de um modelo democrático de saúde, no segundo, prevalece o perigo do enfraquecimento das práticas multiprofissionais em nome de um “especialismo” que segrega profissionais, descaracteriza a complexidade do atendimento à população e inibe a articulação entre a clínica, a técnica e a consciência médica. Em que medida esta iniciativa coloca em risco ou enfraquece os movimentos de mudança na educação médica?

Neste caso, o inevitável empobrecimento do campo da Saúde Coletiva configura-se como uma verdadeira sabotagem à formação do médico que, hoje, o Brasil precisa.

6 Anexos

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - USP

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 20.12.06 **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **1233/06**, intitulado: **"O ensino da saúde coletiva na graduação de medicina"** apresentado pelo Departamento de **MEDICINA PREVENTIVA**, inclusive Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX. 2, letra "c")

Pesquisador(a) Responsável: **Prof. Dr. Paulo Eduardo Mangeon Elias**
Pesquisador (a) Executante: **Dr. João José Batista de Campos**

CAPPesq, 20 de dezembro de 2006.

Lilia Bluma Schraiber
Prof.ª Lilia Bluma Schraiber
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
do Depto. de Medicina Preventiva

Euclides Ayres de Castilho
PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

RECEBIDO SP6 29/12/07
ASS: *[assinatura]*

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP e da FMUSP
Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Rua Ovidio Pires de Campos, 225, 5º andar - CEP 05403 010 - São Paulo - SP
Fone: 011 - 30696442 fax: 011 - 3069 6492 - e-mail: cappesq@hcnet.usp.br / secretariacappesq2@hcnet.usp.br
matc

14/02/07 Prof. Paulo Eduardo Mangeon Elias

ANEXO B

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CAIXA POSTAL, 8091 – SÃO PAULO - BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa. As informações existentes neste documento são para que você tenha claros os objetivos da pesquisa e saiba que a sua participação é espontânea. Se, durante a leitura deste documento, houver alguma dúvida você deve fazer perguntas para que possa entender perfeitamente do que se trata. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final este documento.

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

1. NOME DO ENTREVISTADO:

INSTITUIÇÃO:

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: **O ensino da saúde coletiva na graduação de medicina**

PESQUISADOR: João José Batista de Campos

CARGO/FUNÇÃO: Doutorando/pesquisador responsável

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL de Medicina do Paraná Nº 9760 (CRM-PR)

UNIDADE DO HCFMUSP: Depto de Medicina Preventiva

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo): **SEM RISCO**

3. Duração da Pesquisa: 36 meses

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO ENTREVISTADO SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. **Justificativa e os objetivos da pesquisa:** o tema desta investigação foi o da concepção e constituição da escola médica assim como a sua própria gestão. A tese a ser defendida neste projeto de pesquisa parte da convicção de que o enfoque da saúde coletiva sobre as várias dimensões do processo saúde-doença pode representar um eixo articulador do desenvolvimento curricular na graduação da área de saúde. O objetivo é identificar as tendências do ensino da saúde coletiva na graduação dos cursos de medicina no Paraná, buscando apreender o papel delas na configuração das diferentes propostas curriculares e nas vicissitudes da sua implementação à luz do contexto das políticas de saúde e das diretrizes curriculares nacionais para a formação médica.

2. **Procedimentos que serão utilizados e propósitos:** para facilitar a pesquisa a entrevista será gravada pelo pesquisador e, se necessário, serão feitas anotações sobre os relatos.

3. **Desconfortos esperados:** relacionados com a privacidade e confidencialidade, apontados abaixo nas salvaguardas da confidencialidade, sigilo e privacidade.

4. **Benefícios que poderão ser obtidos:** acesso facilitado posteriormente a uma cópia da tese, assim como as suas publicações na forma de livro e/ou artigos.

5. **Custos para o sujeito da pesquisa:** os entrevistados não terão nenhum custo ao participar desta pesquisa.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CAIXA POSTAL, 8091 – SÃO PAULO - BRASIL

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS AO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas. O pesquisador realizará uma entrevista com os sujeitos desta pesquisa em local pré-determinado. Mediante autorização do entrevistado, o conteúdo da entrevista será utilizado para a elaboração da tese de doutorado como também poderá ser publicado na forma de livro e/ou artigos, ficando, no entanto, vedada a sua utilização para outros fins. Para facilitar a pesquisa, a entrevista será gravada e, se necessário, serão feitas anotações sobre o relato gravado. A gravação estará à disposição dos entrevistados a qualquer tempo ficando sob a guarda do pesquisador responsável.

2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo: caso você queira desistir de participar da pesquisa, poderá fazê-lo em qualquer tempo e no momento em que desejar. Os participantes da pesquisa serão visitados, em data pré-agendada, pelo pesquisador João José Batista de Campos, médico, com registro profissional no CRM-PR sob o número 9760 e doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo. Durante o decorrer da pesquisa, caso você venha a ter alguma dúvida ou precise de alguma orientação a mais, use o telefone ou e-mail mencionado abaixo.

3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade: você autoriza que seu nome seja citado durante o trabalho, com o compromisso dos pesquisadores de que o conteúdo só será citado nominalmente após a sua análise crítica da transcrição feita pelo pesquisador e com o seu consentimento por escrito. Nos casos de fotografias, estas somente serão realizadas e expostas com a sua autorização. Nenhum dos seus dados pessoais (endereço, telefone e e-mail) aparecerá na pesquisa ou publicação, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde e o Código Penal Brasileiro.

4. Disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa: sem risco.

5. Viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa: sem risco.

V. INFORMAÇÕES DE NOME, ENDEREÇO E TELEFONE DO RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO:

Pesquisador responsável: João José Batista de Campos

Endereço: Rua Madame Curie n.56. Jardim Brasília (Londrina – PR). Cep: 86.039-550

Telefone para contato: (043) 9977.6870

Email: jocampos@usp.br

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES: no caso de novas informações no decorrer da pesquisa, estas serão submetidas à avaliação da Comissão de Ética – CAPPesq da USP para um novo parecer.

VII. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO: declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente projeto de pesquisa.

Londrina, 11 de abril de 2007.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador
(João Campos)

Centro de Estudos de
 Universidade Estadual de Londrina
 Rua, 1200
 Caixa Postal 1200
 Londrina, Paraná
 Brasil

ANEXO D

Suzana de Fátima Paccola Mesquita (BIO) - COORDENADORA DE SÉRIE E DE MÓDULOS PARA 2008

1ª Série (37 semanas/ 1204 h) Coordenadora da série: Regina Tanno (DESC)

Código	NOME	Coordenador(A)/Depto VICE-COORDENADOR(a)/DEPTO	Sem	CARGA HORÁRIA						INÍCIO	TÉRMINO
				Teor.	Prát.	Tut.	E.O.*	Aval.	Total		
6MOD101	Introdução ao Estudo da Medicina	Olavo Franco (MED) Lucia Vargas (BBTEC)	7	10	80	40	54	6	190	25/2	11/4
6MOD102	Concepção e Formação do Ser Humano	Maria José Salles (BIO) Osmar Henriques (GO)	6	10	34	44	62	6	156	14/4	23/5
6MOD103	Metabolismo	Lucia Vargas (BBTEC) Leandro Diehl (MED)	6	12	36	44	58	6	156	26/5	4/7
6MOD104	Funções Biológicas	Maurício Marchese (CIF) Olavo Franco (MED)	7	22	34	52	68	6	182	21/7	5/9
6MOD105	Mecanismos de Agressão e Defesa	Ionice Felipe (PAT) Ivete Conchon (PAT)	7	16	34	52	74	6	182	8/9	24/10
6MOD106	Abrangência das Ações de Saúde	Regina Tanno (DESC) Márcia Sakai (DESC)	4	8	16	32	45	3	104	27/10	21/11
6MOD107	Habilidades Clínicas e Atitudes I	Bárbara Turini (DESC) Wander Breganó (PAC)	Anual	22	104	-	-	6	132	25/2	21/11
6PIN100	Práticas de Interação Ensino, Serviços e Comunidade I	Regina Gil (DESC) Marita Lemos (ENF)	Anual	20	82	-	-	-	102	22/4	21/11

Grupos Tutoriais: 2ª F. e 5ª F. das 14 às 17 hs

Habilidades: 6ª F. das 8 às 12 hs

Datas das OSCs: 27/6 e 7/11

* E.O. Estudo Orientado

Conferência: 4ª F. das 8 às 12 hs

PIN: 4ª F. das 14 às 18 hs

11º TPMed: 09/10

Recesso: 5 a 19/7

COORDENADOR DE SÉRIE E DE MÓDULOS PARA 2008

2ª Série (37 semanas/1212 h)

Coordenador da série: Wagner Paiva (BIO)

Código	NOME	Coordenador(A)/Depto VICE-COORDENADOR(a)/DEPTO	Sem	CARGA HORÁRIA						INÍCIO	TÉRMINO
				Teór.	Prát.	Tut.	E.O.*	Aval.	Total		
6MOD201	Doenças Result. da Agressão ao Meio Ambiente	Mônica Paoliello (PAC) Regina Breganó (PAT)	4	8	16	28	49	3	104	25/2	20/4
6MOD202	Nascimento, Crescimento e Desenvolvimento	Gerson Zanetta (PCP) Lilian Paccola (CIF)	6	12	24	44	70	6	156	24/3	30/4
6MOD208	Atualização II	Maria Rafaela Gonzáles (PCP)	2	30	30	-	-	-	60	5/5	16/5
6MOD203	Percepção, Consciência e Emoção	Aparecido Andrade (MED) Ana Claudia Swarça (HIT)	6	12	34	44	60	6	156	19/5	27/6
6MOD204	Proliferação Celular	Wagner Paiva (BIO) Mario Liberatti (CIR)	7	14	28	52	82	6	182	14/7	29/8
6MOD205	Locomoção e Preenção	Ivan Blume (CIR) Eduardo Rafael Neto (ANAT)	5	8	24	28	38	6	130	1/9	3/10
6MOD206	Processo de Envelhecimento	José Vicente Veloz (MED) Solange Ramos (PAT)	7	14	28	52	85	3	182	6/10	21/11
6MOD207	Habilidades Clínicas e Atitudes II	Jane Dichi (MED) Erica Mimura (MED)	Anual	22	108	-	-	6	136	25/2	21/11
6PIN200	Práticas de Interação Ensino, Serviços e Comunidade II	Bárbara Turini (DESC) Marli Vannuchi (ENF)	Anual	44	88	-	-	-	132	25/2	21/11

