

Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Paraná

Implementation of National Guidelines in Medical Schools in Paraná

Márcio José de Almeida¹
João José Batista de Campos¹
Barbara Turini²
Sônia C. S. Nicoletto³
Luciana Alves Pereira⁴
Lazara R. Rezende⁵
Polyana L. de Mello²

PALAVRAS-CHAVE:

- Currículo;
- Educação Médica;
- Educação em Saúde;
- Educação de Graduação em Medicina.

KEY-WORDS:

- Curriculum;
- Health Education;
- Education, Medical;
- Education, Medical, Undergraduate.

Recebido em: 17/07/2006

Reencaminhado em: 28/02/2007

Aprovado em: 02/04/2007

RESUMO

A aprovação da nova LDB, em 1996, levou à elaboração de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) baseadas em competências necessárias para os médicos atuarem frente às novas tecnologias e para enfrentarem os desafios do desenvolvimento do SUS. Analisar a implantação das DCN no Paraná, verificando as características da formação dos profissionais de Medicina, foi o objetivo desta publicação específica, que faz parte dos dados coletados numa pesquisa mais ampla, apoiada pelo edital universal do CNPq (Proc. 474.029/2003-04). O estudo foi realizado com uma abordagem qualitativa e análise de conteúdo. Fez-se um levantamento das Instituições de Ensino Superior (IES) que oferecem cursos de Medicina, coletando-se os dados por questionário e pelas informações dos Projetos Político-Pedagógicos (PPP) obtidos, com instrumento baseado em sete eixos das DCN. Dois cursos apresentam grau avançado de implantação das DCN, um mostra iniciativa da implantação de alguns aspectos, e dois outros seguem formatos curriculares bem tradicionais. Os dados obtidos sugerem a existência de uma motivação para a inovação do ensino médico no Paraná, o que se traduz em currículos idealizados com vários princípios inspirados nas DCN.

ABSTRACT

The approval of the new LDB in 1996 (National Law for Educational Guidelines and Bases) led to the elaboration of the "Diretrizes Curriculares Nacionais-DCN (National Curricular Guidelines) focused on abilities allowing the physician to perform his profession facing up to the new technologies and to the challenges posed by the development of the Unified Health System (SUS). The purpose of this specific article that contributes to the data collected for a broader research project supported by the National Research Council (grant number 474.029/2003-04) was to analyze the implantation of the DCN in Paraná by verifying the characteristics of medical education. The study involved a qualitative approach and content analysis. A survey of university level institutions offering medical courses was performed. Data were collected by means of questionnaires and based on information obtained from the Political Pedagogical Programs (PPP). Two courses presented implantation of the DCN to an advanced degree, one showed initiatives towards implantation of some aspects and two other courses followed quite traditional curricular formats. The obtained data suggest that there is motivation towards the innovation of medical education in Paraná, expressed by curricula inspired by a number of principles contained in the DCN.

¹ Universidade Estadual de Londrina; Rede Unida, Paraná, Brasil.

² Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil.

³ Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Paraná, Brasil.

⁴ Estação Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Paraná; Rede Unida, Paraná, Brasil.

⁵ Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, Paraná, Brasil.

INTRODUÇÃO

O paradigma da integralidade propõe um equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social*, além de valorizar tecnologias pedagógicas desenvolvidas na área da educação para aperfeiçoar o processo ensino-aprendizagem em adultos. Essas inovações pretendem, por um lado, enfrentar o esgotamento do modelo flexneriano na formação de profissionais e, por outro, construir o novo padrão da integralidade^{2,3}.

Nesse sentido, a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área da saúde em geral, e especificamente dos cursos de graduação em Medicina, pode ser considerada resultado de uma importante mobilização dos educadores da área da saúde no País e entendida como reflexo das tendências internacionais que propõem inovações na formação dos profissionais de saúde⁴. As DCN também vieram ao encontro das necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado a partir de uma ampla rede de atenção básica relacionando-se com serviços de outros graus de complexidade.

A partir dessa configuração, ficou evidente a necessidade de profissionais com uma formação que compreenda a integralidade dos cuidados demandados pela população e que inclua novas tecnologias. Estas, muitas vezes chamadas de “simples”, são também muito complexas e são denominadas, por alguns autores, de “tecnologias leves”. São vistas como as tecnologias da interação, da escuta, do olhar e que consideram o acolhimento e produzem autonomia⁵.

