

Mudanças Curriculares: Principais Dificuldades na Implementação do PROMED

Curricular Changes: Difficulties in the Implementation of PROMED

Claudia Regina Lindgren Alves¹
Soraya Almeida Belisário¹
José Maurício Carvalho Lemos¹
Daisy Maria Xavier de Abreu¹
Luciana de Souza D'Ávila¹
Lucia Maria Horta Figueiredo Goulart¹

PALAVRAS-CHAVE:

- Educação Médica;
- Currículo;
- Mudança Curricular.

KEYWORDS:

- Medical Education;
- Curriculum;
- Curricular Change.

RESUMO

O estudo tem como objetivo discutir as dificuldades enfrentadas pelas escolas médicas para implementação de mudanças curriculares no contexto do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas de Medicina – PROMED. Foram realizados entrevistas com dirigentes dos cursos de medicina e com gestores locais do SUS, além de grupos focais com alunos e professores. Os principais fatores dificultadores observados dizem respeito aos docentes, estudantes, instituição de ensino, serviços/gestão do SUS e às condições expressas no Edital PROMED. Em relação aos docentes, observou-se resistência às mudanças propostas, capacitação pedagógica insuficiente e desconhecimento do Projeto Pedagógico de sua instituição. Entre os estudantes, os principais entraves relacionam-se à prática em cenários da Atenção Primária e restrições à formação de médicos com perfil generalista. A inadequação das condições das Unidades Básicas de Saúde como cenário de ensino foi a principal dificuldade relativa aos serviços/gestão. O estudo mostra a diversidade e complexidade dos obstáculos enfrentados pelas escolas médicas para implementar seus projetos de mudança curricular, sendo necessário esforço conjunto de atores e instituições envolvidos para a efetivação das propostas de mudança.

ABSTRACT

This study aims to discuss the difficulties faced by medical schools in the implementation of curricular changes, within the context of the Incentive Program for Curricular Changes for Medical Schools — PROMED. Interviews were conducted with heads of medicine courses and local SUS managers, as well as focus groups with students and teachers. The main limiting factors are related to teachers, students, educational institutions, SUS services/management and the conditions established in the PROMED Rules. Regarding the teachers, there was resistance to the proposed changes, insufficient teacher training and lack of knowledge about the Pedagogical Project of their own institution. Among students, the main barriers were related to practice in Primary Health Care settings and to restrictions regarding the training of physicians of a generalist profile. The conditions inadequacy of the Basic Health Units, as a teaching scenario, was the main difficulty related to services/management. The study shows the diversity and complexity of the obstacles faced by medical schools in implementing their projects for curricular change. This requires joint efforts of actors and institutions involved in the realization of the proposed change.

Recebido em: 26/09/2012

Aprovado em: 26/02/2013

INTRODUÇÃO

No Brasil, nas últimas décadas, tem-se observado inúmeros movimentos de mudança curricular nas escolas médicas. Esses movimentos surgem no bojo de transformações sociais e do setor da saúde e buscam adequações no perfil do profissional formado, de modo a responder às demandas de uma nova realidade que se impõe¹.

Nessa nova realidade, a mudança na pirâmide populacional, com aumento da população idosa, a transição nutricional e o aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas, entre outros, são, de um lado, alguns dos desafios que o sistema público de saúde precisa enfrentar com a adequada atuação de seus profissionais².

Por outro, a reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, tendo a Atenção Primária à Saúde como base do modelo assistencial no Brasil, contrapõe a lógica da atenção hospitalocêntrica, com foco na doença e que tem como correspondente o modelo flexneriano na formação do profissional médico^{3,4}.

Nesse contexto de transformação e na sequência de movimentos que o antecederam, com a promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN) em 2001, o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas de Medicina (PROMED) foi a primeira iniciativa conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação com o propósito de estimular mudanças nos cursos médicos visando a adequar a formação profissional às necessidades do SUS^{1,5}. O PROMED, cujo lema era “Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde”, teve início em 2002, com a participação efetiva de 19 escolas⁶.

Para as escolas, o PROMED propôs três eixos para orientar as mudanças curriculares: orientação teórica, abordagem pedagógica e cenário de prática. O eixo “orientação teórica” abrangia a produção de conhecimentos voltada para as necessidades do SUS, bem como a pós-graduação e educação permanente organizadas e oferecidas em estreita articulação com os gestores da saúde. O eixo “abordagem pedagógica” enfatizava a implantação de metodologias ativas e centradas no estudante e a integração entre o ciclo básico e o ciclo profissional. O eixo “cenário de prática” referia-se à diversificação de cenários de ensino e abertura dos serviços universitários às necessidades do SUS.

O PROMED subsidiou as escolas selecionadas para a implantação de seus projetos de mudanças, com o objetivo de reorientar os produtos da escola médica – profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados – com ênfase no novo modelo de atenção à saúde do país e com foco especial na Atenção Primária⁵.

Quando o PROMED teve início, todas as 19 escolas contempladas pelo Programa já estavam em processo de mudança, uma vez que vinham buscando adequar seus cursos às Diretrizes e/ou dando continuidade a projetos anteriores⁷.

Na transição das propostas do PROMED para a efetiva prática educacional – o cotidiano da formação médica – as escolas se depararam com inúmeras dificuldades, corroborando a afirmação de Fullan (p. 65)⁸: “*educational change is technically simple and socially complex*”. O autor acrescenta ainda que, por trás da racionalidade aparente das instituições, elas são compostas por pessoas reais – estudantes, professores, funcionários e dirigentes – para as quais os significados das mudanças educacionais são diversos, o que as torna aliadas ou resistentes no desenrolar desses processos, de acordo com suas percepções. Outras categorias de obstáculos às mudanças educacionais são as de ordem financeira, administrativa, infraestrutural e política, que acabam por dificultar, ou mesmo impedir, a concretização das mudanças.