Grupos Tutoriais: 3ª F. e 6ª F. das 8 às 12 h

Habilidades: 5ª F. das 8 às 12 hs

Datas das OSCs: 12/6 e 6/11

* E.O. Estudo Orientado

Conferência: 4ª F. das 14 às 17 h

PIN: 5ª F. das 14 às 18 hs

11º TPMed: 09/10

Recesso: 28/6 a 12/7

COORDENADORA DE SÉRIE E DE MÓDULOS PARA 2008

3ª Série (36 semanas/ 1182 h)

Coordenadora da série: Sandra Vargas (MED)

Código	NOME	Coordenador(a)/Depto VICE-COORDENADOR(a)/DEPTO	SEM	CARGA HORÁRIA						INÍCIO	TÉRMINO
				Teor.	Prát.	Tut.	E.O.*	Aval.	Total		
6MOD301	Dor	Edinéia Biondo (CIR) Pedro Humberto Leite (MED)	7	14	28	56	78	6	182	25/2	11/4
6MOD302	Dor Abdominal, Diarréia, Vômitos e Icterícia	Evelin Muraguchi (MED) Jacinta Pelayo (MIB)	7	14	28	56	81	3	182	14/4	30/5
6MOD303	Fadiga, Perda de Peso e Anemias	Denise Mashima (MED) Wander Breganó (PAC)	5	10	20	36	61	3	130	2/6	4/7
6MOD308	Atualização III	Pedro Humberto Leite (MED)	3	30	30	-	-	-	60	21/7	8/8
6MOD304	Problemas Mentais e de Comportamento	Sandra Vargas (MED) Renata Liboni (MED)	4	8	16	28	49	3	104	11/8	5/9
6MOD305	Perda de Sangue	Fátima Chibana (MED) Roberto Coelho (MED)	5	10	20	36	61	3	130	8/9	10/10
6MOD306	Febre, Inflamação e Infecção	Lucio Carvalho (MED) Regina Breganó (PAT)	5	11	20	36	60	3	130	13/10	14/11
6MOD307	Habilidades Clínicas e Atitudes III	Inês Okamoto (MED) Rogério Pistori (MED)	Anual	22	104	-	-	6	132	25/2	14/11
6PIN300	Práticas de Interação Ensino, Serviços e Comunidade III	Marcos Cabrera (MED)	Anual	66	66	-	-	-	132	25/2	14/11

Grupos Tutoriais: 2ª F. e 5ª F. das 8 às 12 h

Habilidades: 3ª F. das 8 às 12 h

Datas das OSCEs: 25/6 e 28/10

* E.O. Estudo Orientado

Conferência: 4ª F. das 8 às 12 h

PIN: 3ª F. das 14 às 18 h

Recesso: 5 a 19/7

11º TPMed: 09/10

COORDENADOR DE SÉRIE E DE MÓDULOS PARA 2008

4ª Série (36 semanas/ 1156 h) Coordenador da série: Cláudio Camacho (CIR)

Código	NOME	Coordenador(A)/Depto VICE-COORDENADOR(a)/DEPTO	Sem	CARGA HORÁRIA						INÍCIO	TÉRMINO
				Teor.	Prát.	Tut.	E.O.*	Aval.	Total		
6MOD401	Saúde da Mulher e Sexualidade Humana	Osmar Henriques (GO) Lilian Vaccari (GO)	6	13	24	44	72	3	156	11/2	20/3
6MOD402	Manifestações Externas das Doenças e Iatrogenias	Airton Gon (MED) Hélio Celestino (MED)	5	10	20	36	61	3	130	24/3	25/4
6MOD404	Distúrbios Sensoriais, Motores e da Consciência	Ramon Kaimen (MED) Sérgio Georgetto (MED)	5	12	24	36	55	3	130	28/4	30/5
6MOD403	Desordens Nutricionais e Metabólicas	Alexandre Carrilho (MED) Antonio Carlos Valezi (CIR)	4	8	16	28	49	3	104	2/6	27/6
6MOD408	Atualização IV	Rose Meire Pontes (MED)	3	30	30	-	-	-	60	30/6	18/7
6MOD405	Dispnéia, Dor Torácica e Edemas	Laércio Uemura (MED) Waldir Garcia (MED)	7	12	24	44	73	3	156	4/8	19/9
6MOD406	Emergências	Abel Esteves Soares (MED) Cláudio Camacho (CIR)	6	13	24	44	72	3	156	22/9	31/10
6MOD407	Habilidades Clínicas e Atitudes IV	Silvio Almeida (CIR)	Anual	22	104	-	-	-	132	11/2	31/10
6PIN400	Práticas de Interação Ensino, Serviços e Comunidade IV	Ascêncio G. Lopes Junior (CIR) Regina Coimbra (MED)	Anual	16	116	-	-	-	132	11/2	31/10

Grupos Tutoriais: 2ª F. e 5ª F. das 8 às 12 h

Habilidades: 4ª F. das 8 às 12 h

Datas das OSCEs: 11/6 e 8/10

Conferência: 6ª F. das 8 às 12 h

PIN: 3ª F. das 8 às 12 h

11º TPMed: 09/10

Recesso: 19/7 a 2/8

* E.O. Estudo Orientado

COORDENADOR DE SÉRIE E DE ESTÁGIOS DO INTERNATO PARA 2008

5ª série – Coordenador: Luiz Fernando Fontoura Bopp

3EST535	Anestesiologia	Profª Aparecida Elena Guerrer	15	30	45
3EST542	Clínica Médica I	Profª Inês Ogai Nakamoto	30	135	165
3EST547	Dermatologia	Prof. Rubens Pontello	15	30	45
3EST550	Ginecologia e Obstetrícia	Prof. Evaldir Bordin Filho	30	210	240
3EST551	Moléstias Infeciosas	Profª Susana Lilian Wiechmann	30	135	165
3EST555	Pediatria	Prof. Eurico Shigueru Komatsu	60	255	315
3EST559	Pronto Socorro Pediátrico e Sala de Hidratação	Prof. Luiz Fernando Fontoura Bopp	30	120	150
3EST560	Pronto Socorro Tocoginecológico	Prof. Inácio Teruo Inoue	15	90	105
3EST565	Treinamento em Pronto Socorro Pediátrico	Prof. Luiz Fernando Fontoura Bopp	-	240	240
3EST566	Treinamento em Pronto Socorro Tocoginecológico	Prof. Inácio Teruo Inoue	-	240	240
3EST567	Psicossomática e Psiquiatria	Prof. Marcos Liboni	40	35	75
3DEO022	Deontologia e Bioética	Prof. José Eduardo Siqueira	34	-	34
		TOTAL	299	1520	1819

DATA DE INÍCIO: 21/11/07

DATA DO TÉRMINO: 20/11/08

DATA DO 11º TPMED: 09/10

DEONTOLOGIA E BIOÉTICA – Disciplina anual, ministrada quinzenalmente as quartas-feiras, das 10 as 12h, no anfiteatro

COORDENADOR DE SÉRIE E DE ESTÁGIOS DO INTERNATO PARA 2008

6ª Série – Coordenador: Abel Esteves Soares

CÓDIGO	ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM	PRECEPTOR	CH TEÓRICA	CH PRÁTICA	TOTAL
3EST536	Cardiologia	Prof. Laercio Uemura	15	75	90
3EST537	Cirurgia do Aparelho Digestivo	Prof. Ascêncio Garcia Lopes Júnior	15	60	75
3EST538	Angiologia	Prof. Oswaldo Palma	15	60	75
3EST539	Cirurgia Plástica	Prof. Antonio Chiquetti Junior	15	60	75
3EST540	Oftalmologia	Profª Eliana Barreiros de Arruda Pacheco	15	60	75
3EST541	Ortorrinolaringologia	Prof. Rosana Emiko Heshiki	15	60	75
3EST543	Hematologia	Profª Cristina Akemi Fuziki	15	60	75
3EST544	Reumatologia	Profª Cecília Lisete Almendra	15	60	75
3EST546	Unidade de Terapia Intensiva	Profª Claudia Maria Dantas de Maio Carrilho	15	60	75
3EST548	Endocrinologia	Profª Renata Dinardi Borges Liboni	15	60	75
3EST549	Gastroenterologia	Profª Evelin Massae Ogata Muraguchi	15	60	75
3EST552	Nefrologia	Prof. Abel Esteves Soares	15	75	90
3EST553	Neurologia	Prof. Adelmo Ferreira	15	75	90
3EST554	Ortopedia e Traumatologia	Prof. Alessandro Melanda	15	60	75
3EST556	Pneumologia	Profª Fátima Mitsie Chibana Soares	15	75	90
3EST557	Pronto Socorro Cirúrgico	Prof. Antonio César Marson	15	105	120
3EST558	Pronto Socorro Médico	Prof. Tercilio Luiz Turini	15	105	120
3EST562	Urologia	Prof. Horácio Alvarenga Moreira	15	60	75
3EST563	Treinamento em Pronto Socorro Cirúrgico	Prof. Antonio César Marson		240	240
3EST564	Treinamento em Pronto Socorro Médico	Prof. Tercilio Luiz Turini		240	240
3DEO023	Correlação Anátomo-Clínica	Profª Marina Kishima	15	60	75
		TOTAL	315	1785	2100

DATA DE INÍCIO: 21/11/07 – Data do Término: 20/11/08

DATA DO 11º TPME: 09/10

CORRELAÇÃO ANATOMO-CLÍNICA: disciplina anual, ministrada quinzenalmente as quartas-feiras, das 10-12h no anfiteatr

ANEXO E

ORGANOGRAMA DA UFPR

Continua...