Dessa forma, as DCN propõem um perfil profissional com uma boa formação geral, humanista, crítico e reflexivo, capacitado a atuar de uma outra perspectiva da assistência, por meio de Projetos Político-Pedagógicos (PPP) construídos coletivamente pelos atores do curso nas Instituições de Ensino Superior (IES) e que utilizem metodologias de ensino-aprendizagem centradas no estudante, em diferentes cenários⁶, conforme necessidades apontadas em vários estudos⁷⁻¹³.

Considerando que apenas a aprovação e a publicação das DCN não garantem sua implementação, o grupo de pesquisa existente na UEL, sobre desenvolvimento de recursos humanos em saúde, cadastrado no CNPq, decidiu estudar os estágios de sua implantação no estado do Paraná, em relação à

formação de cinco profissionais de saúde: Medicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Odontologia¹⁴.

Com base nesse estudo, o presente artigo tem por objetivo descrever as características da formação dos profissionais médicos no estado do Paraná, mapeando a distribuição dos cursos de graduação em Medicina no estado e analisando as iniciativas de mudanças, na perspectiva da implantação das DCN.

METODOLOGIA

Procedimentos

A metodologia foi construída em conjunto com profissionais das quatro outras categorias referidas, com os mesmos objetivos referentes aos respectivos cursos de graduação no Paraná.

A fonte inicial de dados para identificar os cursos existentes no Paraná – de Instituições de Ensino Superior (IES) tanto públicas como privadas – foi o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (Inep). Na Medicina, optou-se por incluir no estudo apenas os cursos que já haviam concluído pelo menos uma turma de graduação em 2002.

Em seguida, foi encaminhado um questionário ao coordenador de cada um dos cursos identificados, solicitando seu preenchimento e devolução, acompanhado por uma via do Termo do Consentimento Livre e Esclarecido firmado. Também foi solicitada uma cópia de seus Projetos Político-Pedagógicos (PPP), para servir como outra fonte de informações, ao lado dos questionários respondidos. No final de 2004, as IES que não haviam encaminhado seus PPP na primeira fase da pesquisa foram novamente contatadas. Nos casos em que também não houve resposta a essa segunda solicitação, foram acessadas as páginas eletrônicas das IES e impressas as informações ali oferecidas sobre os cursos de Medicina. Para efeito da pesquisa, todos os documentos assim obtidos foram denominados “PPP”, apesar da grande variação de seus conteúdos.

Crítérios de análise

O âmbito da pesquisa foi baseado no questionário e na análise do PPP. Isto criou um problema entre o dito/assumido pela IES em seus documentos oficiais e o real, o que nos impôs um limite na análise, determinado pela coleta de dados. Ao analisar os PPP descritos pelas IES, deve-se ter em mente que, em geral, há uma grande diferença entre o PPP idealizado pelos mentores intelectuais do curso e o que acaba sendo prescrito no documento oficial da escola, principalmente quando o mesmo resulta de uma construção coletiva dos ges-

* *Relevância social* é apontada no texto como algo diferente da simples interação com a população, pela introdução da noção de importância e responsabilidade do ensino perante a sociedade: a formação como um direito social e dever do estado. A formação tecnoprofissional, a produção de conhecimento e a prestação de serviços pelas instituições formadoras só fazem sentido quando têm relevância social¹.

tores da instituição, o que, muitas vezes, implica negociações políticas para sua elaboração. Mas mesmo onde não ocorrem negociações, sempre haverá alguns ajustes, pois as propostas expressas no documento dependerão da compreensão e concordância dos colegiados superiores e de altos dirigentes da IES e seu compromisso com a viabilização da infra-estrutura necessária à sua execução.

Também há uma importante diferença entre o PPP prescrito pela entidade de ensino e sua aplicação, ou seja, muitas vezes, o PPP realmente executado acaba sendo bem diferente do que estava prescrito, pois a aplicação das propostas enunciadas depende das reais condições de ensino existentes. Neste sentido, podem ser citadas: a infra-estrutura da escola, a organização dos cenários de ensino-aprendizagem propostos e, também, a compreensão e disponibilidade de professores, funcionários e estudantes para trabalhar conforme as normas propostas.

Os seguintes aspectos foram considerados relevantes para atender as propostas de mudança das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de Medicina: 1. Perfil do formando; 2. Competências e habilidades gerais; 3. Competências e habilidades específicas; 4. Formação para o SUS; 5. Conteúdos essenciais; 6. Estágio curricular supervisionado; 7. Projeto Político-Pedagógico e processo de ensino.