Conhecer os fatores dificultadores no desenvolvimento de mudanças educacionais é de fundamental importância no manejo dos processos no sentido de possibilitar a formulação de estratégias que minimizem os possíveis obstáculos, tendo em vista a necessidade de uma educação médica que possa responder aos novos desafios das sociedades atuais. Para isso, conforme destaca Rosado Pinto⁹, deve-se priorizar a formação dos docentes para a utilização de respostas pedagógicas diversificadas e flexíveis, sendo importante o papel dos departamentos de educação como instrumento de apoio à mudança.

Assim, este trabalho tem como objetivo estudar as dificuldades enfrentadas pelas escolas médicas participantes do PROMED na implantação de mudanças em seus currículos.

MÉTODO

Este é um estudo qualitativo, que tomou como tema as mudanças curriculares ocorridas nas 19 escolas médicas que participaram do PROMED, com foco nas dificuldades enfrentadas por elas.

A coleta de dados ocorreu por ocasião de visita dos pesquisadores às escolas nos anos de 2008-2009. Em cada uma das 19 escolas visitadas, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dirigentes dos cursos de medicina e com gestores locais do SUS, além de grupos focais com alunos e com professores, contando em média com dez participantes por grupo. Assim, as informações para esta pesquisa foram coletadas em 38 grupos focais e em 38 entrevistas, envolvendo aproximadamente um total de 400 informantes.

Para as entrevistas e grupos focais, foi utilizado roteiro que contemplava características do currículo, aspectos da tra-

jetória das mudanças curriculares e dificuldades enfrentadas para implantação dessas mudanças, com base no Termo de Referência do PROMED⁵. Os depoimentos foram gravados, transcritos e submetidos à análise de conteúdo, com seleção de categorias que informam sobre as questões de interesse.

A primeira etapa, de pré-análise, consistiu na reunião de todo o material empírico, leitura flutuante desse mesmo material e exploração exaustiva do conteúdo das transcrições. Na segunda etapa, procedeu-se à identificação de categorias e codificação, buscando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Na terceira etapa, foi realizada a análise final, com o tratamento e interpretação dos resultados obtidos. A triangulação entre os pesquisadores foi realizada durante todo o processo de coleta de dados e análise.

Para este estudo, foi privilegiada a categoria “fatores dificultadores”, tomando as demais como fatores explicativos e de contexto. Os fatores dificultadores foram agrupados em cinco subcategorias: 1) dificuldades relacionadas aos docentes; 2) dificuldades relacionadas aos estudantes; 3) dificuldades relacionadas à instituição de ensino; 4) dificuldades relacionadas aos serviços/gestão do SUS; e 5) dificuldades relacionadas às condições expressas no Edital PROMED¹⁰.

Todas as instituições envolvidas concordaram em participar do estudo e todos os participantes de grupos focais e entrevistas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (Processo COEP ETIC 144/7) e é parte integrante do Projeto de Pesquisa de Avaliação Exploratória da Gestão da Educação na Saúde, desenvolvido no Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, tendo sido financiada pelo Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Entre as 19 escolas médicas estudadas, 16 pertenciam a instituições públicas federais ou estaduais, sendo a maioria localizada na Região Sudeste. Sete escolas estavam situadas em municípios com menos de 500.000 habitantes; as demais se localizavam em municípios maiores, sendo cinco em municípios com população superior a 1.500.000 habitantes.

Mais da metade se tratava de escola de grande porte, com oferta anual de mais de 100 vagas. Também a maioria (79%) havia sido criada antes dos anos 1970, eram escolas tradicionais e contavam com mais de 30 anos de funcionamento por ocasião da sua participação no PROMED. Somente duas escolas não ofereciam curso de pós-graduação, sendo que 12 ofereciam mestrado e doutorado. Em mais de dois terços havia residência em Saúde da Família.

A Tabela 1 apresenta as principais características das escolas estudadas, por ocasião da sua participação no PROMED.

TABELA 1
Principais características das escolas médicas participantes do PROMED (n = 19)*

Características	n	%
Localização		
Região Norte	01	5,2
Região Nordeste	03	15,8
Região Sudeste	10	52,6
Região Sul	04	20,2
Região Centro-Oeste	01	5,2
Categoria administrativa		
Federal	10	52,6
Estadual	06	31,6
Confessional/Privada	03	15,8
Período de criação		
Antes de 1970	15	79,0
1970-1990	03	15,8
Após 1990	01	5,2
Número de vagas oferecidas anualmente		
Menos de 50 vagas	02	10,5
50 a 100 vagas	06	31,6
Mais de 100 vagas	11	57,9
Número de professores		
Menos de 100	02	10,5
Entre 100 e 200	07	36,9
Mais de 200	09	47,4
Sem informação	01	5,2
Oferta de pós-graduação		
Especialização	02	10,5
Mestrado	03	15,8
Mestrado e Doutorado	07	36,9
Especialização, Mestrado e Doutorado	05	26,3
Não oferece pós-graduação	02	10,5
Oferta de Residência em Saúde da Família		
Sim	13	68,4
Não	06	31,6

*Refere-se a características por ocasião da participação no PROMED

As dificuldades relacionadas aos docentes foram as mais frequentes. Em todas as instituições pesquisadas foi possível identificar essa subcategoria.

Resistência às mudanças curriculares de uma maneira geral por parte do corpo docente foi informada nos depoimentos em 14 das 19 escolas (73,7%):

“[...] tem uma parte também da comunidade acadêmica que acha correto o ensino fragmentado, que acha que essa é uma escola muito boa desse jeito, que não deve mudar, que, bem ou mal, forma bem seus alunos, que são bons profissionais e que não há razão para mudar.”

