

Como Abrir Caminhos para a Transformação do Ensino Médico no Brasil

How to Open Ways to Change Medical Teaching in Brasil

João José Batista de Campos¹

DESCRIÇÕES

- Educação médica - tendências
- Aprendizado baseado em problemas

KEYWORDS

- Medical education - trends
- Problem - based learning

RESUMO

O ensino de medicina na Universidade Estadual de Londrina, vem se transformando significativamente com a implantação a partir de 1998, de uma nova estruturação curricular, que passou a adotar como eixo norteador a metodologia da aprendizagem baseada em problemas, orientada para a comunidade e centrada nas necessidades de aprendizagem dos estudantes. Este rico processo de incorporação de inovações na área de ensino-aprendizagem vem sendo vivenciado no âmbito do Centro de Ciências da Saúde nos últimos anos, como resultado de um prolongado, intenso e democrático processo de construção. É fruto de várias sementeiras ocorridas nos últimos anos com o apoio da iniciativa UNL que funcionou como catalisadora do processo de busca das respostas as seguintes perguntas: Como construir a proposta de transformação do ensino médico? Como conseguir as transformações necessárias? Como torná-las duradouras? Quais são essas transformações? Quem deve participar delas? Enfrentando as resistências naturais e as oposições próprias de transformações desta natureza, espera-se poder compartilhar algumas das importantes lições aprendidas, como quem participa em processos ainda em marcha, necessariamente imperfeitos e insuficientes, porém que propiciaram a oportunidade de criação das estratégias para implementá-los, para além das simplificações.

ABSTRACT

The teaching of Medicine at the State University of Londrina has been changing significantly with introduction, in 1998, of a restructured curriculum based on problem-based, community-oriented, student-centered learning. This rewarding incorporation of innovations into the teaching and learning process has been experienced at the Health Sciences Center over recent years as the result of a prolonged, intense and democratic process of construction. It is the fruit of many seeds sown in recent years with support from the UNL program, which has catalyzed the search for answers of the following: How to construct a proposal for transforming medical education? How to bring about the necessary changes? How to make them lasting? What are they? Who should participate in them? Resistance and opposition are natural and proper to change of this kind. It is hoped, however, that some of the important lessons learned can be shared by those who are participating in this ongoing - and thus necessarily imperfect and insufficient - process, and who nonetheless forterred opportunities to create strategies to implement these processes and to take them beyond simplifications.

1 - Docente da área de Ciências da Saúde e coordenador do Colegiado do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. Mestre em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, 1992.

* Categoria: Docente da área de Ciências da Saúde.

O novo currículo do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina, em implantação a partir de 1998, é o resultado de um prolongado, intenso e democrático processo de construção⁸. É fruto de várias sementeiras ocorridas nos últimos anos com o apoio da iniciativa UNI apoiada pela Fundação Kellogg e com a progressiva mobilização interna dos seus professores e estudantes.

Não somos uma instituição com muitas tradições e costumes arraigados, como acontece nas universidades centenárias existentes em vários países latino-americanos ou mesmo nas milenares, tão comuns na Europa. Mesmo assim, enfrentamos muitos obstáculos no desenvolvimento do trabalho acadêmico, principalmente quando se trata de substituir velhas práticas por outras mais novas.

O curso de Medicina surgiu em 1967, na então Faculdade de Medicina do Norte do Paraná. Sua evolução para inserir-se como um curso do Centro de Ciências da Saúde, em 1972, da recém-criada Universidade Estadual de Londrina apontava na direção do que era aceito como mais moderno na formação profissional em saúde¹⁷. Os avanços que se conseguiu alcançar em termos de integração das Ciências da Saúde apontam na direção de alternativas futuras de alteração que se afastam bastante do modelo hegemônico da prática médica e podem constituir respostas viáveis a o esgotamento das possibilidades atuais desse mesmo modelo médico¹¹.

Nestes anos da década de 90, estamos vivenciando um intenso processo de mudanças em nosso curso. Analisar como estamos conseguindo superar alguns desafios nesse processo pode ser útil para todos os interessados em contribuir para a melhoria dos níveis de saúde da população, que depende também da qualidade dos recursos humanos em saúde.

A experiência adquirida com a implantação dos oito primeiros módulos da 1ª série do novo currículo em 1998, dos oito módulos da 2ª série em 1999, da reoferta dos módulos da 1ª série em 1999 e o planejamento dos oito módulos da 3ª série nos estimula a partilhar todo esse potencial transformador desta proposta de educação médica⁹.

DE ONDE VIEMOS: ABRINDO OS CAMINHOS DA TRANSFORMAÇÃO

Até a década de 90, o currículo do curso de Medicina passou por cinco reformas, o que indica uma característica positiva não encontrada em muitas escolas que sofrem de enrijecimento curricular. Nesse período, já se identificavam alguns problemas em relação ao processo ensino-aprendizagem, aos serviços, à relação com a comunidade e à educação multiprofissional¹⁵.