Para cada aspecto foram estabelecidos três estágios de implementação das DCN, sendo considerado primeiro estágio: curso tradicional; segundo estágio: curso com algumas inovações compatíveis com as DCN; e terceiro estágio: curso muito próximo das DCN. Os aspectos estudados segundo a referência nas DCN da Medicina (<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>) e os critérios para classificação em cada estágio foram os seguintes:

1) Perfil do formando – descrito no artigo 3º: “O curso de graduação em medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”.

1º estágio: predomina a formação biológica, voltada à assistência;

2º estágio: busca do equilíbrio entre o biológico e o social;

3º estágio: há a proposta de formação do cidadão e do profissional generalista, apto a atuar em todos os níveis de atenção.

2) Competências e habilidades gerais – descritas no artigo 4º, que caracteriza competências e habilidades gerais em seis áreas: atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento, e educação permanente.

1º estágio: contempla aspectos de pelo menos duas competências e habilidades gerais;

2º estágio: contempla aspectos de até quatro competências e habilidades gerais;

3º estágio: contempla aspectos de cinco a seis competências e habilidades gerais.

3) Competências e habilidades específicas – o artigo 5º relaciona 22 competências e habilidades como específicas, mas várias são comuns a outros cursos, incluindo: “atuação em todos os níveis de atenção à saúde; atuação multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar; reconhecimento da saúde como direito; garantia da integralidade da assistência; profissão articulada ao contexto social; conhecimento de métodos e técnicas de investigação científica; como específicos da medicina foram relacionados: promoção de estilos de vida saudáveis de clientes e comunidade, atuação como agente de transformação social; comunicação adequada com colegas de trabalho, pacientes e familiares; anamnese e história clínica; domínio de ciências básicas, biopsicossocial-ambiental e raciocínio crítico na interpretação de dados; diagnóstico e tratamento das principais doenças do ser humano; valorização do método clínico entre os recursos propedêuticos; medicina baseada em evidências; cuidado da própria saúde física e mental; visão do papel social do médico e disposição para atividades políticas e de planejamento de saúde.”

1º estágio: até três competências e habilidades comuns e até três competências e habilidades específicas;

2º estágio: até cinco aspectos comuns e até seis aspectos específicos;

3º estágio: seis ou mais aspectos gerais e seis ou mais aspectos específicos.

4) Formação para o SUS – apontada no parágrafo único do artigo 5º: “Com base nestas competências, a formação do médico deverá 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”.

1º estágio: PPP em que as práticas são previstas em serviços próprios isolados da rede SUS;

2º estágio: PPP em que as práticas ocorrem em serviços parcialmente abertos ao SUS;

3º estágio: PPP cujas práticas ocorrem em serviços próprios completamente integrados ao SUS, incluindo as características: atendimento ao sistema de saúde vigente; atenção integral à saúde; trabalho em equipe.

5) Conteúdos essenciais – o artigo 6º relaciona os conteúdos essenciais ao curso de graduação em Medicina, relacionando:

Aspectos comuns aos demais cursos da pesquisa: a compreensão do processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade (itens II e III); **Aspectos específicos** da graduação em Medicina: conhecimento de bases moleculares e celulares de processos normais e alterados, propedêutica médica; diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças; promoção da saúde e fisiologia nas fases de vida, processo de morte, atividades físicas, e relacionadas ao meio social e ambiental (itens I, IV, V e VI) no DCN da Medicina.

1º estágio: PPP que aborda apenas aspectos específicos;

2º estágio: PPP no mínimo um aspecto geral e até dois aspectos específicos;

3º estágio: PPP que aborda aspectos comuns.

6) Estágio curricular supervisionado – o artigo 7º estabelece “o internato como estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, com carga horária mínima de 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do curso de graduação em medicina”; no parágrafo 1º, estabelece que “o estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço deve incluir aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, com atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. As atividades devem ser eminentemente práticas (a carga horária teórica não poderá ser superior a 20% do total por estágio)”;

1º estágio: PPP com estágio exclusivamente realizado em áreas de atuação ambulatorial e hospitalar, não contemplando os três níveis de atenção à saúde;

2º estágio: PPP com estágio predominantemente realizado em áreas de atuação ambulatorial e hospitalar, contemplando os três níveis de atenção à saúde;

3º estágio: PPP que atenda à carga horária mínima de 35% do curso, com atuação nos diferentes níveis, incluindo as áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva.