O conflito entre a formação tradicional de docentes e a necessidade de assumir um novo papel em um novo modelo de currículo foi apontado como um dos motivos dessa resistência.

“Eram professores catedráticos que falavam: ‘não, eu ensino medicina assim há 50 anos. Eu aprendi medicina assim, meu pai aprendeu medicina assim. Quem falou que precisa mudar?’...”

“E esse é o entrave: como que você vai formar um aluno num modelo diferente, se você tem docentes formados no modelo tradicional? Esse é o problema que a gente tem que tentar caminhar e solucionar.”

Nas demais escolas, foram referidas formas mais específicas de resistência por parte dos docentes – resistência às mudanças no internato e/ou resistência às atividades em cenários do Sistema Único de Saúde (SUS), entre outras.

O segundo tipo mais frequente de dificuldades por parte dos docentes foi relacionado à adoção de métodos ativos de aprendizagem e avaliação, evidenciado em dez escolas. A insuficiente capacitação pedagógica para utilização desses métodos e/ou o desconhecimento sobre o Projeto Pedagógico da instituição apareceu nos depoimentos em nove escolas (47,4%):

“[...] a gente não foi preparado para ser docente, a gente virou docente...”

Também em nove escolas as questões trabalhistas, contratuais e salariais foram apontadas como fatores dificultadores para as mudanças curriculares. A baixa remuneração, a presença de duplo vínculo trabalhista, a instabilidade contratual, a ausência de complementação salarial para professores que atuam na rede básica de saúde foram alguns desses problemas, sintetizados como “baixa valorização das atividades docentes”. Nessa categoria, foram também identificadas questões administrativas ligadas ao trabalho docente, como o número insuficiente de professores e aposentadorias sem contratação de novos profissionais:

“Os professores vão se aposentando, a Universidade não contrata, os professores contratados têm baixa remuneração, não há incentivo porque ele sabe que em um ano, no máximo dois, ele está fora desse processo de educação. Ele também não tem motivação para crescer dentro de qualquer modelo que você pregar.”

Em oito escolas, foram mencionadas questões relacionadas à ênfase na formação de médicos especialistas. Nelas, as especialidades são prioridade e/ou há resistência por parte dos professores especialistas em relação ao modelo de formação de médico generalista:

“Mudar o currículo é mais simples do que mudar o professor. Até porque eles foram formados como especialistas. Então eles aceitam as mudanças que estão acontecendo agora é uma dificuldade.”

Dificuldades e resistência por parte dos docentes para o desenvolvimento de atividades nos cenários do SUS, especialmente na rede de Atenção Primária, foram evidenciadas em sete escolas. Restrições ideológicas a esses cenários, referidos como inadequados para formação médica, a pouca valorização dessas atividades por parte das próprias instituições formadoras e dificuldades para conseguir professores com perfil apropriado para a prática na rede de Atenção Primária foram algumas das explicações que emergiram nos grupos focais.

A falta de consenso entre os docentes sobre as propostas de mudança curricular e/ou sobre o desenvolvimento do projeto adotado foi referida em sete escolas. Também em sete escolas foram relatadas dificuldades dos docentes para viabilizar a integração horizontal e/ou vertical proposta nos projetos de mudança curricular.

Um dos entraves ao processo de mudança curricular, evidenciado em três escolas, foi a sobrecarga de trabalho, já que eram poucos os docentes envolvidos nesse tipo de trabalho. O Gráfico 1 sintetiza as principais dificuldades relacionadas ao corpo docente.

As dificuldades relacionadas aos estudantes foram em menor número e frequência em comparação às anteriores. Em nove escolas, não foram evidenciadas quaisquer dificuldades nessa subcategoria.

No entanto, entre os estudantes, o principal entrave às mudanças dizia respeito à prática em cenários da Atenção Primária à Saúde, evidenciado como algum tipo de resistência e/ou restrições ao SUS em cinco escolas, sendo quatro instituições públicas.

“Mas, de um modo geral, eles (os estudantes) tinham certa dificuldade de entender: ‘Por que eu tenho que sair do hospital e ir para a comunidade?’ [...] Tinha um certo temor.”

Ainda relacionados à prática na Atenção Primária, foram relatadas como fatores dificultadores as diferenças socioculturais entre estudantes e a população assistida, a falta de preparo para a prática nas UBS e problemas de ordem emocional de-

sencadeados pela exposição “precoce” aos problemas oriundos da prática nesses cenários foram relatados como fatores dificultadores (Gráfico 2).

Restrições à formação de médicos com perfil generalista proposto pelo projeto e preconceito contra as mudanças curriculares por parte de estudantes e seus familiares foram outros dos problemas evidenciados em três escolas.

Outras dificuldades para a implantação das mudanças relacionadas aos estudantes foram mencionadas com menor frequência: a excessiva valorização do currículo alternativo

(especialmente plantões por conta própria em outras instituições) e dos cursos extracurriculares para preparação para a residência, em detrimento das atividades propostas no currículo oficial; resistência aos métodos ativos de aprendizagem; falta de consenso sobre as demandas dos próprios estudantes em relação ao currículo; e pouco contato com médicos generalistas, uma vez que a maioria do corpo docente é constituída por especialistas.

No grupo das dificuldades relacionadas à instituição de ensino, aquelas originadas no processo de gestão das mudan-

GRÁFICO 1

Principais dificuldades relacionadas aos docentes para implantação das mudanças curriculares nas escolas participantes do PROMED (n = 19).