...continuação

continua...

Órgãos Suplementares vinculados aos Setores	NEMPS	CME MCN - Museu de Ciências Naturais	CELIN CEPA CPA CET	CEAPE CEPED	CEPPAD CEPEC	CEDISA CPN	CEM	UPTG CESEC LACTEC CEPPA CIEG	CEEX HV	NPJ - NÚCLEO DE PRÁTICAS JURÍDICAS	
Ensino Médio											Ensino Médio
Ensino Técnico											Técnico em Higiene Dental Técnico em Contabilidade Técnico em Administração Técnico em Enfermagem Técnico em Próteses Técnico em Radiologia Técnico em Transações Técnico em Secretariado Técnico em Formação de Ator Técnico em Massoterapia Técnico em Petróleo Técnico em Agropecuária
Tecnólogo											Tecnólogo em Informática
Cursos de Graduação	Matemática Ciência da Computação Química Física Estatística Matemática Industrial	Ciências Biológicas Educação Física	Música Ciências Sociais Comunicação Social Desenho Industrial Educação Artística Filosofia História Letras Psicologia Turismo	Pedagogia	Administração Ciências Contábeis Ciências Econômicas Ciência e Gestão da Informação	Enfermagem Farmácia Medicina Nutrição Odontologia Terapia Ocupacional	Engenharia Cartográfica Geografia Geologia Ciências do Mar	Arquitetura e Urbanismo Engenharia Civil Engenharia Elétrica Engenharia Mecânica Engenharia Química Engenharia Ambiental Engenharia de Bioprocessos e Biotecnologia	Engenharia Florestal Medicina Veterinária Agronomia Engenharia Industrial Madeireira Zootecnia Medicina Veterinária-Palotina	Direito	
Cursos de Pós-Graduação (Mestrado / Doutorado)	Física Química Matemática Aplicada Informática	Bioquímica Botânica Entomologia Genética Biologia Celular e Molecular Zoologia Farmacologia Microbiologia, Parasitologia e Patologia Geral Educação Física	Antropologia Social Filosofia História Sociologia Letras Psicologia	Educação	Administração Desenvolvimento Econômico	Ciências Farmacêuticas Clínica Cirúrgica Medicina Interna Pediatria Enfermagem Toxicogenética	Ciências Geodésicas Geologia Geografia Meio Ambiente e Desenvolvimento	Prog. Interd. PG em Engenharia - PIPE Métodos Numéricos em Engenharia Tecnologia de Alimentos Construção Civil Engenharia Mecânica Engenharia Elétrica Processos Biotecnológicos Engenharia de Recursos Hídricos e Ambiental	Agronomia - Produção Vegetal Agronomia - Ciências do Solo Ciências Veterinárias Engenharia Florestal	Direito	

ANEXO F

GRADE CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA UFPR 2008

1º PERÍODO – 2º SEMESTRE/2008	CARGA HORÁRIA TOTAL: 490 HORAS			
DISCIPLINAS OBRIGATÓRIAS	TEÓRICA	PRÁTICA	TOTAL	CRÉDITOS
ANATOMIA MÉDICA I	03	05	08	10
BIOLOGIA CELULAR	03	06	09	08
HISTOLOGIA I	02	06	08	05
GENÉTICA E EVOLUÇÃO	02	00	02	04
BIOQUÍMICA I	04	02	06	06
2º PERÍODO – 2º SEMESTRE/2008	CARGA HORÁRIA TOTAL: 710 HORAS			
DISCIPLINAS OBRIGATÓRIAS	TEÓRICA	PRÁTICA	TOTAL	CRÉDITOS
Neuroanatomia	02	02	04	05
Esplancnologia	02	03	05	07
EMBRIOLOGIA MÉDICA	03	00	03	03
HISTOLOGIA II	03	04	07	05
FISIOLOGIA MÉDICA I	05	04	09	07
BIOFÍSICA II	03	03	06	05
INTRODUÇÃO AO MÉTODO CIENTÍFICO	01	02	03	02
PROPEDÊUTICA MÉDICA	00	09	09	06
BIOQUÍMICA II	04	02	06	05

TOTAL DA 1ª SÉRIE = 1.200 HORAS

3º PERÍODO – 2º SEMESTRE/2008		CARGA HORÁRIA TOTAL: 490 HORAS		
DISCIPLINAS OBRIGATÓRIAS	TEÓRICA	PRÁTICA	TOTAL	CRÉDITOS
FISIOLOGIA MÉDICA II	04	04	08	06
FISIOLOGIA MÉDICA III	05	04	09	07
PARASITOLOGIA HUMANA	02	02	04	03
MICROBIOLOGIA MÉDICA APLICADA	02	03	05	04
IMUNOLOGIA MÉDICA APLICADA	02	02	04	03
PROPEDÊUTICA MÉDICA II	00	04	04	03
PATOLOGIA MÉDICA MOLECULAR	03	00	03	03
SAÚDE E SOCIEDADE	03	00	03	06
4º PERÍODO – 2º SEMESTRE/2008		CARGA HORÁRIA TOTAL: 710 HORAS		
DISCIPLINAS OBRIGATÓRIAS	TEÓRICA	PRÁTICA	TOTAL	CRÉDITOS
ANATOMIA PATOLÓGICA	03	06	09	05
FARMACOLOGIA MÉDICA BÁSICA	02	03	05	07
SAÚDE MENTAL	02	00	02	01
PROPEDÊUTICA MÉDICA III	03	06	09	05
EPIDEMIOLOGIA	01	02	03	04
MÉTODOS QUANTITATIVOS APLICADOS À SAÚDE	01	00	01	01
QUALIDADE DE VIDA DO MÉDICO	01	01	02	01

TOTAL DA 2ª SÉRIE = 1.250 HORAS

5º PERÍODO – 2º SEMESTRE/2008		CARGA HORÁRIA TOTAL: 490 HORAS		
DISCIPLINAS OBRIGATÓRIAS	TEÓRICA	PRÁTICA	TOTAL	CRÉDITOS
TÉCNICA CIRÚRGICA E CIRURGIA EXPERIMENTAL I	02	03	05	07
ANESTESIOLOGIA	01	01	02	03
PROPEDÊUTICA MÉDICA III	03	06	09	13
ANATOMIA PATOLÓGICA B	03	06	09	12
ORGANIZAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE	02	00	02	03
PNEUMOLOGIA	01	02	03	04
6º PERÍODO – 2º SEMESTRE/2008		CARGA HORÁRIA TOTAL: 710 HORAS		
DISCIPLINAS OBRIGATÓRIAS	TEÓRICA	PRÁTICA	TOTAL	CRÉDITOS
BIOESTATÍSTICA	02	02	04	03
PSIQUIATRIA IV	01	02	03	04
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE I	03	01	06	06
CLÍNICA MÉDICA E CIRURGIA I	04	03	07	11
REPRODUÇÃO HUMANA	02	00	02	02

TOTAL DA 3ª SÉRIE = 1.040 HORAS

7º PERÍODO – 2º SEMESTRE/2008		CARGA HORÁRIA TOTAL: 490 HORAS		
DISCIPLINAS OBRIGATÓRIAS	TEÓRICA	PRÁTICA	TOTAL	CRÉDITOS
PRÁTICA AMBULATÓRIO GERAL II	03	03	06	06
INFECTOLOGIA	01	02	03	04
HEMATOLOGIA E ONCOLOGIA	01	02	03	04
CIRURGIA PLÁSTICA E REPARADORA	01	00	01	02
PSIQUIATRIA V	01	02	03	04
SAÚDE E TRABALHO	01	02	03	04
TOCOGINECOLOGIA I	01	02	03	04
8º PERÍODO – 2º SEMESTRE/2008		CARGA HORÁRIA TOTAL: 710 HORAS		
DISCIPLINAS OBRIGATÓRIAS	TEÓRICA	PRÁTICA	TOTAL	CRÉDITOS
GINECOLOGIA PRÁTICA	00	03	03	03
OBSTETRÍCIA PRÁTICA	00	03	03	03
PEDIATRIA CLÍNICA	00	06	06	06
CLÍNICA MÉDICA E CIRURGIA III	04	05	09	13
TRAUMA	01	02	03	04
TOCOGINECOLOGIA II	01	02	03	04
PEDIATRIA – CLÍNICA CIRÚRGICA I	01	02	03	04