7) Projeto Político-Pedagógico e processo de ensino – o artigo 9º recomenda “a existência de um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem, visando a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência”; no artigo 11º, propõe que “a organização do Curso de Graduação em Medicina seja definida pelo respectivo colegiado do curso.”

1º estágio: curso com as seguintes características: ensino centrado predominantemente no professor, com processos de avaliação unicamente somativos; PPP elaborado por consultoria externa; ausência de articulação entre ensino, pesquisa e extensão e de atividades complementares;

2º estágio: ensino centrado no domínio cognitivo, com alguma forma de avaliação interativa; PPP construído por um grupo específico de professores, sem participação de estudantes e profissionais dos serviços; articulação ensino, pesquisa e extensão incipiente e oferta de algum tipo de atividade complementar;

3º estágio: PPP com atividades complementares; construído coletivamente com a participação de professores, estudantes e profissionais dos serviços; com processo de ensino centrado no estudante como sujeito da aprendizagem; formação integral e articulação entre ensino, pesquisa e extensão/assistência.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, tendo sido aprovado.

RESULTADOS

Mapeamento dos cursos de Medicina no Paraná

Os dados levantados na página eletrônica do Inep/MEC em 2002 relacionaram para o estado do Paraná seis instituições de ensino superior de Medicina, que já haviam concluído a primeira turma de graduação. Dessas, três localizam-se na capital e três em cidades do interior; quatro são de natureza pública (uma federal e três estaduais) e duas privadas, sem finalidades lucrativas. Apenas uma IES, localizada na capital e de natureza jurídica privada sem fins lucrativos, não respondeu o questionário inicial da fase exploratória. O Quadro 1 sintetiza o perfil dessas instituições.

QUADRO 1
Características gerais dos cursos de Medicina (Paraná, 2002)

Características	Número de escolas
Número de escolas no Paraná*	6
Respondeu à pesquisa	5
Época de fundação	
1911 - 1920	1
1961 - 1970	2
1971 - 1980	1
1990 - 2000	1
Nº de formandos em 2003	
< 50	2
50 - 100	2
> 150	1
Tem serviço próprio (HU / HC)	5
Utiliza outros serviços para treinamentos	5
Atividades em UBS	5
Atividades em Saúde da Família	4
Do primeiro ao quinto ano	1
Do primeiro ao terceiro ano	1
Durante o internato	1
Não especificou a época	1
Mantém relação com organizações comunitárias	5
Como atividade curricular	3
Atividade extracurricular	2
Utiliza outros serviços para treinamentos	5

* Em 2005 foi criado outro curso de Medicina.
 Fonte: Inep/MEC (2002 e 2005).

Observa-se que três dos cinco cursos analisados foram criados de 1960 a 1980, e apenas uma escola foi criada após este período. Em 2002, os cursos formaram 355 médicos. Todos os cursos de Medicina relataram que as atividades práticas dos estudantes ocorriam tanto em serviços hospitalares próprios como em unidades de saúde.

Os Quadros 2 e 3 sintetizam as informações referentes a reformas curriculares e desenvolvimento de atividades acadêmicas nos serviços de saúde, recolhidas por meio de questionários respondidos pelos coordenadores dos cursos nos primeiros meses de 2004.

Com relação à estrutura curricular, observa-se que em todos os cursos estudados foram referidas reformas curriculares, sendo que os projetos político-pedagógicos de três entidades de ensino

foram atualizados após a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais, um PPP estava com mais de dez anos sem reforma, e em um caso não foi informada a data da última atualização (Quadro 2).

QUADRO 2

Informações sobre as reformas curriculares e a construção dos Projetos Político-Pedagógicos dos cursos de Medicina do Paraná, conforme respostas em questionários recolhidos no primeiro semestre de 2004

Curso	Já realizou reforma	Número de reformas	Ano da última reforma	Possui PPP	Processo de construção do PPP
M1	sim	2	2002	sim	Doze oficinas com corpo docente e discente
M2	sim	> 3	2003	sim	Baseado em PPP de outros cursos brasileiros e todos do Paraná
M3	sim	> 3	1997*	sim	Seminários com professores e estudantes após longo processo diagnóstico, iniciado pela Cineaem, desde 1991
M4	sim	3	não informou	sim	Debates entre professores e orientação de consultores externos
M5	sim	não informou	1993	sim	Forma coletiva: grupo gestor de pesquisa (1990) que envolveu todos os departamentos na discussão

* Posteriormente encaminhou PPP de 2004.