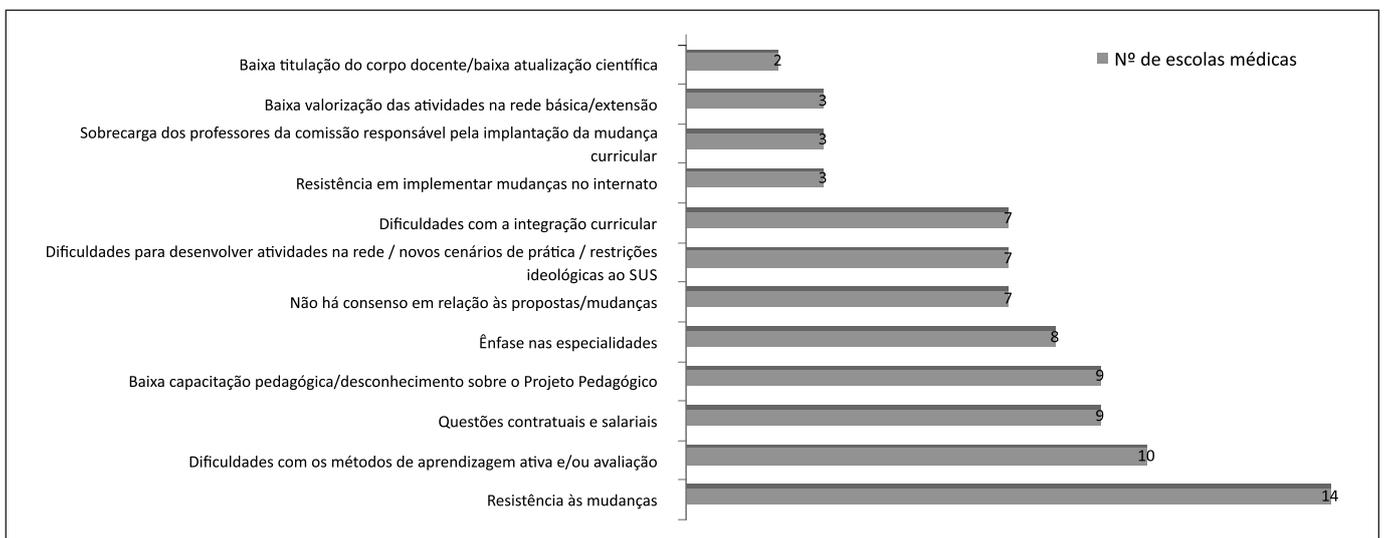
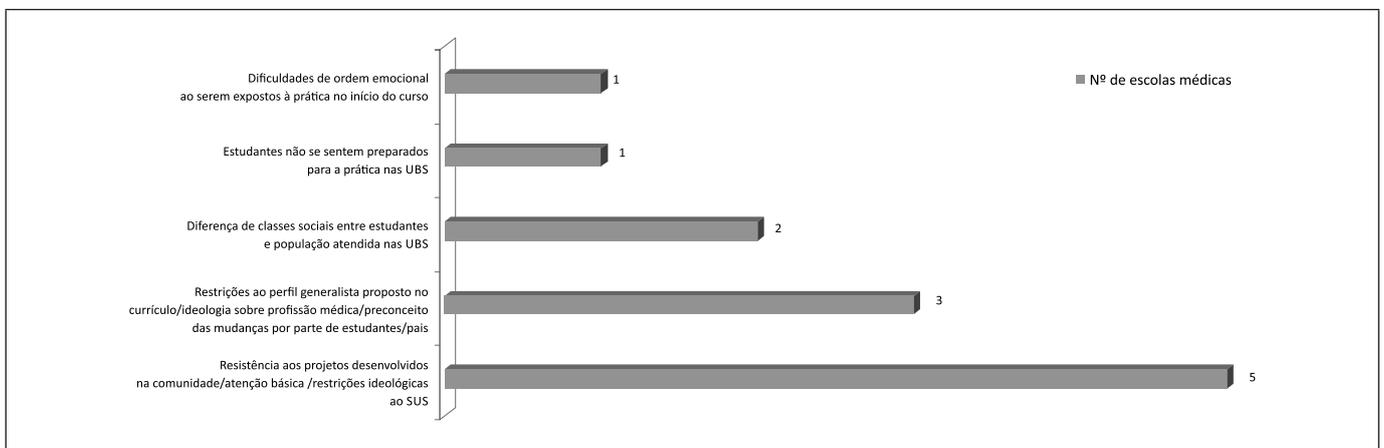


GRÁFICO 2

Principais dificuldades relacionadas aos estudantes para implantação das mudanças curriculares nas escolas participantes do PROMED (n = 19).



ças curriculares foram as mais citadas nas entrevistas/grupos focais. Em cinco escolas, a escassa participação de professores e alunos nesse processo foi mencionada como fator dificultador.

“Nós tivemos vários projetos de mudanças, que, no papel, eles sempre foram muito interessantes, mas na hora de colocar em prática sempre entrou muito jogo político aqui dentro, de poder. Aí, nesse momento, a mudança não era realizada da maneira como ela foi proposta.”

A inadequação da estrutura física, de recursos materiais e de pessoal de apoio foi problema para oito escolas, situando-se em segundo lugar na ordem de frequência entre as dificuldades institucionais. Em sete escolas, foram evidenciadas como dificuldades a fragmentação imposta pela estrutura departamental bem como a falta de consenso entre os departamentos:

“Como a instituição é formada por departamentos e para o departamento conseguir docentes depende de carga horária, tem que cumprir a sua carga horária para ter uma moeda de troca junto à reitoria para a contratação de docentes[...] Então ninguém abre mão de ter muitas horas para ensinar alguma coisa[...] E aí fica, às vezes, difícil de você tentar fazer uma integração se a lógica da universidade é outra.”