Em relação ao processo de ensino-aprendizagem, isto se traduzia em: ausência de diálogo entre as disciplinas (básico – básico, básico – clínico e clínico – clínico); falta de integração entre as disciplinas e seus conteúdos; seleção dos conteúdos sem se basear no perfil epidemiológico regional; desarticulação entre conteúdo teórico e conteúdo prático; uso inadequado do fator tempo e da distribuição dos conteúdos das disciplinas; inadequação na colocação de algumas disciplinas na grade curricular; predominância do ensino tradicional; avaliação da aprendizagem de natureza eliminatória e classificatória, dissociada do processo de aprendizagem; predominância da formação técnica, voltada para ações curativas, centradas no indivíduo e em unidades hospitalares.

Quanto aos serviços de saúde, revelava-se uma fragilidade nas relações institucionais: as unidades básicas gerenciadas pela Universidade não se integravam à rede municipal de assistência à saúde, e as atividades junto aos serviços eram pontuais e restritas a projetos extensionistas tradicionais, resultando no distanciamento entre os profissionais dos serviços e os docentes, com conseqüências óbvias para o ensino.

Quanto à população, era evidente sua não participação no âmbito das decisões acadêmicas, pois a comunidade era vista nos projetos de extensão como beneficiária das ações e não como sujeito ativo do processo, sendo praticamente inexistente sua relação com a Universidade. Tudo isso embora houvesse disposição de implementar os mecanismos de controle social preconizados pela nova legislação do setor saúde nacional decorrente da Assembléia Nacional Constituinte.

Apesar de todas essas limitações, as reformas ocorridas nesse período visaram fundamentalmente a adequações em relação à grade curricular. Elas não conseguiram alcançar resultados efetivos nas transformações de seus projetos pedagógicos que solucionassem os problemas existentes¹⁵.

Assim, em 1991, o Centro de Ciências da Saúde experimenta dois novos processos: a discussão e elaboração de outra reforma curricular para o ano de 1992 nos cursos de graduação, frente à implantação de um novo regime acadêmico (regime de créditos com matrículas por disciplinas semestrais para regime seriado com matrícula anual); e a discussão e elaboração coletiva do projeto UNI, um projeto inovador na educação dos profissionais de saúde, com a participação da comunidade e dos serviços de saúde, tendo como objetivos: contribuir para a reorientação da formação profissional nos cursos de graduação da área de saúde; fortalecer a construção dos sistemas locais de saúde e promover o desenvolvimento comunitário principalmente na área de saúde.

Embora esses dois processos estivessem acontecendo simultaneamente, o ideário do Projeto UNI não conseguiu interferir de modo significativo na elaboração dos currículos dos cursos naquele momento. Todo o esforço, naquele primeiro momento, resultou apenas em pequenas mudanças na organização curricular e na redação dos projetos pedagógicos dos currículos, com inserção de alguns princípios do ideário UNI.

O quadro que se observava nesse período era de um número muito restrito de professores envolvidos com a proposta do UNI, inclusive havendo rejeição de alguns; pequena participação do corpo discente; e o ensino realizado quase totalmente nas dependências da Universidade. Nessa fase, inicia-se também o relacionamento com a comunidade.

O QUE ENCONTRAMOS PELOS CAMINHOS DA TRANSFORMAÇÃO

No início de 1991, chegou uma carta-convite da Fundação Kellogg para apresentação de uma proposta preliminar de participação no Programa UNI¹⁴. Logo depois, quando o CCS foi selecionado, juntamente com 14 outras universidades latino-americanas, para integrar o programa, aconteceu o **primeiro desafio**: a debilidade técnica em termos de capacidade instalada na área do planejamento de projetos sociais complexos. Então, como construir a proposta?

Um primeiro passo para superar esse desafio foi o convite aos integrantes do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva para liderar a elaboração da proposta, mas de maneira articulada com os líderes acadêmicos formais – professores e estudantes. Isso foi importante para garantir uma entrada institucional adequada ao projeto, uma vez que um dos requisitos centrais da iniciativa UNI era não ser apropriada somente pelos departamentos de medicina preventiva, de enfermagem comunitária ou de odontologia social, como havia sido praxe durante as décadas de 70 e de 80 no contexto dos projetos IDA – Integração Docente Assistencial¹⁸.

Com a participação direta de cerca de 130 professores e alunos, coordenada por uma comissão de sistematização integrada por representantes dos três componentes – academia, comunidade, serviços –, esse primeiro desafio foi vencido, e o projeto, após visitas e revisão dos consultores da Kellogg, foi encaminhado e aprovado pela Fundação. Mas não sem antes ter sido enfrentado um **segundo desafio**, de ordem política, no âmbito do próprio CCS, que foi a oposição ao ideário UNI e ao projeto por parte de líderes acadêmicos formais.

As motivações para essa oposição decorreram em parte de divergências quanto ao direcionamento da política acadêmica que estava

sendo delimitada com a proposta e em parte em decorrência do rearranjo dos espaços de poder que a consolidação do projeto poderia ocasionar. Os opositores ao projeto, porém, não conseguiram reunir argumentos consistentes, nem buscaram modificar o projeto em seu conteúdo.