TOTAL DA 4ª SÉRIE = 920 HORAS

9º PERÍODO – 2º SEMESTRE/2008	CARGA HORÁRIA TOTAL: 490 HORAS			
DISCIPLINAS OBRIGATÓRIAS	TEÓRICA	PRÁTICA	TOTAL	CRÉDITOS
MEDICINA LEGAL E ÉTICA	01	02	03	04
CLÍNICA MÉDICA AMBULATORIAL	00	06	06	06
URGÊNCIAS CIRÚRGICAS	00	06	06	06
CLÍNICA MÉDICA E CIRURGIA IV	04	03	07	11
PEDIATRIA-CLÍNICA CIRÚRGICA II	01	02	03	04
TOCGINECOLOGIA III	01	02	03	04
10º/11º PERÍODO – 2º SEMESTRE/2008	CARGA HORÁRIA TOTAL: 710 HORAS			
INTERNATOS OBRIGATÓRIOS	Nº DE SEMANAS		TOTAL	CRÉDITOS
CLÍNICA MÉDICA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS	11		440HS	
CLÍNICA CIRÚRGICA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS	11		440HS	
PEDIATRIA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS	11		440HS	
TOCGINECOLOGIA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS	11		440HS	
12º PERÍODO – 2º SEMESTRE/2008	CARGA HORÁRIA TOTAL: 710 HORAS			
ESTÁGIOS OPTATIVOS	Nº DE SEMANAS		TOTAL	CRÉDITOS
ESTÁGIO Nº 1	05		200HS	
ESTÁGIO Nº.2	05		200HS	
ESTÁGIO Nº.3	06		240HS	
ESTÁGIO Nº.4	06		240HS	

TOTAL DO INTERNATO MÉDICO = 2.640 HORAS

CARGA HORÁRIA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA UFPR

SÉRIE	CARGA HORÁRIA
1ª	1.200
2ª	1.250
3ª	1.040
4ª	920
5ª (UM SEMESTRE)	480
INTERNATO MÉDICO	2.640
TOTAL	7.530

ANEXO G

ORGANOGRAMA DA UNICENP

Centro Universitário Positivo - UnicenP
Organograma Geral
2008

ANEXO H

GRADE CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA UnicenP, 2008

NCBS — NÚCLEO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

MEDICINA (042)

ANO: 2003 TURNO: INTEGRAL CURRÍCULO: 03 CH TOTAL DO CURSO: 7.950

DISCIPLINAS OBRIGATÓRIAS

1ª SÉRIE - MEDICINA		
DISCIPLINA	CÓDIGO	CH
1 CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE	2127_60	60
2 SAÚDE DA FAMÍLIA I	2125_180	180
3 ÉTICA PROFISSIONAL	2124_30	30
4 BIOQUÍMICA E BIOFÍSICA	2123_120	120
5 BIOMORFOLOGIA	2122_480	480
6 METODOLOGIA CIENTÍFICA	0058_90	90
CARGA HORÁRIA DAS DISCIPLINAS		960
ATIVIDADES COMPLEMENTARES		75
CARGA HORÁRIA TOTAL DA SÉRIE		1.035

2ª SÉRIE - MEDICINA		
DISCIPLINA	CÓDIGO	CH
1 BIOÉTICA I	2139_30	30
2 IMAGINOLOGIA	2138_45	45
3 QUALIDADE DE VIDA EM MEDICINA	2137_45	45
4 FARMACOLOGIA GERAL	2136_60	60
5 SAÚDE DA FAMÍLIA II	2135_180	180
6 SEMIOLOGIA	2134_120	120
7 PATOLOGIA MÉDICA	2133_120	120
8 MICROBIOLOGIA MÉDICA E IMUNOLOGIA	2131_120	120
9 GENÉTICA E BIOLOGIA MOLECULAR	2130_60	60
10 FISIOLOGIA	0471_150	150
11 PARASITOLOGIA	0421_60	60
CARGA HORÁRIA DAS DISCIPLINAS		990
ATIVIDADES COMPLEMENTARES		75
CARGA HORÁRIA TOTAL DA SÉRIE		1.065

3ª SÉRIE - MEDICINA		
DISCIPLINA	CÓDIGO	CH
1 MEDICINA LEGAL	2151_60	60
2 BIOÉTICA II	2150_30	30
3 SAÚDE DA FAMÍLIA III	2149_105	105
4 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2148_90	90
5 UROLOGIA	2147_60	60
6 DERMATOLOGIA	2146_45	45
7 DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	2145_90	90
8 GERIATRIA	2144_60	60
9 MEDICINA DO ADOLESCENTE	2143_60	60
10 PEDIATRIA E PUERICULTURA I	2142_120	120
11 CLÍNICA CIRÚRGICA I	2141_240	240
12 CLÍNICA MÉDICA I	2140_240	240
CARGA HORÁRIA DAS DISCIPLINAS		1200
ATIVIDADES COMPLEMENTARES		75
CARGA HORÁRIA TOTAL DA SÉRIE		1.275

4ª SÉRIE - MEDICINA		
DISCIPLINA	CÓDIGO	CH
1 SAÚDE MENTAL	2168_120	120
2 SAÚDE DA FAMÍLIA IV	2161_105	105
3 ONCOLOGIA	2160_60	60
4 PEDIATRIA E PUERICULTURA II	2159_120	120
5 NEUROLOGIA	2158_60	60
6 CIRURGIA AMBULATORIAL	2155_105	105
7 CLÍNICA CIRÚRGICA II	2154_240	240
8 CLÍNICA MÉDICA II	2153_240	240
9 GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	0927_180	180
CARGA HORÁRIA DAS DISCIPLINAS		1230
ATIVIDADES COMPLEMENTARES		75
CARGA HORÁRIA TOTAL DA SÉRIE		1.305

5ª SÉRIE - MEDICINA		
DISCIPLINA	CÓDIGO	CH
1 MONOGRAFIA I	MED.0001_45	45
2 INTERNATO EM SAÚDE COLETIVA I	2164_530	530
3 INTERNATO EM PEDIATRIA E PUERICULTURA	2163_530	530
4 INTERNATO EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	2162_530	530
CARGA HORÁRIA DAS DISCIPLINAS		1635
CARGA HORÁRIA TOTAL DA SÉRIE		1.635

6ª SÉRIE - MEDICINA		
DISCIPLINA	CÓDIGO	CH
1 MONOGRAFIA II	MED.0002_45	45
2 INTERNATO EM SAÚDE COLETIVA II	2167_530	530
3 INTERNATO EM CLÍNICA CIRÚRGICA	2166_530	530
4 INTERNATO EM CLÍNICA MÉDICA	2165_530	530
CARGA HORÁRIA DAS DISCIPLINAS		1635
CARGA HORÁRIA TOTAL DA SÉRIE		1.635
CARGA HORÁRIA TOTAL DO CURSO		7.950

7 Referências

ABEM. Associação Brasileira de Educação Médica. Escolas Médicas [Internet]. 2008. [Citado 2008 dez 5]. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/escolas.php>

Aguiar AC. *Inserção e desenvolvimento docente no curso de medicina da UEL: um retrato em 2001*. [apostila]. Pesquisação: resultados da fase exploratória. Londrina, 2001.

Aigner M La técnica de recolección de información mediante los grupos focales. *CEO Revista Electrónica* [periódico online]. 2002(7). Disponível em: <http://huitoto.udea.edu.co/~ceo>

Almeida MJ. *A organização dos serviços de saúde a nível local registros de uma experiência em processo* [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1979.

Almeida MJ. *Educação Médica e Saúde: Limites e Possibilidades das Propostas de Mudança* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1997.

Almeida MJ. *Educação médica e saúde: possibilidades de mudança*. Londrina: EDUEL; Rio de Janeiro: ABEM; 1999.

Almeida MJ, Maranhão E. *Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde*. Londrina: Rede Unida; 2003.

Almeida MJ, coordenador. Pereira LA, Turini B, Nicoletto SCS, Campos JJB, Rezende LR, Mello PL. *Formação dos profissionais de saúde no Paraná e a implantação das diretrizes curriculares nacionais*. Londrina; 2005. Relatório Final do Projeto de Pesquisa financiado pelo CNPq N° 47.4029/2003-4.

Almeida MJ, Campos JJB, Turini B, Nicoletto SCS, Pereira LA, Rezende LR, Mello PL. Implantação das diretrizes curriculares nacionais na graduação em medicina no Paraná. *Rev Bras Educ Med*. 2007; 31(2):156-65.

Almeida MJ, Gestão da escola médica: crítica e autocrítica. *Rev Bras Educ Med*. 2007; 31(2): 202-09.

Almeida HGG, Ferreira Filho OF. Educação permanente de docentes: análise de experiências não sistematizadas. *Rev Bras Educ Med*. 2007; 31(2):240-47.

Anastasiou LGC, Alves LP, organizadores. *Processos de Ensino na Universidade*. Joinville: UNIVILLE; 2005.

Archanjo LR, Fraiz IC. MEDcine: o cinema como recurso humanístico na formação profissional. *Rev UnicenP Biol Saúde*. 2006; 2(2): 43-8.

Arouca ASS. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva* [tese]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1975.

Arouca ASS, Santos RA, Campos FE, Leal MC, Rivera FJU. *Investigação nacional sobre o ensino da medicina preventiva*. Rio de Janeiro; 1978. Pesquisa apoiada pela FINEP e Fiocruz.

Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM. Escolas Médicas [Internet]. 2008. [Citado 2008 dez 5]. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/escolas.php>

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

Becker F. *A epistemologia do professor: o cotidiano da escola*. Petrópolis: Vozes; 1993.

Becker HS. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. PROMED*. Brasília, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde PRÓ-SAÚDE*. Brasília; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *VER – SUS Brasil: cadernos de textos*. Brasília; 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Camargo Jr KR. Apresentando LOGOS: um gerenciador de dados textuais. *Cad. Saúde Pública*. 2000; 16(1):267-86.

Campello AF, Campello PB, organizadores. *A receita da vida: a arte na medicina*. Recife: EDUPE; 2006.

Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramentas para análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enf*. 2004; 57(5):611-14.

Campos FE. La equidad y la relación entre la universidad, los servicios de salud y la comunidad. *Rev Educ Super Soc*. 1996;7(2): 5-12.

Campos FE. A globalização e a educação médica: estaríamos no momento de um padrão médico global? *Bol ABEM*. 1998; 26(2):1-2.