Outras dificuldades institucionais foram: características conservadoras e a cultura tradicional (três escolas públicas); gestão da carga horária dos professores; relação conflituosa com o hospital universitário; crise dos hospitais universitá-

rios; e o currículo de transição com a coexistência de dois diferentes modelos curriculares.

O Gráfico 3 apresenta as principais dificuldades para implantação das mudanças curriculares nas 19 escolas estudadas, relacionadas às instituições de ensino.

Entre as dificuldades relacionadas aos serviços/gestão do SUS, a mais frequente foi a inadequação das condições das UBS para o ensino.

“Então, turmas de dez estudantes, mais o profissional e, muitas vezes, mais o professor, não cabia dentro do consultório. Criava um constrangimento para o profissional e para o usuário ser atendido diante daquele número de pessoas.”

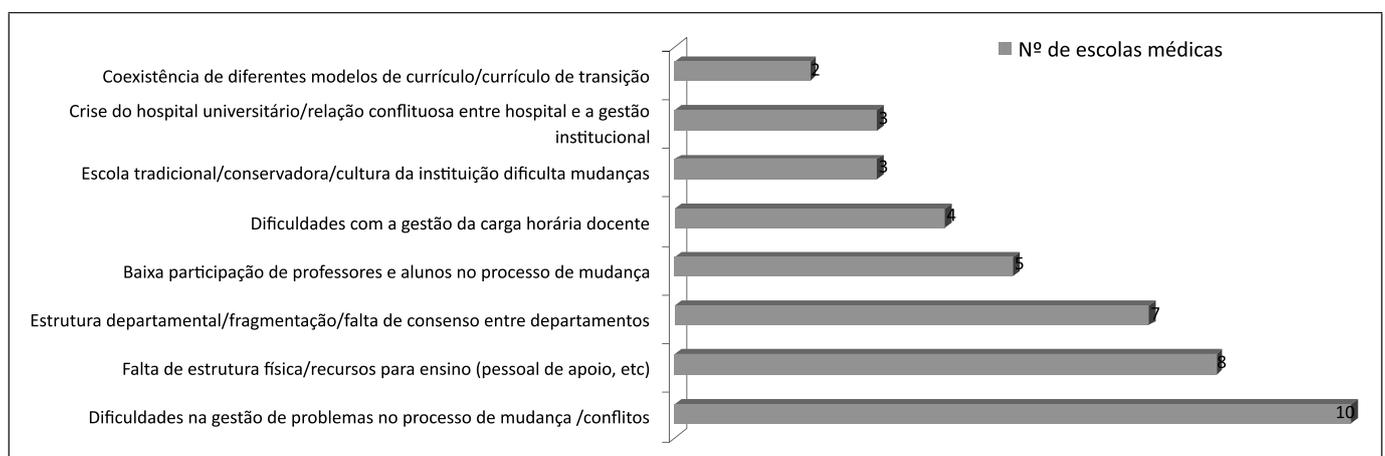
Seguiram-se as dificuldades de integração com a gestão do SUS e aquelas geradas no esforço de captação e preparo de profissionais/equipe para exercerem a preceptoria dos estudantes. Essas dificuldades são potencializadas em razão de questões políticas da gestão municipal:

“A relação com o município, eu acho, que está sempre sujeita a altos e baixos. Depende muito do secretário municipal... Eu acho que isso a gente está sempre na corda bamba.”

A resistência dos profissionais do serviço à presença dos estudantes foi evidenciada em seis escolas, configurando-se como um dos obstáculos à prática em cenários da Atenção Primária. Aliam-se a essas, a rotatividade da gestão por questões políticas, e o desafio da gestão da demanda nos serviços em

GRÁFICO 3

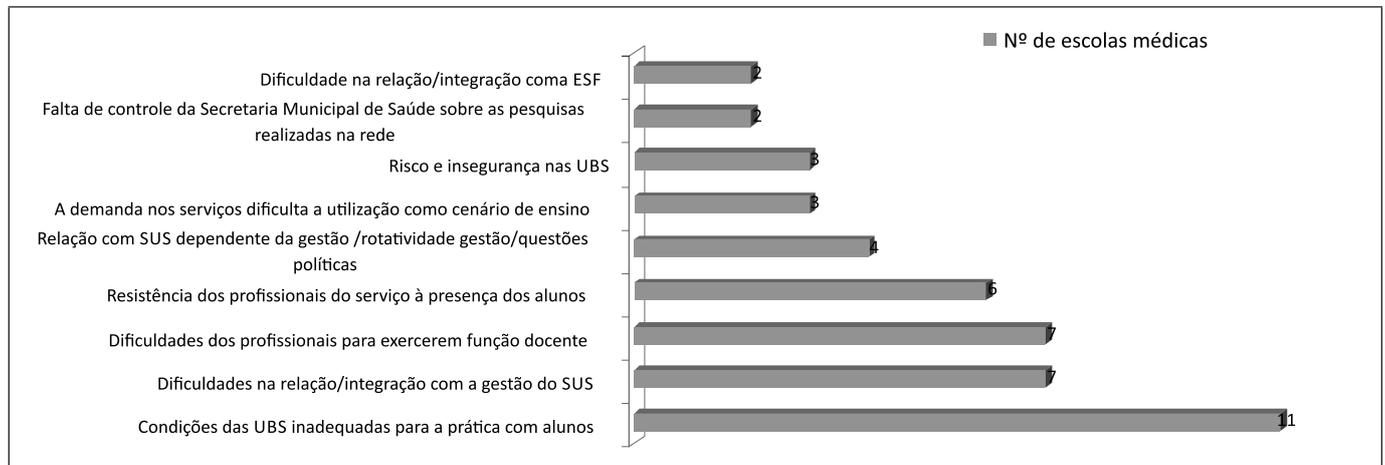
Principais dificuldades relacionadas à instituição de ensino para implantação das mudanças curriculares nas escolas participantes do PROMED (n = 19).