A superação desse desafio só foi possível graças à combinação de três fatores: 1º) uma condução aberta e transparente do processo de elaboração da proposta, com convites insistentes e indiscriminados a todos os professores e alunos; 2º) a construção de alianças entre os setores pró-mudança existentes nos departamentos de clínica cirúrgica, materno-infantil e saúde comunitária e colegiados dos cursos de farmácia e de enfermagem, que tinham o respaldo da administração superior da Universidade; 3º) a parceria, na época embrionária, com os serviços de saúde e com as organizações comunitárias da região sul, área de atuação prevista para o projeto, que se envolveram nos debates e articulações ocorridos nas esferas acadêmicas, exercendo o poder de pressão e de argumentação pró-projeto.

COMO FOMOS ARRANDO CAMINHO PARA AS TRANSFORMAÇÕES

A implantação do projeto aconteceu a partir de 1992-93, já com uma nova composição das esferas de coordenação e de operação do projeto. Isso em virtude da mudança no comando político dos serviços municipais de saúde, decorrente das eleições gerais de novembro do ano anterior.

Os ajustes no projeto, em razão da nova política municipal de saúde, resultaram num novo calendário para sua implantação, que se prolongou até o final de 1994. Com isso, os novos cenários de ensino-aprendizagem propostos pelo projeto, os Postos de Saúde e o Hospital Geral da Região Sul, que necessitavam de reformas e adequações para receber alunos e professores, não foram viabilizados no tempo previsto inicialmente.

Por outro lado, apesar de ter recebido a aprovação da maioria dos líderes do corpo docente, o projeto enfrentou, particularmente no que se refere ao desenvolvimento do novo modelo acadêmico, dois grandes novos desafios.

O **terceiro desafio** constituiu-se pelo pequeno domínio dos novos conceitos introduzidos pelo ideário UNI, como: interdisciplinaridade, metodologias ativas de ensino-aprendizagem, educação multiprofissional, novos cenários de práticas, parceria, formação de lideranças, comunicação, trabalho em rede e institucionalização das mudanças². Apesar de alguns desses conceitos não serem novidade na bibliografia, na prática eram desconhecidos

dos por parte da imensa maioria de professores, estudantes, dirigentes, profissionais de saúde e líderes comunitários.

Na verdade, até a chegada do UNI, desconheciam-se no âmbito do CCS os estudos e análises mais recentes acerca das questões educacionais. Não se tinha conhecimento, por exemplo, da realização da I Conferência Mundial de Educação Médica, realizada em 1988, e dos seus documentos e conclusões⁵. A direção do CCS da época, que era (como ainda é hoje) acumulada pelo coordenador do projeto UNI, foi que providenciou a tradução dos principais documentos referentes a esse importante evento. Da mesma forma, tentando superar o desafio acima mencionado, buscou-se estabelecer amplas relações nacionais e internacionais no âmbito da educação e da saúde, propiciando o envolvimento crescente de professores e de estudantes.

As iniciativas do programa de apoio da coordenação do Programa UNI para facilitar o intercâmbio e o trabalho em rede foram muito benéficas e ajudaram bastante nesse terreno. As relações com a Network, com a OPS, com a OMS e sua proposta conhecida como "Uma Agenda para a Ação", com o Centro de Educação Médica da Universidade de Dundee foram oportunidades aproveitadas pela coordenação do projeto^{10,12}.

É claro que houve algumas coincidências positivas, como o lançamento, por parte da Abem, do processo de avaliação do ensino médico brasileiro, que resultou na criação da Cinaem - Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico⁷. A realização, em Londrina, do XXX Congresso da Abem e, simultaneamente, do II Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico, em 1992, também serviu para ajudar a trazer para dentro do CCS e do curso de Medicina o debate em torno das questões educacionais. Assim, novas lideranças foram surgindo e sendo motivadas, capacitadas e estimuladas a assumir espaços de poder acadêmico nas várias esferas de decisão. Com isso, os colegiados dos cinco cursos (que sucederam o antigo colegiado único, em 1992) passaram a ter composições mais favoráveis às mudanças preconizadas.

Outras duas iniciativas desempenharam também papel importante no enfrentamento desse desafio: o apoio ao movimento estudantil comprometido com melhorias na qualidade dos cursos e a superação de divergências pessoais entre líderes docentes, que permitiu a composição de uma chapa única para a direção do CCS em 1994, indicando a possibilidade de um período de convivência política mais tranquilo.

Uma das dificuldades dos processos de mudança é que, conforme eles avançam, trazem consigo novos desafios, surgindo desta forma o **quarto desafio**: a falta de acúmulo teórico-prático por parte dos professores quanto às novas metodologias de ensino-aprendizagem e os entraves para sua experimentação nas disciplinas tradicionais.

Apesar de o projeto orientar suas atividades a todos os cinco cursos de graduação do CCS, a capacidade de introduzir inovações variou de curso para curso. Esse desenvolvimento não homogêneo do modelo acadêmico dentro do CCS constituiu um **quinto desafio**.

O enfrentamento deste desafio vem-se dando por meio da criação de mecanismos horizontais de articulação entre os cursos, como a CPDC (Comissão Permanente de Desenvolvimento Curricular), que reúne os coordenadores dos cinco colegiados e é responsável pela publicação do "Olho Mágico", que trata essencialmente de questões educacionais.