Campos FE, Ferreira JF, Feuerwerker L, Sena, RR, Campos, JJB, Cordeiro, H, Cordoni Junior, L. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. *Rev Bras Educ Med*. 2001;25 (2): 53-9.

Campos JJB, Elias PEM. A saúde coletiva no curso de medicina da Universidade Estadual de Londrina: reflexões iniciais. *Rev Bras de Educ Med*. 2008;32(2): 149-59.

Campos JJB. A saúde coletiva na graduação das profissões da saúde. *Olho Mágico*. 2004; 11(3):15-6.

Campos JJB, Feuerwerker LCM, Marsiglia RG, Komatsu, RS. Relatório da oficina de trabalho: saúde coletiva e graduação das profissões da saúde à luz das diretrizes curriculares nacionais. In: Anais do 7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2003; Brasília: Rede UNIDA, 2003. p.123.

Campos JJB. Como abrir caminhos para a transformação do ensino médico no Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 1999; 23(2/3):11-20.

Gaolho. *Seminário de avaliação do sistema seriado do curso de medicina da UEL: a opinião dos estudantes*. Londrina: Jornal do Centro Acadêmico Samuel Pessoa; 1996.

CES. Centro de Educação em Saúde. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. *Capacitar para o Sistema Integrado de Serviços de Saúde*. Curitiba; 2008.

Chaves MM. Algumas reflexões sobre IDA: antecedentes do ideário UNI. *Divulg Saúde Debate*. 1994; (9):5-9.

Chaves MM. Educação médica: uma mudança de paradigma. *Bol ABEM*. 2000;28(4):10-11.

CINAEM. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Avaliação do ensino médico no Brasil – Relatório da 1ª fase: estudo epidemiológico de desenho ecológico. *Rev Bras Educ Med*. 1992; 16(1/3): 37-42.

CINAEM. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. *Relatório final da 2ª fase do projeto de avaliação da educação médica no Brasil*. Rio de Janeiro: CINAEM; 1997.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde & Rede Unida. *Oficina de trabalho construindo a agenda dos gestores municipais: cooperação entre as universidades e serviços de saúde*. Belo Horizonte; 2003.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Movimento sanitário brasileiro na década de 70: a participação das Universidades e dos Municípios – Memórias*. Brasília; 2007.

Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001; 6(2):319-28.

Cordoni Jr L. *Medicina Comunitária: Emergência e Desenvolvimento na Sociedade Brasileira* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1979.

Cordoni Jr L. *Serviços Municipais de Saúde no Paraná - Tendências e Perspectivas* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo; 1986.

Correa E, Roveri M, Ros MA, Campos JJB. *Seminário Internacional sobre os desafios do ensino da Atenção Básica na graduação em Medicina*. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde; 2007. Relatório preliminar.

Curitiba. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde é Mudança. *Divulg Saúde Debate*. 1992; (8): 55-58.

Curitiba. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. A história dos 20 anos de Atenção Primária à Saúde em Curitiba e outras 'estórias'. *Divulg Saúde Debate*. 2000; (19): 6-13

Cyrino EG. *Contribuições ao desenvolvimento curricular da Faculdade de Medicina de Botucatu: descrição e análise dos casos dos cursos de pediatria e saúde coletiva como iniciativas de mudança pedagógica no terceiro ano médico* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2002.

Davini MC. Currículo integrado. Texto de Apoio/Unidade 2. OPAS-RH/CADRUH; 2004.

Ducci L, Pedotti MA, Simão MG, Moysés SJ, organizadores. Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: CEBES; 2001.

Ducci L. O sistema de saúde em Curitiba. In: Ducci L, Pedotti MA, Simão MG, Moysés SJ, organizadores. Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: CEBES; 2001. p. 15-19.

Elias PEM. Graduação em saúde coletiva: notas para reflexões. *Olho Mágico*. 2003; 1(1):28-30.

- Ferreira JR, Buss PM. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde? In: Zancan L. *Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos-RJ*. Rio de Janeiro: Abrasco/Fiocruz; 2002. p.15-37.
- Feuerwerker LCM, Marsiglia RG. Estratégias para mudança na formação de RHs com base nas experiências IDA/UNI. *Divulg Saúde Debate*.1996; (12):24-8.
- Feuerwerker LCM. Cinco caminhos para não abrir espaços de transformação do ensino médico. *Rev Bras Educ Med*. 1999a; 23(2/3): 21-26.
- Feuerwerker ICM, Sena RR. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social. In: Almeida MJ, Feuerwerker LCM, Llanos M, organizadores. *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: EDUEL,1999b. v.1, p. 47-82
- Feuerwerker L, Kalil ME, Baudy RJ. A construção de modelos inovadores de ensino-aprendizagem: as lições aprendidas pela Rede Unida. *Divulg Saúde Debate*. 2000; (22):49-62.
- Feuerwerker LCM. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: ABEM; 2002.
- Feuerwerker LCM, Almeida MJ. Diretrizes Curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação! *Revista da ABENO*. 2004; 4(1):14-6.
- Flexner A. *Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. New York: Carnegie Foundation; 1910.
- Forster AC, Passos ADC, Dall-Fabbro AL, Laprega MR. Transformation and trends in preventive and social medicine education at the undergraduate level in a Brazilian medical school. *Gac Sanit*. 2001;15(6):519-22.
- Fraiz IC. Saúde coletiva na graduação em medicina. *Rev UnicenP Biol Saúde*. 2008; 1(1):16-8.
- Franco MLPB. O que é análise de conteúdo. *Cad Psic Educ*. 1986;(7):1-31.
- Freitas MTA. A perspectiva sócio-histórica: uma visão humana da construção do conhecimento. In: Freitas MTA, Jobim S, Kramer S. *Ciências humanas e pesquisa: leituras de Mikhail Bakhtin*. São Paulo: Cortez; 2003. p26-38.

Garcia JC. Medicina y sociedad: las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. *Educ Med Salud*. 1983;17(4): 363-97.

Garcia MAA, Gomes RCN, Sacoman ACZ, Costa KC, Rahal S. O ensino da saúde coletiva e a escola médica em mudança: um estudo de caso. *Rev Bras Educ Med*. 2004; 28(1):30-7.

Giacomini CH. A regionalização da saúde. *Divulg Saúde Debate*. 1992; (8): 59-63.

Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas; 1991.

Gil CRR, Turini B, Cabrera MAS, Kohatsu M, Coutinho OSM. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. *Rev Bras Educ Med*. 2008; 32(2): 230-39.

González AD. *Mudança na formação superior de profissionais de saúde: experiências de atacadadores do Paraná* [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2008.

Haddad MCL. A interdisciplinaridade e a educação em saúde vivenciada por discentes do primeiro ano de cursos da área da saúde da Universidade Estadual de Londrina – Paraná. *Olho Mágico*. 2006;13(4):137-42.

Harden RM. Assessment of clinical competence using objective structured clinical examination. *Br Med J*. 1975; 1(5955): 447-51.

Hewitt-Taylor J. Case study: an approach to qualitative enquiry *Nurs Stand*. 2002;16(20):33-37.

Investigação nacional sobre o ensino da medicina preventiva. Rio de Janeiro;1978. Pesquisa apoiada pela FINEP e Fiocruz.

Ito AMY, Nunes EFPA, Menezes VL. *PEEPIN: uma experiência inovadora na educação superior*. Londrina: UEL; 1997.

Kisil M, Chaves M. *Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde*. Battle Creek: Fundação Kellogg; 1994.

Kisil M. Uma estratégia para a reforma sanitária: a iniciativa UNI. *Saúde Debate*. 1996; (12):5-14.

Kitzinger J. Education and debate. Qualitative research: introducing focus groups. *BMJ* [periódico online]. 1995; 311:399-302. Disponível em: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/311/7000/299>.

Lampert JB. Currículo de graduação e o contexto da formação do médico. *Rev Bras Educ Med*. 2001; 25(1): 7-19.

Lampert JB. Na transição paradigmática: o que o paradigma da integralidade atende que o paradigma flexneriano deixou de lado. *Cad ABEM*. 2004; 1:23-25.

Lampert JB. *Tendências de mudança na formação médica no Brasil: tipologia das escolas*. São Paulo: Hucitec; ABEM; 2002.

Lavras C, Prieto S, Contador V, organizadores. As idéias e as práticas comunitárias na construção de Serviços Municipais de Saúde na década de 70: a perspectiva democrática em três prefeituras. A experiência de Londrina. In: CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Movimento sanitário brasileiro na década de 70: a participação das Universidades e dos Municípios – Memórias*. Brasília; 2007, p.73-79.

Londrina. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento. *Perfil do município de Londrina (ano-base 2006)*. Londrina; 2007.

Ludke M, André MEDA. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU; 1986.

Lugarinho R, Lopes MGK, Pereira LA. Diretrizes Curriculares Nacionais e Níveis de Atenção à Saúde: como compatibilizar? *Olho Mágico*. 2006; 13(4):5-8.

Macedo L. A questão da inteligência: todos podem aprender? In: Oliveira S organizador. *Psicologia, educação e as temáticas da vida contemporânea*. São Paulo: Moderna; 2002. p117-34.

Marsiglia RG. *Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1995.

Marsiglia RG, Feuerwerker LCM, Carneiro Junior N. *Oficina Nacional de Trabalho. O ensino de saúde coletiva na graduação médica*. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa; 2002. Relatório final.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2001. p. 39-64.

Matuí J. *Construtivismo: teoria construtivista sócio-histórica aplicada ao ensino*. São Paulo: Moderna; 1996.

Menéndez E. L. Salud publica: sector estatal, ciência aplicada o ideologia de lo posible. In: OPS. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington: La Organizacion;1992. (Publicación Científica n. 540).