* Categorias não excludentes

GRÁFICO 4

Principais dificuldades relacionadas aos serviços e gestão do SUS para implantação das mudanças curriculares nas escolas participantes do PROMED (n = 19).



* Categorias não excludentes

que atuam os estudantes. A ausência de compensações – financeira e de carga horária – para o trabalho dos profissionais do serviço na função de preceptor dos estudantes é outro aspecto dificultador das mudanças presente nos depoimentos em quatro escolas médicas. Questões relacionadas aos cenários de Atenção Primária foram a violência urbana – risco e insegurança nas UBS, dificuldades com transporte para estudantes e professores, dificuldades para a realização de pesquisas acadêmicas nesses cenários e disputa do cenário de ensino-aprendizagem com outras instituições formadoras. O Gráfico 4 resume essas dificuldades.

Algumas das condições expressas no Edital PROMED¹⁰ foram mencionadas como dificuldades em cinco escolas e foram todas referentes às regras/restrições de manejo dos recursos financeiros: dificuldades com o manejo do financiamento para remuneração de pessoas; atraso na liberação das parcelas do financiamento; rubricas insuficientes para adequação de estrutura física; e restrições para aquisição de materiais importados.

DISCUSSÃO

Este estudo partiu da premissa de que todas as instituições que participaram do PROMED apresentavam alguma afinidade com as propostas do programa. Além disso, todas as escolas já vinham desenvolvendo processos de mudanças em seus currículos, em consonância com as Diretrizes Curriculares, cuja implementação foi supostamente favorecida pelo incentivo do PROMED⁷.

Todavia, este estudo mostrou que o caminho percorrido pelas escolas na transição entre a imagem objetivo e a efetiva mudança curricular foi marcado por uma série de dificuldades, envolvendo diferentes atores e com diferentes repercussões nesse processo.

As dificuldades com as condições definidas no Edital do PROMED foram evidenciadas em apenas cinco instituições, sendo a subcategoria menos frequente nas entrevistas e grupos focais. Para participar do PROMED, as escolas deveriam apresentar proposta técnica para execução em três anos, gerando carta-acordo semestral, mediante comprovação de execução financeira no semestre anterior. Os projetos deveriam contemplar exclusivamente as despesas de custeio, não estando previstos outros tipos de despesas¹⁰. Houve atraso na liberação de diversas parcelas, dificultando o andamento do projeto em algumas instituições. Os limites relativos à remuneração de pessoas representaram obstáculos principalmente para escolas que dependiam de contratação de tutores (profissionais da rede de saúde que supervisionavam os estudantes) para viabilizar o ensino em cenários da atenção básica.

Pouco mais frequente do que as dificuldades com o PROMED, as dificuldades por parte dos estudantes tiveram como foco principal questões relativas à Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS e restrições ao perfil de formação generalista. Essa resistência pode estar relacionada à menor valorização do generalista, embora, pressupostamente, todas as instituições pesquisadas tivessem como objetivo a formação do médico generalista, conforme definido nas DCN.

Em um estudo sobre as atitudes de estudantes de medicina brasileiros quanto à especialidade Medicina de Família, Freeman et al.¹¹ identificaram a falta de conhecimento e compreensão sobre essa área médica, tanto por parte dos estudantes, como por parte dos pacientes, além da percepção de menor *status* em relação à cultura de especialidades.

Ao mesmo tempo, neste estudo, evidenciou-se o pouco contato entre estudantes e professores generalistas, uma vez que a maioria dos docentes é composta de especialistas. Por parte dos docentes, essas dificuldades são corroboradas quando mencionam que o ensino das especialidades é priorizado e representa focos de resistência às mudanças curriculares. Assim, cria-se um ciclo de resistência à formação generalista, uma vez que o ambiente de ensino e a atitude dos alunos é professor-dependente, ou seja, os professores são modelos de atuação profissional e sua conscientização sobre esse papel é requisito para a formação¹².

A concepção sobre o perfil generalista do profissional médico formado, nos moldes do artigo 3º das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina¹³, parece não ter sido ainda incorporada por uma grande parte de professores e estudantes.

O comprometimento dos docentes com a mudança educacional é fundamental para a efetividade de qualquer reforma, assim como a resistência dos docentes é considerada uma das principais barreiras^{14, 15, 16}. Neste estudo, chamam atenção os fatores que se relacionam ao corpo docente, não só pela frequência com que aparecem, mas também pelo tipo de dificuldade e os seus possíveis impactos no processo de mudança.

No estudo de Bowe et al.¹⁴, a resistência do corpo docente em relação às mudanças se mostrou um importante fator dificultador para a reforma. Essa resistência está, em grande parte, ligada aos paradigmas presentes em muitas escolas médicas, tais como a necessidade de transmissão formal de conhecimentos para a aprendizagem; a impossibilidade de se avaliar as atitudes dos estudantes; a desvalorização da excelência pedagógica em relação às responsabilidades clínicas e de pesquisa; entre outros. Além disso, alguns professores acreditavam que algumas mudanças, como a integração de disciplinas, poderiam aumentar sua carga de trabalho e comprometer o aprendizado dos estudantes¹⁴.

Costa¹⁷, partindo da premissa que o ensino médico é mais resistente às modificações do que outras áreas, identifica cinco fatores limitantes para mudanças na prática docente: desvalorização do ensino em detrimento da pesquisa; falta de profissionalização docente; desvalorização da formação docente do professor médico; resistência docente a mudanças; e individualismo da ação docente.