Mas, sobretudo, a melhor maneira de impedir um distanciamento muito grande entre os cursos tem sido o estilo do gerenciamento acadêmico-administrativo adotado pela direção do CCS. O gerenciamento não tem sido excludente e privilegiador dos interesses e necessidades do curso médico, embora às vezes se corra o risco de voltar às práticas anteriores. Um instrumento fundamental para garantir essa orientação tem sido a maior autonomia e força político-acadêmica dos demais cursos e a liberdade e o respeito ao processo vivenciado por cada curso.

COMO ENFRENTAMOS OS DESAFIOS DA CONSTRUÇÃO DAS TRANSFORMAÇÕES

Em 1997, o Colegiado do Curso tinha como diagnóstico firmado por avaliações anteriores que o médico formado na UEL era portador de condições técnicas aceitáveis, mas havia graves deficiências e profundas insatisfações de professores e alunos quanto ao desenvolvimento das atividades nos ciclos básico e pré-clínico. Tendo como pano de fundo os referenciais acima mencionados, o Colegiado desencadeou um processo polêmico de discussões envolvendo a mudança do currículo do curso de Medicina da UEL, tendo como eixo norteador a adoção da metodologia de aprendizagem baseada em problemas. Em agosto do mesmo ano, num gesto considerado ousado mas politicamente pertinente, aprova-se a mudança curricular com a introdução desta nova metodologia de ensino e também com a incorporação de modificações resultantes das ricas e inovadoras experiências na área de ensino-aprendizagem vivenciadas no âmbito do CCS nos últimos anos²⁶.

O novo projeto pedagógico do curso de Medicina da UEL é centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e no professor como facilitador do processo de ensino-aprendizagem, enfocando o aprendizado baseado em problemas e orientado para a comunidade. A pedagogia da interação supera com vantagens a pedagogia da transmissão passiva de conhecimentos, utilizada nos métodos tradicionais de ensino. O segundo conceito do modelo pedagógico é o de aprender fazendo.

do, que sugere a inversão clássica teoria/prática, caracterizando que o conhecimento ocorre na ordem inversa.

Enfim, o modelo pedagógico do curso é fundamentado nos princípios da pedagogia interativa, de natureza democrática e pluralista, com um firme eixo metodológico que prioriza a aprendizagem baseada em problemas como metodologia de ensino-aprendizagem central, tendo como principais diretrizes: estruturação modular, viabilizando a interdisciplinaridade; currículo nuclear comum a todos os estudantes, proporcionando a oportunidade de vivenciar módulos e práticas eletivas, cuja função é permitir a 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; ensino centrado nas necessidades de aprendizagem dos estudantes e no professor como facilitador; contato do estudante de Medicina com as realidades de saúde e sócio-econômicas da comunidade desde o primeiro ano do curso; adoção da

avaliação formativa; terminalidade do curso em seis anos.

Orientado por estas diretrizes, o aluno desenvolve seu próprio método de estudo, aprende a selecionar criticamente os recursos educacionais mais adequados e vivencia o trabalho em equipe, o que possibilita seu aperfeiçoamento contínuo em conhecimentos, habilidades e atitudes.

A estrutura do currículo é formada por nove módulos em cada ano nas quatro primeiras séries, totalizando 36 módulos. Optou-se por adotar como eixos orientadores do currículo o ciclo vital – concepção, nascimento, crescimento, envelhecimento e morte – e o modelo ecológico – processo saúde-doença como resultado da interação do homem com seu ambiente de vida.

A seguir, apresenta-se a grade com os módulos de ensino em cada uma das primeiras quatro séries do curso. A estrutura do currículo proposto, refletindo os princípios gerais e a metodologia de ensino-aprendizagem já expostos, pode ser visualizada no Quadro I.

QUADRO I

Módulos educacionais das quatro séries iniciais do Curso de Medicina da UEL

Módulos de ensino da 1ª série						
Introdução ao estudo da Medicina	Concepção e formação do ser humano	Metabolismo	Funções Biológicas	Eletivas	Mecanismos de agressão e defesa	Abrangência das ações de saúde
Habilidades e Atitudes - HAB I						
Interação Ensino, Serviço e Comunidade - PIN I						
Módulos de ensino da 2ª série						
Nascimento, crescimento e desenvolvimento	Percepção, consciência e emoção	Processo de envelhecimento	Proliferação celular	Saúde da mulher, sexualidade humana e planejamento familiar	Doenças resultantes da agressão do meio ambiente	Eletivas
Habilidades e Atitudes - HAB II						
Interação Ensino, Serviço e Comunidade - PIN II						
Módulos de ensino da 3ª série						
Dor	Dor abdominal, diarreia, vômitos e icterícia	Febre, inflamação e infecção	Problemas mentais e de comportamento	Perda de sangue	Fadiga, perda de peso e anemias	Eletivas
Habilidades e Atitudes - HAB III						
Interação Ensino, Serviço e Comunidade - PIN III						
Módulos de ensino da 4ª série						
Locomoção	Distúrbios sensoriais, motores e da consciência	Dispnéia, dor torácica e edemas	Desordens nutricionais e metabólicas	Manifestações externas das doenças e iatrogenias	Emergências	Eletivas
Habilidades e Atitudes - HAB IV						
Interação Ensino, Serviço e Comunidade - PIN IV						

Para cada módulo elabora-se a árvore temática que dá origem aos problemas relacionados com o processo saúde-doença. Estes problemas, por sua vez, podem ser alterados e atualizados quando necessário. Cada módulo se desenvolve em duas a sete semanas, num total aproximado de 37 semanas por ano.