Mennin S, Gordan P, Al Shazali, Majoer G. Problem-based learning. Network position paper. *The Meducator*; 2002; 2(2): 5-13.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec; 1992.

Minayo MSC, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Moust, JHC, Van Berkel, HJM, Schmidt,HG. Signs of erosion: reflections on three decades of problem-based learning at Maastricht University. *Higher Education*. 2005; 50:665-83.

Moysés SJ, Oliveira CA, D'Angelis MA, Paciornik EF. A construção social do Distrito Sanitário. In: Ducci L, Pedotti MA, Simão MG, Moysés SJ, organizadores. Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: CEBES; 2001. p. 21-32.

NESCO. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Estação de trabalho do observatório de recursos humanos. Universidade Estadual de Londrina. [Citado 2008 dez 8]. Disponível em: <http://www.observatoriopr.com>

Nunes ED. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúde Soc*. 1994; 3(2):5-21.

Oliveira ICM. Centro de Estudos, uma história da organização do conhecimento. In: Ducci L, Pedotti MA, Simão MG, Moysés SJ, organizadores. Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: CEBES; 2001. p. 117-20.

Oliveira FO, Werba GC. Representações sociais. In: Jacques MGC, Strey MN, Bernardes MG, Guareschi PA, Carlos SA, Fonseca TMG. *Psicologia social contemporânea: livro-texto*. Petrópolis: Vozes; 2002. p.104-17.

Oliveira GS, Koifman L. Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC (Org.). *Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: HUCITEC; 2004, p. 143-64.

OPAS. *Enseñanza de la medicina preventiva y social: 20 años de experiencia latinoamericana*. Washington; 1976. (Publicación Científica, n. 234).

OPAS *La crisis de la salud pública: reflection para el debate*. Washington; 1992. (Publicación Científica, n. 540).

OPAS *Sobre la teoria y práctica de la salud pública: um debate, multiples perspectivas*. Washington; 1993.

Paim JS. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In Mendes EV, organizador. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1993; Cap. 4, p. 310.

Paim JS. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 1994. (AdSaúde, Série Temática 1).

Paim JS. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira; In: Fleury S, organizador. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p.11-24

Paim JS, Almeida Filho N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.

Paim JS. A universidade e a reforma sanitária. In: Paim JS. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador: CEPS/ISC; 2002a. cap. 9, p.121-37.

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade? In: Paim JS. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador: CEPS/ISC; 2002b. cap.19, p. 245-59.

Paim JS. Perspectivas do sistema de saúde público no Brasil. In: Paim JS. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador: CEPS/ISC, 2002c. cap. 22, p. 271-94.

Paim JS. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta "Saúde para Todos". In: Paim JS. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador: CEPS/ISC; 2002d. cap. 23, p. 295-323.

Paim JS. Saúde da família: espaço de reflexão e de práticas contra-hegemônicas? In: Paim JS. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador: CEPS/ISC; 2002e. cap. 26, p. 361-65.

Pedotti MA, Moysés SJ. A história dos 20 anos de Atenção Primária à Saúde em Curitiba e outras "estórias". *Divulg Saúde Debate*. 1992;(19):6-13.

Pereira LA, Campos JJB, Almeida MJ, Turini B, Nicoletto SCS, Rezende LR, Mello PL. As Diretrizes curriculares como orientação na elaboração de projetos político-pedagógicos dos cursos universitários na área da saúde: um desafio coletivo. *Olho Mágico*. 2006;13(4):100-12.

Perim GL, Sakai M, Almeida M, Marckese M. Sistema Integrado de Avaliação do Curso de Medicina da UEL. *Revista Avaliação*. 2005; 10(1):135-69.

Perim GL. Avaliação da educação superior: uma realidade na educação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2008a; 32(2): 274.

Perim GL, Sakai M, Almeida MJ, Marchese M, Matsuo T. A avaliação institucional no curso de medicina da Universidade Estadual de Londrina: uma experiência inovadora. *Rev Bras Educ Med*. 2008b; 32(2):217-29.

PESES. Programa de Estudos Sócio-econômicos em Saúde. *Investigação Nacional sobre o Ensino da Medicina Preventiva*. Rio de Janeiro; 1978. p. 13-43. Relatório de Pesquisa.

Piccini RX, (Org.). Projeto de Avaliação das Escolas Médicas do Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 1992; 16(1/3): 43-7.

Pontes RHP. *Reforma curricular no ensino médico: estudo de caso de uma escola de medicina* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.

PROUNI Londrina. *Uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade: projeto apresentado à Fundação Kellogg para uma segunda fase de financiamento* [apostila]. Londrina; 1996.

Raggio A, Romanó Junior D. Sobre uma proposta de implantação de médico geral comunitário em Centros de Saúde de Curitiba. *Divulg Saúde Debate*. 1992; (8): 15-7.

Reggiani C. *Ajuste curricular do curso de medicina da UFPR*. [apostila]. Curitiba, 2006.

Rocha JSY, Ruffino Netto A, Nogueira JL. 40 anos da FMRP/USP: o Departamento de Medicina Social. *Medicina* (Ribeirão Preto), 1992; 25(1):74-84.

Rede Unida. Contribuição para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área da saúde. *Olho Mágico*. 1998; 4(16): 11-35.

Rede Unida. O movimento de mudança da formação de profissionais de saúde no Brasil. *Divulg Saúde Debate*. 2000; (22): 4-7.

Rosa AR. O componente acadêmico dos Projetos UNI. In: Kisil M, Chaves M. *Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde*. Battle Creek: Fundação Kellogg; 1994. p. 21-36.

Santos M. *Saúde da Família*: proposta de integração curricular no Curso de Medicina da UnicenP. [apostila]. Curitiba; 2007.

Santos NR. *Esquistossomose Mansonii Autóctone no Vale do Médio Paraíba, Estado de São Paulo, Brasil*. Contribuição para o estudo de zona endêmica [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1967.

Scucato R. Secretaria Municipal da Saúde. *Rede Municipal de Saúde* [apostila]. Curitiba; 2008.

Serafini SZ, Lacerda, RB, Cerci MSJ, Zainko MAS, Ferreira EAM. *Avaliação do currículo do curso de medicina*: a experiência da UFPR. [apostila]. Curitiba, 1992.

Serrano CV. Programa regional de desenvolvimento de saúde materno-infantil no Brasil (PROCAF). *Bol Oficina Sanit Panam*. 1977; 82(3):243-60.

Shôn D. Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artmed; 2000.

Silva GR. Origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. *Rev Hosp Clín*. 1973; 28:91-6.

Silva GR. Uma retrospectiva da educação médica no Brasil. *Rev Bras Educ Méd*. 1987;11(3):81-6.

Silva RMRS. PEEPIN: uma prática de ensino inovadora no CCS. *Olho Mágico*. 1997; 3(3):3.

Silva SF. *Municipalização da saúde e poder local*. São Paulo: HUCITEC; 2001.

Soares AD. *Avaliação do nível de saúde do município de Londrina no período de 1960 a 1972* [tese]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 1976.

Soares AD, Gil, CRR, Ito AMY. Projeto UNI Londrina: processos e resultados. *Divulg. Saúde Debate*. 1996; (12):63-72.

Stake R. Case study. In: Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. Towsend Oaks: Sage Publications; 2000. p. 435-55.

Tancredi FB, Niremberg O, Perrone N. Avaliação como ferramenta estratégica e como processo. Almeida MJ, Feuerwerker LCM, Llanos MV, organizadores. *A educação dos profissionais de saúde na América Latina*: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: EDUEL, 1999. v.1, p.83-114.

Teixeira CF. Graduação em saúde coletiva: pertinência, projeto pedagógico e viabilidade de implantação. *Olho Mágico*. 2003; 10(1):31-33.

Testa M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo: Hucitec; 1995.

Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Atlas; 1987.

Turini B. Mapas conceituais dos PINs. *Seminário de Planejamento Integrado dos Módulos de Interação Ensino, Serviços e Comunidade*. [apostila]. Londrina; 1989.

Turini B, Almeida MJ. Os professores de medicina e o ensino de graduação extra-muros. *Rev Bras Educ Med*. 2002; 26(3):151-61.

Turini B, Carvalho BG, Silva FF, Batista R. Fortalecendo as organizações comunitárias e desenvolvendo a cidadania. In: Almeida MJ, Feuerwerker LCM, Llanos MV, organizadores. *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: EDUEL, 1999. v.2, p. 407-14.

UEL. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. *III Seminário Interno de Planejamento do Setor de Saúde Comunitária (Depto MISC): 20 anos de atividades no setor*. [apostila]. Londrina; 1989.

UEL. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. *O novo currículo de medicina da UEL: uma apresentação* [apostila]. Londrina; 1998.

UEL. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. *Relatório da 3ª. Oficina de Planejamento do Colegiado de Medicina*. Londrina; 1999. Relatório técnico.

UEL. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. *Relatório de avaliação do projeto de apoio à reforma curricular do curso de medicina*. Londrina; 2002. Relatório técnico.

UEL. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Colegiado do Curso de Medicina. *Sistema integrado de avaliação do curso de medicina da UEL – SIAMed*. Londrina; 2003.

UEL. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Colegiado do Curso de Medicina. *Atos legais de consolidação do currículo integrado*. Londrina; 2006.

UEL. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. *Práticas interdisciplinares de interação ensino, serviços e comunidade I: módulo 6PIN100* [apostila]. Londrina; 2007a.

UEL. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. *Práticas interdisciplinares de interação ensino, serviços e comunidade II: módulo 6PIN200* [apostila]. Londrina; 2007b.

UEL. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. *Abrangência das ações de saúde: módulo 6MOD106*. [apostila]. Londrina; 2007c.