O Quadro 3 mostra que em todas as entidades estudadas foram referidas atividades junto a serviços não pertencentes à escola, porém apenas em quatro entidades houve referên-

cia a atividades curriculares junto ao Programa Saúde da Família e somente em dois cursos essas atividades são desenvolvidas durante o internato.

QUADRO 3

Relação dos cursos de Medicina do Paraná com serviços de saúde municipais, privados ou outros, e participação em atividades do Programa Saúde da Família, conforme respostas obtidas em questionários recolhidos no primeiro semestre de 2004

Curso	Atividades acadêmicas curriculares nos serviços		Participação no PSF	
	sim		sim	
M1	sim	PSF do 1º ao 5º- ano	sim	do 1º ao 5º ano
M2	sim	HU: ambulatório, internamento, pronto-socorro; hospitais particulares: acompanhamento de cirurgias e psiquiatria; serviços de saúde municipais: pronto atendimento continuado (PAC), Siate, ultra-sonografia de gestação de alto risco; centro especializado de doenças infecto- parasitárias (Cedip) - prevenção e assistência; UBS: atenção básica, Saúde da Família, etc.	sim	No internato de saúde coletiva o acadêmico realiza estágio em unidade com PSF em período integral; desenvolve atividades preventivas individuais e coletivas, e participa de atividades assistenciais
M3	sim	Interação ensino-serviços-comunidade desenvolvida em um período por semana ao longo das primeiras quatro séries; desenvolvem-se em ambientes comunitários, equipes PSF, serviços de saúde de primeiro nível de atenção (postos de saúde), segundo nível (hospitais gerais e maternidade municipal) e de terceiro nível (HU)	sim	Através dos módulos de interação ensino, serviço e comunidade
M4	sim	Ambulatorial, atenção básica e especialidades	sim	No Programa de Saúde Coletiva
M5	sim	3º, 4º, e 5º período: Propedêutica Médica; 6º e 7º períodos: prática em Unidades de Saúde da Prefeitura; 8º e 9º período: prática ambulatorial no HC e em hospital geral e maternidade	não	

Quando indagadas se os cursos mantinham alguma relação com organizações comunitárias, a maioria das escolas confirmou essas relações, porém M4 e M5 negaram a existência de atividades acadêmicas curriculares com essas entidades.

Estágios de implementação das diretrizes curriculares nos cursos de Medicina no Paraná

O Quadro 4 mostra os estágios de implementação das diretrizes curriculares nos cinco cursos estudados. As princi-

pais fontes de dados foram os Projetos Político-Pedagógicos encaminhados pelas escolas, complementados por informações dos questionários. Em dois casos não foi encaminhado nenhum documento sobre a organização do curso, sendo então utilizadas as informações disponibilizadas na página eletrônica das IES. Os documentos obtidos apresentaram grande variação de conteúdos, ficando em alguns casos praticamente restrito à grade curricular do curso, o que dificultou sua análise.

QUADRO 4

Síntese dos estágios de implementação das DCN nos cursos de Medicina (Paraná, 2004)

Curso	Perfil do formando	Competências e habilidades gerais	Competências e habilidades específicas	Formação para o SUS	Conteúdos essenciais	Estágio curricular supervisionado	Projeto Político-Pedagógico
M1	3	3	3	3	3	3	3
M2	3	3	3	2	2	3	2
M3	3	3	3	3	3	2	3
M4	1	*	*	2	1	*	*
M5	1	*	*	*	*	*	*

* Informação não obtida.

Com relação ao **perfil do formando**, nota-se que todas as escolas citam a formação generalista e humanista de seus formandos, exceto o curso M4, que apenas menciona a responsabilidade profissional e a melhoria dos padrões de saúde da população como metas. No curso M5, embora saliente o humanismo como atributo de seu formando, prevalece a importância de uma especialização posterior, o que pode ser interpretado como uma postura tradicionalista, reflexo do paradigma flexneriano, cuja tendência à especialização tem sido muito forte, com importante influência sobre o modelo de atenção à saúde desenvolvido no País.

O artigo 4º das DCN apresenta **as competências e habilidades gerais** a serem observadas na formação dos profissionais médicos no País. Embora nem todos os PPP tenham descrito especificamente suas respectivas habilidades e competências gerais, observou-se que a maioria dos cursos estudados propõe em alguma outra parte do documento os aspectos recomendados neste artigo.