O problema a ser discutido pelo grupo tutorial propõe situações que levam ao desenvolvimento do tema para o qual ele foi proposto. Os estudantes discutem o problema seguindo a técnica dos "sete passos": 1º Ler atentamente o problema e esclarecer termos desconhecidos; 2º Identificar as questões propostas pelo enunciado; 3º Oferecer explicações para estas questões com base no conhecimento prévio que o grupo tem sobre o assunto; 4º Resumir estas explicações; 5º Estabelecer objetivos de aprendizagem que levem o estudante ao aprofundamento e complementação destas explicações; 6º Estudo individual respeitando os objetivos levantados e 7º Rediscussão no grupo tutorial dos avanços de conhecimento obtidos pelo grupo⁸.

Na construção de cada módulo se enfrenta o desafio de articular a contribuição de cada disciplina com a visão unitária do currículo orientado pelo perfil do médico que se quer formar. A construção dessa perspectiva unitária demanda abordagens interdisciplinares e transdisciplinares na operacionalização do currículo.

A preservação da identidade das disciplinas e departamentos, importante para o desenvolvimento científico e tecnológico e para a carreira acadêmica, é uma necessidade reconhecida. Por outro lado, a natureza complexa dos problemas de saúde relevantes torna a transdisciplinaridade um imperativo. A estrutura modular do novo currículo é uma excelente oportunidade para contemplar essas duas necessidades, e os módulos produzidos revelam a cada momento a resposta possível a desafio tão complexo.

A cada semana, os grupos de alunos trabalham em atividades pré-programadas nos grupos tutoriais, na interação do ensino-serviço-comunidade (ambas obrigatórias), em conferências, laboratórios de habilidades e atividades práticas, num máximo de cinco períodos semanais.

As especificações referentes ao Internato Médico, que compreenderá a 5ª e 6ª séries do curso, deverão ser encaminhadas à Pró-Reitoria de Assuntos de Ensino de Graduação até junho de 2001, para serem implantadas a partir de 2002. Desta forma, além de estarmos superando as dicotomias entre os ciclos básico e clínico, estaremos aproximando e integrando o próprio ciclo clínico. Possivelmente no primeiro semestre de 2001, uma avaliação global do curso e do currículo, de forma integrada e abrangendo o internato, terá que ser realizada²⁶.

O processo de avaliação no novo currículo é parte integrante do processo de ensino-aprendizagem e ocorre como um processo contínuo. Ele proporciona o aperfeiçoamento contínuo do tutor e a tomada de decisões quanto à evolução e direcionamento necessários ao aluno e ao programa. Avalia-se o desempenho do professor/tutor quanto a atitudes e habilidades; o desempenho do aluno quanto a conhecimentos, atitudes e habilidades, utilizando-se instrumentos de avaliação formativa, como auto-avaliação, avaliação interpares, avaliação pelo tutor e teste progressivo. Existe ainda a avaliação somativa dos conhecimentos, atitudes e habilidades adquiridos⁸.

Considerando esses processos de mudança, o **sexto desafio** para o curso de Medicina de Londrina constitui-se na superação dos seguintes desafios:

a) Resistência às mudanças para a transformação

Esta resistência têm-se manifestado em intensidade e formas variáveis nas diferentes etapas do trabalho. Alguns docentes se dizem satisfeitos com o profissional formado pela escola e indagam o porquê das inovações; outros discordam da metodologia adotada; há os que não aceitam as novas funções decorrentes do novo currículo, e outros ainda que resistem alegando sobrecarga com as novas tarefas. Há ainda um número significativo de professores que procede como espectador, numa atitude aparente de acomodação.

Todas essas formas de expressar a resistência evidenciam, mais que tudo, a insegurança ante o novo papel do professor no processo ensino-aprendizagem e o medo da perda de poder na nova estrutura acadêmico-administrativa.