No presente estudo, foram evidenciados todos os fatores apontados por Costa¹⁷ sobressaindo-se a resistência a mudanças de uma maneira geral – “a escola é boa, não há razão para mudar”. Costa refere-se ao “mal-estar docente” diante das tentativas de mudança de uma prática repetitiva e já cristalizada com base na transmissão de conhecimentos. Além disso, a autora lembra que, historicamente, o professor médico vê com descaço a prática pedagógica, pois socialmente o papel do médico supera o do professor, e o que se espera do médico é a competência máxima na sua área específica. Assim, o docente médico, em geral, reproduz modelos aprendidos durante a sua própria formação médica¹⁷.

Mesmo com um grande investimento na capacitação pedagógica, algumas escolas participantes do PROMED não conseguiram envolver todos os docentes, sensibilizá-los e equipá-los tecnicamente para as mudanças.

Zanetta et al.¹⁸, descrevendo o processo de capacitação docente para implementação da Aprendizagem Baseada em Problemas na Universidade Estadual de Londrina, referem-se à participação pouco expressiva de professores nos cursos de capacitação, interpretada como manifestação de resistência. Todavia, durante o processo de implementação da metodologia, constataram progressiva adesão a ela, que se deu inicialmente pela resistência passiva, depois pela indiferença, seguida de cooperação não espontânea para, finalmente, adotarem comportamento de adesão responsável. Os autores atribuem essa mudança ao desaparecimento das antigas disciplinas no novo currículo gerando, para os professores dessas disciplinas, a necessidade de se adaptarem às novas propostas pedagógicas¹⁸.

Ciuffo e Ribeiro¹⁹ também apontam a pouca ou nenhuma capacitação pedagógica por parte dos professores, além da dificuldade para integrar conhecimentos com outras áreas do saber, entre outros obstáculos. As autoras ainda ressaltam o fato de que os docentes-médicos desconhecem a linguagem das ciências da educação, pois foram formados por currículos de base tecnicista¹⁹.

Ao avaliarem a reforma curricular ocorrida em uma universidade americana, Robins et al.¹⁵ observaram que, mesmo reconhecendo as vantagens de modelos de aprendizagem ativa, os docentes, tanto da área básica, quanto da clínica, priorizaram as aulas expositivas devido à sua maior eficiência na transmissão de um grande volume de informações e também à falta de tempo para utilização de formas educacionais alternativas. Além disso, os docentes afirmaram que a instituição não previa incentivos relacionados à sua forma de ensinar ou inovar o ensino¹⁵.

Outro aspecto importante se referiu às condições do trabalho docente explicitadas como número insuficiente de professores para implementar as mudanças, não reposição de

vagas por aposentadoria, sobrecarga de trabalho, baixos salários e baixa valorização da atividade docente, entre outras. Essas condições insatisfatórias do trabalho do professor, que refletem a sua desvalorização, provavelmente repercutiram de modo desfavorável nas mudanças curriculares, não somente pelas questões objetivas que envolvem, mas também por serem elas próprias fatores geradores de resistência.

Essa discussão evidencia que, na instituição escolar, o professor/tutor ocupa posição privilegiada no contato cotidiano e próximo com estudantes. A sala de aula – sala de tutoria para trabalho de pequenos grupos, auditório, ou ambulatório da Atenção Básica – continua sendo a “caixa-preta”, na qual alunos e professores/tutores interagem, desenvolvem práticas, trocam ideias e se influenciam mutuamente. É nesse espaço de interação, fora do controle institucional, que as mudanças no processo de ensino/aprendizagem/formação médica de fato acontecem. Para isso, torna-se indispensável que professores/tutores encontrem sentido nas propostas de mudança, estejam empenhados para a sua realização e sejam capacitados para a sua efetiva implementação. A insuficiente capacitação pedagógica, aliada ou não ao desconhecimento sobre o Projeto Pedagógico da instituição, foi evidenciada em quase a metade das escolas estudadas, mas, provavelmente, estavam também presentes nas demais, em que a resistência dos professores dificultou a efetivação das mudanças.

A resistência por parte dos docentes também gera dificuldades no desenvolvimento de atividades em cenários do SUS, como observado na análise dos resultados de autoavaliação de 28 escolas médicas brasileiras na perspectiva do Projeto de Avaliação e Acompanhamento das Mudanças nos Cursos de Graduação da Área da Saúde (CAEM/ABEM)²⁰. Ainda, no estudo de Rios e Schraiber¹², é evidente a percepção, por parte de alguns docentes, de que médicos que trabalham na rede pública são inferiores e incompetentes.

Paralelamente, aspectos inerentes aos cenários de Atenção Primária, como: instalações precárias, dificuldades com transportes, resistência dos profissionais do serviço à presença do estudante e questões decorrentes da generalizada violência urbana, foram problemas que certamente interferiram na adesão dos estudantes e professores à prática nesses cenários. Massote et al.²¹, pesquisando a percepção de estudantes de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais sobre a sua prática na UBS, relatam dificuldades provocadas pela falta de espaço nesse cenário, onde os estudantes acabam por ocupar outras áreas de forma indevida, ocasionando conflitos com os profissionais do serviço.

Por outro lado, ao estudar a percepção dos profissionais da Equipe de Saúde da Família sobre a inserção dos estudan-

tes de medicina da Universidade Estadual de Montes Claros em cenários de Atenção Primária, Caldeira et al.²² apontaram dificuldades de comunicação entre estudantes e equipe causadas pelo grande número e alta rotatividade dos estudantes. O estudo revela ainda a falta de articulação entre as atividades dos estudantes e a programação da equipe.

A essas questões somaram-se outras de caráter político-administrativo na relação com a gestão do SUS, que puderam ser traduzidas como a falta de um efetivo diálogo entre escola e serviço. Em seu estudo, Polimeno²³ enfatiza a dificuldade de captação de cenários de prática fora do *campus* universitário, uma vez que a sua incorporação pela escola médica depende também do poder municipal e estadual, além de ser difícil levar um grande grupo de alunos para as unidades de saúde, as quais, muitas vezes, estão despreparadas.