UEL. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. *Doenças resultantes da agressão ao meio ambiente: módulo 6MOD201*. [apostila]. Londrina; 2007d.

UEL. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Colegiado do Curso de Medicina. *Manual geral do estudante*. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2007e.

UEL. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Colegiado do Curso de Medicina. *Manual Geral do Professor/tutor*. Londrina; 2007f.

UEL. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Colegiado do Curso de Medicina. *Manual do coordenador de módulo e atribuições do coordenador de série*. Londrina; 2007g.

UFPR. Universidade Federal do Paraná. *Resolução CEP n. 31 de 13/05/1994*. Fixa o currículo pleno do curso de medicina do Setor de Ciências da Saúde, através do Conselho de Ensino e Pesquisa, órgão normativo, consultivo e deliberativo da administração superior da UFPR. Curitiba; 1994.

UFPR. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. *Saúde, sociedade e meio ambiente: plano de ensino CÓD. MS034* [apostila]. Curitiba; 2007a.

UFPR. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. *Epidemiologia: plano de ensino CÓD. MS035*. [apostila]. Curitiba; 2007b.

UFPR. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. *Prática de Ambulatório Geral I: plano de ensino CÓD. MI003* [apostila]. Curitiba; 2007c.

UFPR. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. *Saúde e trabalho*: plano de ensino CÓD. MSdr036 [apostila]. Curitiba; 2007d.

UFPR. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. *Prática de Ambulatório Geral II*: plano de ensino CÓD. MI005 [apostila]. Curitiba; 2007e.

UFPR. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. *Doenças sexualmente transmissíveis*: plano de ensino CÓD. MI017. [apostila]. Curitiba; 2007f.

UFPR. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. *Medicina geral e comunitária*: plano de ensino CÓD. MI024 e MI025. [apostila]. Curitiba; 2007g.

UnicenP. Universidade Positivo. *Projeto político pedagógico do curso de medicina*. [apostila]. Curitiba; 2002.

UnicenP. Universidade Positivo. *Saúde da família I, II, III, IV, V e VI*: planos de ensino [apostila]. Curitiba; 2008.

Vieira JE, Elias PEM, Benseñor IJM, Grisi SJE. Instalação da disciplina de atenção básica em saúde na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2003-2006). *Rev Bras Educ. Méd.* 2007; 31(3):236-44.

Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2005.

8 Bibliografia Consultada

Amaral JJF, Machado MMT, Leite AJM, Neves AC, Campos JJB. Team Based Learning associated with reflexive learning for medical students in Fortaleza, Brazil. *Med Educ*. Submitted 2008.

Andrade SM, Soares DA, Cordoni Jr L, organizadores. *Bases da saúde coletiva*. Londrina: EDUEL; Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001.

Amaral JHL, Kodjaoglanian VL, Torres N. Ativadores de processos de mudança: perspectivas. *Olho Mágico* 2006; 13(4):61-4

Arouca ASS. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

Barrows HS, Tamblyn RM. *Problem-based learning, an approach to medical education*. New York: Springer; 1980.

Barrows HS. A taxonomy of problem-based learning methods. *Med Educ*. 1986; 20:481-86.

Barrows HS. *The tutorial process*. Springfield IL: Southern Illinois University Press; 1988.

Batista NA, Souza da Silva SH. *O professor de medicina: conhecimento, experiência e formação*. São Paulo: Loyola; 1998.

Bellodi P, Fiedler P. Orientação e tutoria como suporte na formação do profissional em saúde. *Olho Mágico*. 2006; 13(4):16-17

Berbel N. *Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações*. Londrina: UEL; 1999.

Bordenave JD, Pereira AM. *Estratégias de ensino-aprendizagem*. Rio de Janeiro: Vozes; 1998.

Camargo SX. *Sistema único de saúde: paradigma válido para a odontologia? Representações dos cirurgiões-dentistas sobre o SUS [dissertação]* Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2004.

Campos FE, Magro Filho JB. Internato rural. *Rev Bras Educ Med*. 1979; 3(1): 31-46.

Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

Campos JJB, Alvarenga GM, Ideriha NM, Baldy JLS. Seminário de avaliação do curso de medicina da UEL (regime seriado). *Rev Bras Educ Med*. 1997; 21(2/3):32-35.

Chaves MM. Movimentos de renovação. In: Chaves MM *Saúde: uma estratégia de mudança*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982. p. 36-50.

Chaves MM. Preparação do médico geral: reexame e perspectivas. *Bol ABEM*. 1986;(11):7-9.

Chaves MM, Rosa AR, organizadores. *Educação médica nas Américas: o desafio dos anos 90*. São Paulo: Editora Cortez; 1990.

Chaves MM. Educação nas profissões de saúde: perspectivas para o século XXI. *Rev Bras Educ Med*. 1996; 20(1):21-7.

Demo P. *Desafios modernos da educação*. Petrópolis: Vozes; 2000.

Dolmans DJHM, Wolfhagen IHAP, van der Vleuten CPM, Winjnen WHF. Why menninsaren't they working? In: Schwartz P, Mennin S, Webb G, editors. *Problem-based learning: case studies experience and practice*. Case studies of teaching in higher education. London: Kogan Page; 2001. p.135-141,

Donnangelo MCF. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira; 1975.

Elias PEM. *Residência médica no Brasil: a institucionalização da ambivalência* [dissertação]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo; 1987.

Evensen DH, Hmelo CE, editors. *Problem-based learning: a research perspective on learning interactions*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2000.

Ferreira JR. El análisis prospectivo de la educación médica. *Educ Med Salud*. 1988;22(3):242-367.

Ferreira JR, Campos FE, Haddad A, Cury G. The challenge of improving health and medical care through undergraduate medical education "Pro-Saúde". *Educ Health* [periódico online]. 2007;20(2): article 75. Disponível em: http://www.educationforhealth.net/publishedarticles/article_print_75.pdf

Garcia JC. *La educación médica en América Latina*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1972. (Publicación Científica, n. 255).

Garcia JC. Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: Nunes ED, organizador. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global; 1983. p. 97-132.

Garcia JC. Medicina y sociedad: las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. *Educ Med Salud*. 1983;17(4): 363-97.

Gentile de Mello C. A formação do médico generalista e a medicina previdenciária. *Rev Bras Educ Med*. 1978; (1 supl.):67-80.

Guerra de Macedo C. La universidad y salud para todos en el año 2000. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1985; 99(3):209-16.

Harden RM. Assessment of clinical competence using objective structured clinical examination. *BMJ*. 1975;1(5955):447-51.

Hitchcock MA, Anderson AS. Dealing with dysfunctional tutorial groups. *Teach Learn Med*. 1997;9(1):19-24.

Ishii EY, Liboni M, Mansano RM. Após 30 anos renasce um novo curso de medicina. *Caolho*. Londrina: Jornal do Centro Acadêmico Samuel Pessoa; 1997.

Klotzel K. O Perfil do clínico geral. *Rev Bras Educ Med*. 1979;3(2):1-5.

Koifman L. *A crítica do modelo biomédico na reformulação curricular do curso de medicina da Universidade Federal Fluminense* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz; 1996.

Koifman L. A teoria de currículo e a discussão do ensino médico. *Rev Bras Educ Med*; 1998; 22:37-47.

Komatsu RS, Zanolli MB, Lima VV. Aprendizagem baseada em problemas. In: Marcondes E, Gonçalves EL. *Educação médica*. São Paulo: Sarvier; 1998. p. 23-37.

Komatsu RS, Lima VV, Zanolli MB, Chirelli MQ, Costa MCGCI. Trilhando novos caminhos: uma experiência pioneira. In: Almeida MJ, Feuerwerker LCM, Llanos, MV, organizadores. *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudanças*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: EDUEL, 1999. v.2, p. 307-16.

Komatsu RS. *Aprendizagem baseada em problemas na Faculdade de Medicina de Marília: sensibilizando o olhar para o idoso* [tese]. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2003.

Komatsu RS, Mennin S. Por uma avaliação crítica e reflexiva: avaliar para transformar! *Olho Mágico*. 2004; 11(3):12-14.

Lima NT, Santana JP. *Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2006. 232p.

Lima VV. *Educação médica: a dimensão social no currículo do curso médico da Faculdade de Medicina de Marília em 1998 e 1999* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000.

Machado MH, Coordenador. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.

Maftum MA, Campos JJB. Capacitação pedagógica na modalidade de educação à distância: desafio para ativar processos de mudança na formação de profissionais de saúde. *Cogitare Enferm*. 2008;13(1):132-39.

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.

Maudsley G. Roles and responsibilities of the problem based learning tutor in the undergraduate medical *BMJ*. 1999;318(7184):657-61.

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo; oposição ou complementaridade? *Cad Saúde Pública*. 1993;9(3):239-62.

Miranda JFAM. *Educação médica: estudo do impacto da adoção da estratégia de saúde da família no Internato Médico* [dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Educação, Universidade Católica de Petrópolis; 2003.

Norman GR, Schmidt HG. Effectiveness of problem-based learning curricula: theory, practice and paper darts. *Med Educ*. 2000; 34(9):721-28.

Perim GL, Zanetti RR. Avaliando para transformar: a experiência da UEL com a avaliação institucional.. In: Márcio Almeida. (Org.). *Universidade Possível: experiência de gestão universitária*. Londrina: EDUEL, 2001, v. 1, p. 247-72.

Perim GL. Os projetos PROMED: processos, resultados e avaliação. In: VI Congresso Nacional da Rede Unida, 2005, Belo Horizonte. Boletim da Rede Unida – Oficinas do VI Congresso Nacional da Rede Unida, 2005.

Perim GL. *Avaliação da Educação Superior*. Uma realidade na Educação Médica [tese]. São Paulo: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2008.