Muitas têm sido as estratégias adotadas para vencer esse desafio. A principal delas tem sido a construção coletiva do processo de mudança, que se traduz de várias maneiras: uma delas é a democratização das discussões e das decisões nas várias etapas do processo (desde a opção pelo modelo pedagógico até o planejamento e a implementação). Outra, o estímulo e a liberdade à participação dos docentes ainda não engajados no processo por meio de reuniões de sensibilização, oficinas de treinamento locais e cursos de capacitação nacionais e internacionais. Ouseja, a criação de amplas oportunidades para participar do processo de inovação, contribuindo criativamente para a construção de alternativas. Na mesma linha, o convite para participação nas diversas comissões de trabalho; a ampla divulgação dos resultados parciais para toda a comunidade acadêmica utilizando variadas formas de comunicação; a valorização individual independente dos diferentes pontos de vista e a possibilidade de diálogo para discussão de pontos polêmicos e de dúvidas dos docentes.

b) Desvalorização do ensino médico na graduação

Outro aspecto, mais freqüente entre os docentes do ciclo básico, é a desvalorização do ensino na graduação como prática acadêmica. Ele é geralmente visto como uma tarefa menos importante porque o sistema de incentivo na Universidade recompensa principalmente a pesquisa. Como conseqüência, para institucionalizar os novos currículos e práticas pedagógicas, é preciso mudar não apenas os valores educacionais da Universidade, mas também o sistema de estímulos à pesquisa. Ou seja, é preciso sincronizar estas áreas, valorizando a articulação das atividades pedagógicas e de investigação²⁵. Isto, de certa forma, vem avançando na UEL, a exemplo da aprovação do regulamento interno de gerenciamento do currículo do curso de Medicina²⁷.

c) Formação e capacitação docente insuficientes

Desde 1996, o curso de Medicina vem utilizando estratégias de sensibilização e instrumentalização do corpo docente em relação às novas metodologias pedagógicas. Isso vem sendo feito por meio de oficinas de trabalho sobre novas metodologias de ensino-aprendizagem e análise do processo de avaliação. A partir de 1997, o Colegiado do Curso de Medicina criou a Comissão de Treinamento para o Novo Currículo, que possibilita a execução sistemática desse trabalho.

Considera-se que o elemento-chave para o sucesso de toda mudança curricular inovadora é o investimento contínuo em programas de capacitação docente em vários níveis, dando oportunidade para que todos os docentes se tornem aptos a desempenhar seu novo papel como educadores¹⁹.

As novas propostas de trabalho acadêmico implicam mudanças profundas de atitudes dos professores, que envolvem muitas outras dimensões além da pedagógica, e tudo isso tem que ser constantemente trabalhado ao longo do tempo³¹.

d) Deficiente integração dos cenários de saúde e aprendizagem

No curso de Medicina, a diversificação dos cenários de aprendizagem é considerada importante desde os primeiros anos do curso, por isso existe um módulo anual, com atividades semanais, de "Interação Ensino, Serviços, Comunidade", que oferece de forma ideal o espaço para a prática dos estudantes²³. São consideradas pertinentes e integradoras com os serviços as atividades nas Unidades Básicas de Saúde, no Programa Médico de Família, no Programa de Internação Domiciliar e nos Hospitais Estaduais para internações de baixa complexidade³.

O novo currículo permite que, nas quatro primeiras séries do curso, estas experiências integradoras também ocorram nos módulos de disciplinas eletivas (desenvolvidas em cenários diferentes), nos espaços reservados ao ensino de habilidades e de forma especial nos vários módulos cujos problemas permitam a discussão e a busca de respostas junto aos serviços e à comunidade. Ao entrar no Internato Médico, vivenciando experiências no nível terciário, o aluno já terá sólida formação para o atendimento dos problemas mais comuns na população e um conhecimento real do sistema de saúde vigente²⁴.

e) Avaliação mais formativa e compreensiva

Estamos trabalhando na implementação de um sistema de avaliação que seja contínuo, sistemático e integral, que acompanhe os diferentes aspectos da situação educacional. Inclui-se aí o rendimento dos alunos nas três áreas (cognitiva, afetiva e psicomotora), a atuação docente, a eficácia do método de ensino-aprendizagem, a adequação do programa e do currículo¹. Pretende-se também que esse processo de avaliação forneça informações úteis para a tomada de decisões em relação à própria implementação dos novos currículos (retroalimentação)³⁰.

Essa não tem sido uma tarefa simples. No entanto, alguns avanços já foram obtidos, como a implantação da auto-avaliação dos alunos e inter pares, além de avaliação do professor pelos alunos de forma sistemática.

Um dos grandes obstáculos tem sido a visão arraigada da ação avaliativa apenas como uma prática para atribuição de graus classificatórios. Um outro é a dificuldade na definição de indicadores que permitam o acompanhamento individualizado do desenvolvimento do aluno para garantir a aquisição das competências profissionais e dos valores sociais⁶. f) Desenho curricular na aprendizagem baseada em problemas

O desenho curricular é um problema importante e deve ter coerência desde o início até o fim. As atividades, programas e planejamento devem ser conseqüentes. Os princípios gerais são a construção de modelos integradores; conhecimento e uso das disciplinas como áreas de conhecimento e de forma integrada, promovendo a necessidade de os estudantes entenderem os conceitos e mecanismos, e não simplesmente "passar" o máximo de conteúdos sem critérios de prioridade^{20,22,32}.

Deve-se desenvolver o programa de habilidades com o maior grau de especificidade por parte dos docentes envolvidos, mas sendo também integrado aos módulos, estudando e incorporando as novas pesquisas e experiências no mundo¹³.