A gestão do processo de mudança foi o grande desafio para as instituições. A estrutura departamental com a consequente fragmentação do corpo docente e das instâncias administrativas e de poder foram fatores dificultadores para obtenção de consenso e implantação das mudanças curriculares. Já na década de 1970, Abrahamson²⁴, em sua taxonomia, referiu-se à departamentalização como “curriculoesclerose” – uma das mais graves e prevalentes doenças do currículo. Para esse autor, a departamentalização gera uma espécie de territorialização social, com interesses diversos que se sobrepõem aos verdadeiros objetivos educacionais, impedindo o desenvolvimento de estratégias curriculares de acordo com esses objetivos²⁴.

A análise dos dados mostrou a diversidade e a complexidade dos obstáculos enfrentados pelas escolas médicas para implementar seus projetos de mudança curricular. Mostrou ainda como esses fatores dificultadores se inter-relacionam e se potencializam. No entanto, é preciso analisar o movimento de mudanças na formação profissional em saúde no Brasil, especialmente a médica, como um processo em construção e sob forte influência do momento histórico das políticas de saúde. Significa dizer que, de um lado, muitos dos entraves para o avanço dos processos formativos extrapolam o campo da educação e expressam o pensamento, as expectativas e os anseios da sociedade em que as escolas se inserem. Por outro, é preciso que as instituições de ensino se comprometam com a formação de profissionais que atuam na sociedade de modo a transformá-la, quebrando os paradigmas que limitam a concretização do enunciado “uma nova escola, para um novo sistema de saúde”.

REFERÊNCIAS

1. Gonzalez AD, Almeida MJ. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis*. 2010; 20(2): 551-70.

2. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011; 377(9782): 2042-53.
3. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9779): 1778-97.
4. Brasil. Ministry of Health. The family health program: Broadening coverage to consolidate the change in the primary care model. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2003;3(1):113-25.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Políticas de Saúde. Secretaria de Ensino Superior. Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina: uma nova Escola Médica para um novo Sistema de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
6. Associação Brasileira de Educação Médica. Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED. *Bol. ABEM* 2002; 30(6): 4-8.
7. Goulart LMH, Alves CRL, Belisário AS, Abreu DMX, Lemos JMC, Massote AW, et al. Abordagem pedagógica e diversificação dos cenários de ensino médico: projetos selecionados pelo PROMED. *Rev Bras Educ Med*. 2009; 33(4): 605-14.
8. Fullan MG, Stiegelbauer S. The new meaning of educational change. 2ª ed. New York: Teachers College Press; 1991.
9. Pinto PR. A formação dos médicos, hoje. Desafios e realidades. *Sísifo/Rev Cienc Educ*. 2008;5: 81-96.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Políticas de Saúde. Secretaria de Ensino Superior. Organização Pan-Americana de Saúde. Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. Edital de Convocação. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
11. Freeman J, Kelly P, Blasco PG, Levites M. Attitudes about Family Medicine among Brazilian medical students. *Mundo Saúde*. 2010; 34(3): 336-40.
12. Rios IC, Schraiber LB. Uma relação delicada: estudo do encontro professor-aluno. *Interface – Comunic Saúde Educ*. 2011; 15(36): 39-51.
13. Resolução CNE/CES nº 4. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União* 2001; 9 nov.
14. Bowe CM, Lahey L, Kegan R, Armstrong E. Questioning the 'big assumptions'. Part II: recognizing organizational contradictions that impede institutional change. *Med Educ*. 2003; 37(8): 723-33.
15. Robins LS, White CB, Fantone JC. The difficulty of sustaining curricular reforms: a study of "drift" at one school. *Acad Med*. 2000; 75(8): 801-5.
16. Schwartz PL, Loten EG, Miller AP. Curriculum reform at the University of Otago Medical School. *Acad Med*. 1999; 74(6): 675-9.
17. Costa NMS. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? *Rev Bras Educ Med*. 2007; 31(1): 21-30.
18. Zanetta GL, Almeida HGG, Ferreira Filho OF, Linhares REC, Oberdiek HI, Colus IMS. Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP): construindo a capacitação em Londrina. *Rev Bras Educ Med*. 2003; 27(1): 5-11.
19. Ciuffo RS, Ribeiro VMB. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? *Interface – Comunic Saúde Educ*. 2008; 12(24): 125-40.
20. Stella RCR, Abdalla IG, Lampert JB, Perim GL, Aguiar-da-Silva RH, Costa NMSC. Cenários de prática e a formação médica na assistência em saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2009; 33(Supl 1): 63-9.
21. Massote AW, Belisario, AS, Gontijo ED. Atenção primária como cenário de prática na percepção de estudantes de Medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2011; 35(4): 445-53.
22. Caldeira ES, Leite MTS, Rodrigues-Neto JF. Estudantes de Medicina nos serviços de atenção primária: percepção dos profissionais. *Rev Bras Educ Med*. 2011; 35(4): 477-85.
23. Polimeno MCAM. Construindo o currículo no cotidiano de um curso de graduação em medicina [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2010.
24. Abrahamson S. Diseases of Curriculum. *J Med Educ*. 1978; 53(12):951-7.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Declaramos que todos os autores participaram de forma suficiente na concepção e desenho deste estudo, da análise e da interpretação dos dados, assim como da redação deste texto, revisamos a versão final do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Claudia Regina Lindgren Alves
Rua Tavares Bastos, 287
Coração de Jesus — Belo Horizonte
CEP 30380-232 — MG
E-mail: lindgrenalves@gmail.com