As **competências e habilidades específicas** a serem adquiridas ao longo do curso de Medicina estão descritas no artigo 5º das DCN. No curso M3 não há uma transcrição direta das competências específicas propostas pelas diretrizes, e a

descrição dos eixos de conhecimento sugere o atendimento da maioria das mesmas, levando a avaliação de sua implantação ao terceiro estágio.

No PPP do curso M2 não foram encontradas referências às seguintes competências: comunicação adequada com colegas de trabalho, pacientes e familiares; anamnese e história clínica; valorização do método clínico entre os recursos propedêuticos; medicina baseada em evidências; cuidado da própria saúde física e mental. Assim, para esta escola, o estágio de implantação dessas diretrizes foi estimado como sendo o segundo estágio. Já nos PPP dos cursos M4 e M5, não foram encontradas informações suficientes para a avaliação do estágio de implantação dessas diretrizes.

Quanto à **formação para o SUS**, recomendada no parágrafo único do artigo 5º das DCN, observa-se que os cursos M1 e M3 mantêm parcerias com os serviços públicos de saúde para viabilizar práticas de seus estudantes em diferentes níveis de atenção à saúde, indicando o estágio 3 da implantação dessas diretrizes. Já nos cursos M2 e M4, embora ofereçam atividades em serviços públicos de diferentes níveis de atenção, não há indicação de uma relação tão próxima com os mesmos, razão pela qual foram classificados no segundo estágio de implantação dessa diretriz.

Com referência aos **conteúdos essenciais** definidos no artigo 6º das DCN, verificou-se que os cursos M1 e M3 procuraram claramente abordar os conteúdos propostos, não apenas de forma isolada, mas por meio de estudos interdisciplinares, o que favorece a compreensão mais ampla dos conteúdos abordados. Por isso, foram classificados como estágio 3 na implantação dessas diretrizes.

As ementas do curso M2 contemplam os conteúdos essenciais relacionados, porém estes são ofertados em disciplinas isoladas, sem indicações de integração dos conhecimentos abordados. Sendo assim, a implantação deste item foi classificada como no 2º estágio.

Já a grade curricular do curso M4 não indica nenhuma integralização dos conteúdos ofertados, levando à classificação de 1º estágio. Os documentos do curso M5 não possibilitaram sua classificação.

Com relação ao **estágio curricular supervisionado**, que nos cursos de Medicina é representado pelo internato médico, observa-se que os cursos M1 e M2 atendem ao que é proposto pelo artigo 7º das DCN. O curso M3 não refere internato na área de saúde coletiva ou em serviço de atenção básica, apenas há registro de estágio na maternidade municipal durante o quinto ano do curso, que corresponde ao primeiro ano do internato. Assim a implantação deste artigo foi classificada como 2º estágio.

O Projeto Político-Pedagógico e o processo de ensino, bem como as metodologias de ensino-aprendizagem e a avaliação por ele propostas são recomendados nos artigos 9º a 13º das DCN. O curso M2 está no 2º estágio. Os cursos M1 e M3 parecem corresponder às recomendações expressas nestes artigos, sendo classificados como no 3º estágio neste aspecto.

Com base no Quadro 4, com a síntese das análises realizadas, pode-se afirmar que, segundo os documentos estudados, os cursos M1 e M3 se encontram em grau avançado de implantação das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina, o curso M2 apresenta iniciativas de implantação de algumas das diretrizes, e os cursos M4 e M5 não divulgam muitas características de seus cursos, mas os poucos aspectos analisados sugerem formatos curriculares bem tradicionais, com poucas inovações propostas pelas diretrizes curriculares.

Discussão/problematização

Na caracterização das IES do estado que mantêm cursos de graduação em Medicina, foi observado que a maioria é pública. Há uma concentração na capital, pois atualmente quatro das sete IES se localizam na região metropolitana de Curitiba, e apenas duas foram criadas após 1980.

Com relação às DCN, foi verificado que dois dos cursos (M1 e M3) analisados satisfazem plenamente as diretrizes propostas, incluindo inovações na organização curricular e no processo de ensino-aprendizagem. Um dos cursos atende as propostas das diretrizes quanto ao perfil do formando e dos conteúdos essenciais, havendo, no entanto, poucas inovações na organização curricular e na metodologia de ensino. Duas IES disponibilizaram poucas informações para um estudo mais aprofundado da estrutura organizacional e/ou pedagógica de seus cursos. No entanto, uma salienta que desistiu da formação humanística e outra salienta a importância da especialização após a graduação, sugerindo poucas inovações em seu processo de formação.