AS TRANSFORMAÇÕES DO ENSINO MÉDICO EM LONDRINA PARA O PRÓXIMO MILÊNIO

O processo de implantação do novo curso de Medicina e as profundas mudanças curriculares que vêm ocorrendo são experiências que respeitaram as opções dos docentes de cada área. Até o momento, não existe certeza de acerto nas opções realizadas, mas consegue-se afirmar, hoje, que as mudanças são pertinentes e respondem a demandas fundamentadas em diagnósticos anteriores de falências do curso. De alguma forma, o ritmo de implantação do curso reflete o clima de respeito que os organismos e instituições que apóiam as mudanças conseguiram manter frente ao processo¹⁶.

Nesta perspectiva, está-se implantando uma mudança organizacional necessária à consolidação do novo currículo de Medicina, que está baseada no gerenciamento matricial, procurando favorecer as inovações e produzir a máxima flexibilidade²⁷.

O gerenciamento matricial parece ser uma solução interessante para a Medicina, pois combina níveis razoáveis de autonomia e liberdade acadêmica com a missão central do curso. Trata-se da combinação de um sistema hierárquico, responsável pela monitoração, financiamento e implementação do gerenciamento didático-pedagógico, com a organização dos módulos e sua execução. Uma estrutura matricial é a mais apropriada quando um curso está envolvido com muitas ações, de diferentes proporções e sobrepondo tabelas cronológicas, o que torna virtualmente impossível organizar os módulos temáticos dentro de uma estrutura hierárquica. Essa alternativa de gerenciamento tem contribuído também para um maior equilíbrio entre os docentes envolvidos com as mudanças curriculares e as lideranças departamentais⁹.

As alterações curriculares no curso de Medicina têm gerado reflexos positivos nos outros cursos do CCS e da UEL. Já existem propostas concretas de mudanças no curso de fisioterapia, além do curso de enfermagem, que vem num processo bastante avançado de um currículo integrado a ser implantado no ano 2000²¹.

Em relação à Universidade como um todo, o que se pode observar no plano de trabalho dos novos gestores da UEL no período 1998-2002 é a inclusão de alguns princípios fundamentais dos novos modelos de gestão universitária. Neste sentido, os termos de autonomia universitária celebrados com o governo do Estado do Paraná para o ano de 1999 levaram a administração da Universidade a adotar novos critérios para determinação do índice de contratação de carga horária docente dos Departamentos, contemplando, nas atividades a serem computadas para determinação da carga horária didática, as atividades de aprendizagem baseada em problemas²⁸.

Na área acadêmica, entre as diretrizes gerais para o desenvolvimento acadêmico estabelecidas no Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), foi incluída a articulação do ensino com as necessidades sociais locais e regionais. De forma específica para a área de graduação, foram apontadas como importantes: proporcionar o ensino público, gratuito e de qualidade, com a excelência técnica associada à relevância social das atividades universitárias; promover a indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa, a extensão e a prestação de serviços, bem como a integração entre as ações acadêmicas e administrativas; articular o ensino com as necessidades sociais e regionais e com o setor produtivo; promover a interdisciplinaridade e a integração curricular; preparar alunos orientados para um desempenho profissional competente, socialmente solidário e ético²⁹.

Permanece como um desafio encontrar canais efetivos de participação dos serviços e da comunidade na formação dos profissionais de saúde. A contribuição real da academia para o desenvolvimento da qualidade nos serviços de saúde e o fortalecimento das organizações comunitárias também são outro desafio. Respostas a estas questões estão contidas no contexto das mudanças curriculares descritas. Considera-se que estas propostas são as possíveis para o momento atual – afinal, o processo é de construção³.

O que se observa no curso de Medicina na década de 90 é a retomada de reflexões teórico-conceituais e políticas em torno da educação médica e iniciativas de participação nas entidades nacionais e nos movimentos internacionais relacionados a este campo. Ou seja, as perspectivas são de consolidação das reformas e de seu aprofundamento. O que não significa, de nenhum modo, ausência de conflitos e de novos desafios.

DEDICATÓRIA

Gostaria de dedicar este prêmio à memória da Prof^a. Ana Misako Yendo Ito, grande responsável pela construção das amplas reformas curriculares em curso no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, em particular no curso de Medicina. Ela foi uma educadora sempre comprometida com a educação médica dentro de uma visão social transformadora, que procurou valorizar e nos estimular a perseguir a aproximação com os serviços de saúde e a comunidade, ajudando a enfrentar e a superar as naturais resistências a processos de mudanças desta natureza.

A Aninha gostava de expressar seu afeto pelas pessoas e sua alegria de viver e trabalhar por meio de poemas, dos quais não fazia segredo, embora nunca os tenha publicado. Um deles se chamava "Nunca te amei", escrito em 13 de abril de 1996:

Só agora percebi
 Velho, morri (professor)
 Nas línguas dos clássicos
 Aprendi
 Desaprendi
 Dos dramas esqueci
 Até lembrar
 Amargurado
 Quantos anos vivi
 No fracasso
 Até me refletir (no aluno)
 Até reaprender
 Dodrama vivido
 Nos clássicos aprendidos
 E de novo vivo
 (Renasci).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABREU, M. C. & MASETTO, M. T. O professor universitário em aula. 8.ed. São Paulo: Mg ed. Associados; 1990. p.130.
2. ALMEIDA, M. J. Mudanças na educação em saúde: limites e possibilidades. Tese (Doutorado), USP - São Paulo, 1997.
3. BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação. Brasília, 1996. In: ARNALDO, Nisker. LDB a nova lei da educação. São Paulo: Consultor, 1997.
4. CAMPOS, F. E. & BADUY, R. S. Programa de saúde da Família: Oportunidade para a transformação da Educação dos Profissionais de Saúde. Olho Mágico, n 16, v. 4, p. 4-5, abr/maio/jun. 1998.
5. CHAVES, M. & ROSA, A. R. Educação Médica nas Américas: o desafio dos anos 90. São Paulo: Cortez, 1990.
6. CHAVES, M. Educação das profissões de saúde: perspectivas para o século XXI. Revista Bras. Educ. Méd., R.J., 20(1), 21-27, jan./abr., 1996.
7. CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Relatório Geral - 1991-1997.
8. COLEGIADO DO CURSO DE MEDICINA. O novo currículo do curso de medicina da Universidade Estadual de Londrina. www.uel.br/uel/medicina, 1998.
9. COLEGIADO DO CURSO DE MEDICINA. Manual do coordenador de módulo. UEL., Londrina: 1999. 26p.
10. COUNCIL, G. M. Recommendations on Undergraduate Medical Education. Tomorrow's Doctors. Dec, 1993
11. FERREIRA, J. R. Ciências da Saúde – integração ou isolamento. Revista Bras. Educ. Méd., R.J., v.22, n.2/3, set/dez. 1998.
12. FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na Educação Médica & Residência Médica no Brasil. São Paulo: Hucitec/ Rede UNIDA, 1998.
13. HARDEN, R. M. & DAVIS, M. The Curriculum with Options or Special Study Modules. v.5. In: Medical Teacher, v.17 p. 125-148, 1995.
14. KISIL, M. & CHAVES, M. Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde. Battle Creek: Fundação W. K. Kellogg, 1994.
15. LIMA, E. A trajetória do curso de medicina - 29 anos de ensino médico em Londrina. ANAIS do 1º Seminário de Avaliação do Curso de Medicina da UEL - sistema seriado, 1996.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria de Políticas de Saúde (Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS). Proposta de Incentivo a reorientação do ensino superior em saúde. Brasília, 1999. 12p.
17. NOVAES, H. M. Observações sobre Escolas Médicas nos EUA: Contribuição ao Ensino Médico no Brasil. UEL, Londrina: 1971. 69p.
18. PAIM, J. S. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. AdSaúde - Série Temática. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994. (AdSaúde – Série Temática).
19. PAVIANI, J. A problematização como recurso pedagógico. In: PAVIANI, J. Problemas de Filosofia da Educação. Petrópolis: Vozes, 1988, p. 79 –89.
20. PIANCASTELLI, C. H. Currículo Nuclear, Qualidade e Terminalidade: um desafio do ensino médico. ANAIS do 1º Seminário de Avaliação do Curso de Medicina da UEL - sistema seriado, 1996.
21. REDE UNIDA – Contribuição para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área de saúde. Olho Mágico, n.16, v.4, p.11-35, , abr/maio/jun. 1998.
22. SANTOMÉ, J. T. Globalização e Interdisciplinaridade: o currículo integrado. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

23. SOARES, D. A. *et al.* Desenvolvimento da Parceria e da Mudança Institucional no Contexto do PROUNI-LD (1991-97): Uma Sistematização Inicial. UEL, Londrina: 1997. 14p.
24. SOBRAL, D. T. Desafios e perspectivas da reestruturação curricular. Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), v. 25, n. 4, nov./dez. 1997.
25. TANCREDI, F. B. Institucionalização e sustentabilidade: desafios permanentes dos UNI. Divulgação em Saúde Para Debate, n. 11 set. 1995.
26. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Resolução do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão N° 86. Estabelece a organização curricular da 1ª à 4ª séries do curso de graduação em Medicina a ser implantada a partir de 98, 1997.
27. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Resolução do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão N° 29. Aprova o Regulamento Interno de Gerenciamento do Currículo do Curso de Medicina, em implantação gradativa a partir de 98, 1999.
28. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Resolução do Conselho de Administração N° 90. Estabelece critérios para determinação do índice de contratação de carga horária docente, dos Departamentos, 1999.
29. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Plano de Desenvolvimento Institucional Gestão 1998-2002.
30. VALENTE, S. M. P. Avaliação: Calcanhar de aquiles do processo pedagógico. Olho Mágico. v. 1, n. 3. p. 4-5, fev. 1995.
31. VENTURELLI, J. Educación Médica: nuevos enfoques, metas y métodos. Washington : ots, 1997. p.295. (série Paltey Galud y Sociedad 2000, nº 5).
32. VENTURELLI, J. Proposta de Formação Docente: alguns aspectos chaves para um programa de capacitação docente no curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina, 1999. 11p.

Endereço dos autores:

Rua Robert Koch, 60

86038-440 – Londrina – PR

Tel.: (02143) 371-2395 – Fax: (02143) 337-5100

E-mail: jocampos@sercomtel.com.br