Piccini RX, Facchini LA, Santos RC. *Preparando a transformação da educação médica brasileira*: Projeto CINAEM III Fase: Relatório 1999-2000. Pelotas: UFPEL; 2000. p.259-60

Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001.

Pires-Alves FA, Paiva CHA. *Recursos críticos*: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

Regehr G, Norman GR. Issues in cognitive psychology: Implications for professional education. *Acad Med*. 1996;71(9):988-1001.

Rego STA. *Saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*: um estudo sobre a formação ética dos estudantes de medicina [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2001.

Rocha JSY. A crise da terminalidade da educação médica no Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 1983;7(1):36-41.

Rouquayrol Z, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia & Saúde*. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.

Rovere M. *Planificación estratégica de recursos humanos en salud* Washington: OPS; 1996. (Série Desarrollo de Recursos Humanos, n. 96).

Sacristán JG. *O currículo*: uma reflexão sobre a prática. Porto Alegre: ArtMed; 2000.

Santana JP. *Os cursos de Medicina no Brasil*: análise preliminar dos dados do sistema de informações sobre escolas médicas. Brasília; 1996. (Série de Monografias do GAP).

Schmidt HG. Foundations of problem-based learning: some explanatory notes. *Med Educ*. 1993;27(5):422-32.

Schmidt HG, Moust JHC. What makes a tutor effective? A structural-equations modeling approach to learning in problem-based curricula. *Acad Med*. 1995;70(8):708-14.

Schraiber LB. *Educação médica e capitalismo*. São Paulo: Hucitec; 1989.

Schwartz P, Mennin S, Webb G, editors. *Problem-based learning: case studies experience and practice*. Case studies of teaching in higher education. London: Kogan Page; 2001.

Silva RF. *Prática educativa transformadora: a trajetória da unidade educacional de interação comunitária* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000.

Silva SF. *A Construção do SUS a partir do município*. São Paulo: HUCITEC; 1996.

Silva SS. Histórico da implantação do currículo atual do curso de medicina da Universidade Estadual de Londrina. *Cad ABEM*. 2006; (2):57-63.

Teixeira CF. Ensino da saúde coletiva na graduação. *Bol ABEM*. 2003;31(3):4-6.

Troncon LEA, Figueiredo JFC, Rodrigues MLV, Peres LC, Cianflone ARL, Picinato CE, Colares MFA. Implantação de um programa de avaliação terminal do desempenho dos graduandos para estimar a eficácia do currículo na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. *Rev Assoc Méd Bras*; 1999; 45(3):217-24.

Turini B. *Interação com os serviços e com a comunidade durante a formação médica: o que pensam os professores* [dissertação]; Londrina: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina; 2000.

Vanuchi MTO, Campos JJB. A metodologia ativa na residência em gerência do curso de enfermagem da UEL. *Cogitare Enferm*. 2007;12(3):358-64.

Venturelli J. *Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos*. 2.ed. Washington: OPAS/OMS; 2003. (Serie PALTEX - Salud y Sociedade 2000 n.8).

Venturelli J, Fiorini V. Programas educacionais inovadores em escolas médicas: capacitação docente. *Rev Bras Educ. Med*, 2001;25(5):7-21.

Apêndices

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA OS GESTORES, PROFESSORES E GRUPOS FOCAIS ENTREVISTADOS

☐ GESTORES

1. Qual é a sua formação na graduação e na pós-graduação?
2. Há quanto tempo trabalha como docente nesta instituição?
3. Qual o título do cargo que você ocupa atualmente e há quanto tempo?
4. Qual a composição e as atribuições das estruturas formais de gestão acadêmica e administrativa nesta instituição?
5. Qual a sua visão global da estrutura curricular que pode ser obtida pela matriz curricular do Curso de Medicina traduzida na planilha de horários?
6. Quais os dois documentos mais importantes sobre o projeto pedagógico do Curso de Medicina e qual o modelo curricular adotado no curso?
7. Como é a integração das áreas básicas com as áreas clínicas neste curso?
8. Qual é a ênfase dos conteúdos e práticas da área de Saúde Coletiva?
9. Como ela foi construída?
10. Qual a carga horária em termos percentuais da área de Saúde Coletiva programada para o ano de 2007, em cada um dos espaços de ensino-aprendizagem?
11. Como vem sendo feita a negociação dos gestores acadêmicos do Curso de Medicina no ano de 2007 para que as Unidades Básicas de Saúde possam receber os estudantes de graduação?
12. Como se estabelecem de fato as relações do Curso de Medicina com os serviços de saúde e a comunidade e como elas influem de algum modo no ensino da Saúde Coletiva no curso?
13. O Curso de Medicina promove atividades conjuntas de formação com estudantes de outras carreiras?
14. Quais as iniciativas mais relevantes na promoção de atividades conjuntas regulares envolvendo esses estudantes sejam elas curriculares ou extracurriculares?
15. Há um programa de capacitação e/ou educação permanente dos docentes envolvidos com o Curso de Medicina? Como ele vem sendo desenvolvido?
16. Os docentes da área de Saúde Coletiva em geral participam desta iniciativa?
17. Os módulos ou disciplinas onde a Saúde Coletiva teve uma atuação mais intensa no ano de 2006 foram efetivamente avaliados?
18. Como é a atuação dos docentes da área de Saúde Coletiva nos processos de mudança no Curso de Medicina, eles lideram ou resistem?
19. Quais os fatores que estariam determinando esta situação?
20. Estariam associados ao contexto político local?
21. Estariam relacionadas a uma determinada concepção de Saúde Coletiva?
22. Há linhas de investigação no tema do ensino de Saúde Coletiva no curso de graduação e como elas são desenvolvidas?
23. Nós discutimos diversas coisas interessantes, há algo mais que nós não tenhamos discutido que você gostaria de dizer sobre o ensino da Saúde Coletiva no Curso de Medicina desta instituição?

PROFESSORES

1. Qual é a sua formação na graduação e na pós-graduação?
2. Como foi a sua formação especificamente em Saúde Coletiva?
3. Há quanto tempo você atua como docente nesta instituição de ensino?
4. Qual o nome do módulo ou disciplina em que você atua no curso?
5. Há quanto tempo você desenvolve esta atividade acadêmica e qual a sua carga horária semanal dedicada a esta instituição em atividades de ensino, pesquisa, administração, assistência e/ou extensão?
6. Quais são as principais características do programa de Saúde Coletiva dos módulos ou disciplinas onde você atua?
7. Qual foi a estratégia predominante de organização das atividades didáticas dos módulos ou disciplinas em que você participou no último ano?
8. Como é o modelo curricular adotado neste Curso de Medicina?
9. Qual é a ênfase dos conteúdos de Saúde Coletiva nos módulos ou disciplinas onde você tem atuado do ponto de vista da formação geral do médico e como ela foi construída?
10. Como os conteúdos e atividades de Saúde Coletiva se traduzem na prática?
11. Qual o conteúdo abordado com seus estudantes nos serviços de saúde e na comunidade?
12. O Curso de Medicina promove atividades conjuntas de formação com estudantes de outras carreiras?
13. Quais as iniciativas mais relevantes na promoção de atividades conjuntas regulares envolvendo esses estudantes?
14. Existem outras atividades extracurriculares?
15. Há capacitação e educação permanente dos docentes da área de Saúde Coletiva?
16. Quais as características dos instrumentos usados para a avaliação dos estudantes no curso?
17. Quais os aspectos mais importantes dos módulos ou disciplinas de Saúde Coletiva do curso avaliada nos últimos anos?
18. Quais os métodos de avaliação empregados?
19. Você discute os critérios de avaliação com os estudantes?
20. Qual a finalidade principal da avaliação dos estudantes que vem sendo realizada onde você atua?
21. Você participou de algum projeto de pesquisa nesta instituição?
22. Você participou de alguma apresentação pública ou de alguma publicação dos resultados das atividades de pesquisa de que você tenha participado nos últimos anos?
23. Há algo mais que nós não tenhamos discutido que você gostaria de dizer sobre o ensino da Saúde Coletiva no Curso de Medicina desta Instituição?

▣ GRUPOS FOCAIS

1. Quais são as principais características do programa de Saúde Coletiva dos módulos ou disciplinas do seu curso?
2. Qual foi a estratégia predominante de organização das atividades didáticas dos módulos ou disciplinas em que vocês participaram no último ano?
3. Como é o modelo curricular adotado neste Curso de Medicina?
4. Qual é a ênfase dos conteúdos de Saúde Coletiva nos módulos ou disciplinas onde vocês tem atuado do ponto de vista da formação geral do médico e como ela vem sendo construída?
5. Como os conteúdos e atividades de Saúde Coletiva se traduzem na prática?
6. Qual o conteúdo abordado com vocês nos serviços de saúde e na comunidade?
7. O Curso de Medicina promove atividades conjuntas de formação com estudantes de outras carreiras?
8. Quais as iniciativas mais relevantes na promoção de atividades conjuntas regulares envolvendo esses estudantes?
9. Existem outras atividades extracurriculares no seu curso?
10. Quais as características dos instrumentos usados para a avaliação de vocês no curso?
11. Quais os aspectos mais importantes dos módulos ou disciplinas de Saúde Coletiva do curso avaliada nos últimos anos?
12. Quais os métodos de avaliação empregados?
13. Vocês discutiram os critérios de avaliação com os professores?
14. Vocês participam de algum projeto de pesquisa nesta instituição?
15. Vocês participaram de alguma apresentação pública ou de alguma publicação dos resultados das atividades de pesquisa de que vocês tenham participado nos últimos anos?
16. Há algo mais que nós não tenhamos discutido que vocês gostariam de dizer sobre o ensino da Saúde Coletiva no Curso de Medicina desta Instituição?