As maiores dificuldades observadas correspondem à adequação dos cursos às características demandadas pelo SUS e aos conteúdos essenciais propostos, ao lado de dificuldades relativas aos aspectos pedagógicos, incluindo o processo de construção do projeto pedagógico.

Entre as dificuldades relacionadas ao SUS, foi observada pouca atuação em serviços básicos de saúde. Mesmo um dos cursos de maior inovação, o M3, não desenvolve atividades de internato no primeiro nível de atenção. É possível que essas dificuldades ocorram devido à não valorização dessas atividades pelos professores, que podem não conhecer ou compreender as tecnologias “leves” propostas para este nível de atenção, principalmente por aqueles que foram formados e atuam conforme o paradigma flexneriano¹⁵.

As diretrizes curriculares, como o próprio nome indica, não constituem regras fechadas e definitivas da organização curricular, apenas orientam aspectos desejáveis a serem considerados no momento da reformulação do projeto político-pedagógico. Como salienta Aguiar¹⁶, é comum haver resistências à mudança, pois mesmo quem reconhece as dificuldades e limitações dos atuais sistemas de ensino teme, muitas vezes, a experimentação das inovações. Por isso é tão importante descobrir estratégias que contribuam para gerenciar conflitos e tornem mais estáveis os processos de mudança.

Green¹⁷, ao orientar como implementar inovações em currículo médico já estabelecido, salienta a importância de considerar as demandas locais, que devem gerar um programa particular da IES. Portanto, pode-se dizer que as negociações em relação às novas práticas são consideradas de fundamental importância, devendo resultar em redação específica do PPP para cada IES.

Analisando-se os documentos dos cursos M1 e M3, que, entre os cursos de Medicina estudados são os mais adaptados às inovações propostas, parece que o curso M1 atinge integralmente as propostas das DCN. No entanto, chama a aten-

ção que muitos trechos do PPP dessa instituição são uma transcrição literal das DCN, sugerindo pouca discussão interna na IES sobre a construção desse PPP e o não ajustamento ao contexto local.

Já no curso M3, apenas o estágio curricular supervisionado não atinge integralmente as propostas das DCN. Todos os demais aspectos atendem bem as propostas das DCN, mas estão descritos de forma particular, o que demonstra claramente que foram elaborados de forma específica, tomando como base a realidade local.

Está claro que, neste estudo, em que se analisaram os documentos oficiais disponibilizados pelas IES, estamos trabalhando com seus PPP *prescritos*, o que permite supor, portanto, que, mesmo nas entidades que apresentam os PPP mais inovadores, pode haver uma diferença muito grande entre o currículo prescrito e o que realmente é aplicado. Pode-se suspeitar que principalmente nas IES em que os PPP apresentados constituem praticamente uma transcrição das DCN essa diferença possa ser bastante importante.

Nos casos em que o projeto pedagógico não é negociado com a comunidade interna da instituição, ou quando não há compreensão das inovações propostas, é que existe maior risco do retrocesso ao modelo tradicional de ensino-aprendizagem, como parece ter acontecido no curso M4. A escola informa que o seu curso de Medicina foi criado em 1987 e que “a proposta inicial foi de um curso com um currículo inovador, dando ênfase ao conteúdo humanístico e social da profissão médica. Dois anos depois, foi realizada uma avaliação do currículo pelos alunos e professores, que exigiram mudanças e a volta imediata do currículo tradicional das escolas médicas”.

A partir desse caso, podemos discutir os mecanismos de resistência à mudança. Mesmo não sendo o objetivo deste artigo, pareceu-nos importante tecer algumas considerações apenas sugeridas sobre esse ponto crítico dos processos de mudança na graduação. Pode-se afirmar que a presença nesta escola de certos mitos e de focos de resistência das práticas inovadoras de ensino sugere a dificuldade da transposição didática e da construção de alternativas pedagógicas¹⁸. Entre elas, é possível citar o predomínio da centralização docente e a pouca variabilidade das metodologias ativas nas atividades acadêmicas do curso.

IMPLICAÇÕES

Os dados obtidos sugerem a existência de uma motivação para a inovação do ensino médico no Paraná, o que se traduz em currículos idealizados com vários princípios inspirados nas DCN. No entanto, avanços precisam ocorrer para o desen-

volvimento de efetivas mudanças que dependem em parte da geração de consciências construídas por meio de vários mecanismos de capacitação docente, de educação permanente e processos de avaliação. Além de apoio para a sua efetiva implementação, por intermédio de mecanismos internos das instituições para a construção, manutenção e revisão da mudança, em um verdadeiro processo dialético.

Sobre a complexidade dos processos de mudança na educação médica: a dinâmica das atividades acadêmicas, tal como propostas pelas várias metodologias ativas de ensino-aprendizagem, longe de constituir um simples “desenho estrutural” da prática de ensino, reflete as concepções docentes acerca do seu papel e do processo de aprendizagem. Reflete suas certezas, metas e convicções fundamentadas, mas também suas dúvidas, angústias, temores e contradições conceituais ou paradigmáticas.

Discutir suas justificativas e razões põe em evidência dois tipos de dificuldades inerentes à transição da teoria à prática. Num primeiro momento, importa viabilizar ao docente a efetiva assimilação de teorias capazes de funcionar como referencial de concepções ou diretrizes para o trabalho pedagógico. Em segundo lugar, cumpre estimular um tratamento crítico desse plano de idéias para a transposição em suas atividades didáticas.

Acredita-se que um projeto de formação permanente capaz de enfrentar esse duplo desafio possa lançar os docentes a uma postura mais investigativa de suas atividades acadêmicas, aproximando mais efetivamente teoria e prática.

Sugere-se uma relação essencialmente dialética entre o compreender a produção teórica sobre a ativação de processos de mudança na formação superior de médicos e sua efetiva aplicação à realidade, possibilitando uma reflexão problematizadora sobre sua prática pedagógica.

Ao admitir a inexistência de fórmulas preestabelecidas ou de métodos independentes do sujeito-aprendiz, impõe-se a necessidade de investir em iniciativas de formação permanente que possam sustentar a construção de uma prática pedagógica atualizada, crítica, coerente e cada vez mais ajustada às necessidades dos estudantes.

Finalmente, para compreender mais claramente os currículos executados, são necessários estudos adicionais, com outras metodologias. Eles nem precisam nem devem se configurar como a resposta final, mas nosso estudo aponta que eles merecem continuidade.

REFERÊNCIAS

1. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004; 14(1): 41-65.

2. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(5): 1400-10.
3. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: ABEM; 2002.
4. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.4, CNE/CES de 7/11/2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p. 38. Disponível em: URL: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>
5. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, orgs. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p.71-112.
6. Almeida MJ. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. In: *Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde*. 2 ed. Londrina: Rede Unida; 2005. p.45-51.
7. Maciel Filho R, Pierantoni CR. O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Organização Pan-Americana da Saúde. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: MS; 2004. v.2. p.139-62.
8. Feuerwerker LCM. Gestão dos processos de mudanças na graduação em medicina. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, orgs. *Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec; 2004. p.17-39.
9. Marins JJN. Os cenários de aprendizagem e o processo do cuidado em saúde. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, orgs. *Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec; 2004. p.97-108.
10. 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, orgs. *Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec; 2004. p.143-64.
11. Rego S, Palácios M, Schramm FR. Ensino da bioética nos cursos de graduação em saúde. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, orgs. *Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec; 2004. p.165-85.
12. Ros MA. A ideologia nos cursos de medicina. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, orgs. *Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec; 2004. p.224-44.
13. Lampert JB. Avaliação do processo de mudança na formação médica. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, orgs. *Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec; 2004. p.245-66.
14. Almeida MJ, coord., 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*. [Paraná]; 2005. (Relatório final do projeto de pesquisa financiado pelo CNPq n.47.4029/2003-4).
15. Flexner A. *Medical education in the United States and Canada, a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching*. New York ; 1910.
16. Aguiar AC. Implementando as novas diretrizes curriculares para a educação médica: o que nos ensina o caso de Harvard?. *Interface*. 2001; 5(8): 161-6.
17. Green ML. Identifying, appraising and implementing medical education curricula: a guide for medical educators. *Ann Intern Med*. 2001; 135(10): 889-96.
18. Hernández F. Como os docentes aprendem. *Patio*. 1997-1998; 1(4).

Conflito de Interesse

Declarou não haver.

Endereço para correspondência

Márcio José de Almeida

Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da UEL
Rua Robert Koch, 60 – Vila Operária
86038-350 – Londrina – Paraná
e-mail: marcio49@uol.com.br