

# Apostas de mudança na educação médica:

## trajetórias de uma escola de medicina

Tiago José Silveira Teófilo<sup>(a)</sup>  
Nereida Lúcia Palko dos Santos<sup>(b)</sup>  
Rossana Staevie Baduy<sup>(c)</sup>

Teófilo TJS, Santos NLP, Baduy RS. Betting on change in medical education: trajectories of a medical school. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):177-88.

The study aimed to investigate teaching-learning practices, institutional arrangements, and the participation of different actors on the undergraduate course in medicine in the city of Sobral in the Brazilian State of Ceará (CE). It is a qualitative descriptive study collecting data from individuals and group interviews. The study participants were coordinators, faculty and students of a public medical school. Discourse analysis was the technique used for analysis of the empirical material. The results indicated three aspects in which the medical school placed its bets in order to change: curriculum in modules as a pedagogical innovation, the problem-based learning strategy, and the Family Health Strategy as a central axis for the educational change. It was concluded that the discourses place the pedagogical techniques *per se* as the center of the debate. Primary health care appears as the space par excellence for embracement and co-responsibility in the production of care.

**Keywords:** Medicine. Medical Education Problem-Based Learning. Public Health.

O objetivo do estudo foi conhecer práticas de ensino-aprendizagem, arranjos institucionais e a participação de diferentes atores em curso de graduação em medicina na cidade de Sobral-CE. Trata-se de estudo qualitativo descritivo, que utilizou-se da entrevista individual e em grupo para coleta de dados. Foram participantes do estudo: coordenadores, discentes e docentes de uma escola pública de medicina. A análise do discurso foi a técnica de análise do material empírico. Os resultados mostraram que os discursos elencaram três apostas de mudança: currículo em módulos como inovação pedagógica, a estratégia da aprendizagem baseada em problemas, e a Estratégia Saúde da Família como eixo estruturante para a mudança na formação. Concluiu-se que os discursos colocam as técnicas pedagógicas em si como o centro do debate. A atenção básica à saúde aparece como espaço por excelência para o acolhimento e responsabilização na produção do cuidado.

**Palavras-chave:** Medicina. Educação Médica. Aprendizagem Baseada em Problemas. Saúde Pública.

<sup>(a)</sup> Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba. Av. Contorno das Cidades, s/n, UFPB, Campus I - Cidade Universitária. João Pessoa, PB, Brasil. 58051-900. tiagojosest@yahoo.com.br

<sup>(b)</sup> Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. nereida@ufrj.br

<sup>(c)</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR, Brasil. robaduy@gmail.com

## Introdução

A existência de uma multiplicidade de projetos para a educação dos trabalhadores da saúde supõe tensões e disputas em torno de diferentes perspectivas para a definição dos perfis e competências profissionais. Muitos sujeitos, em diversos espaços e instituições, não apenas nas escolas, militam na construção de projetos pedagógicos com distintas apostas, ou seja, um cenário que comporta distintos projetos, em diferentes movimentos e articulações.

As produções em torno do debate da mudança na formação dos profissionais de saúde têm crescido de forma importante no Brasil, sobretudo, após impulso das políticas e programas da parceria entre os Ministérios da Saúde (MS) e Educação (MEC). Diversas experiências, financiadas ou não, têm produzido novas formas de pensar e de organizar a formação.

No que diz respeito à formação de médicos, muitas vezes com pioneirismo, as escolas de medicina têm demonstrado, nos últimos trinta anos, a capacidade de se criarem diversos projetos para desejadas mudanças. Podem-se citar algumas iniciativas, como: a parceria de escolas médicas com a Organização Mundial de Saúde no *Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences*, mais conhecida como *Network*, que visava, em 1979, promover o intercâmbio entre diversas experiências inovadoras na formação de profissionais de saúde em nível mundial; a iniciativa brasileira da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), que, a partir de 1991, articulou diversas instituições médicas, desde associação de estudantes ao Conselho Federal de Medicina, produzindo legado importante no campo em debate<sup>1,2</sup>.

Além destas iniciativas, vale lembrar a atuação da Associação Brasileira da Rede Unida no Brasil, movimento social que reúne projetos, instituições e pessoas interessadas na mudança da formação dos profissionais de saúde. O objetivo da Rede é articular projetos de mudança para a formação dos profissionais de saúde com base em princípios como cidadania e participação social.

A partir do acúmulo de tais experiências, a interferência dos referidos ministérios na formulação de políticas e programas na formação de profissionais de saúde teve, como marco inicial, a criação do Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), em 2001. O Programa passou por um processo de descontinuidade entre 2003 e 2005, quando se criou a Política de Educação e Desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde (SUS), com objetivos distintos. Em 2005, no entanto, com nova abordagem e ampliação para outros cursos da área da saúde, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) retoma as apostas do PROMED. Entre as principais abordagens do PROMED-PROSAUDE, estão: a mudança pedagógica, a integração ciclo básico/ciclo profissional, e a diversificação de cenários do processo de ensino<sup>3,4</sup>.

Para além das inúmeras tentativas de mudança nos modelos de educação médica no Brasil, muitas dificuldades são encontradas nos processos de mudança, sobretudo em escolas mais antigas. As estratégias pedagógicas de mudança na educação médica nos últimos trinta anos mostram que, embora se acredite que, por meio de metodologias de ensino, pode-se mudar o perfil do egresso da escola médica, os resultados encontrados nas avaliações não comprovam os ganhos cognitivos esperados. Quando há evidências na diferenciação do perfil do egresso, os processos são resultado de mudanças curriculares em que se usaram outras estratégias de mudança, para além das estratégias metodológicas, como a inserção no serviço de saúde e na comunidade desde o início do curso<sup>5</sup>.

A cidade de Sobral, interior do estado do Ceará, com intensa ampliação de cobertura de atenção básica à saúde, após 1997, alcançou resultados significativos nos indicadores básicos de saúde em pouco tempo. Nos últimos quinze anos, o município tem sido destaque em políticas públicas de saúde por suas inovações reconhecidas nacionalmente, sobretudo na maneira como produz a atenção básica ancorada na Estratégia Saúde da Família. No sentido exposto, os estudos que são desenvolvidos em Sobral podem ajudar a desvelar as singularidades desse lócus de construção do SUS, trazendo à tona potencialidades e fragilidades, na medida em que possibilita certa compreensão de como têm se dado tais processos, tendo em vista a importância que a formação de médicos tem para o cuidado à saúde. Nesse ínterim, parte-se da necessidade de se compreender como tem se dado o processo de implantação de mudanças na formação de médicos em Sobral a partir de iniciativas da própria escola e de sua participação em programas da parceria MS/MEC.

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi conhecer as práticas de ensino-aprendizagem, os arranjos institucionais e a participação de diferentes atores em curso de graduação em medicina na cidade de Sobral-CE.

## Aspectos metodológicos

Estudo qualitativo descritivo, desenvolvido no município de Sobral, localizado na zona Norte do Sertão Centro-Oeste do Ceará, polo regional de saúde, estruturado para apoiar, em assistência secundária e terciária, as regiões circunvizinhas.

A entrevista aberta, também chamada de entrevista em profundidade ou entrevista qualitativa, foi um dos instrumentos de coleta de dados utilizado com todos os sujeitos, exceto estudantes. Com estes últimos, utilizou-se a técnica de grupo focal, também denominada de entrevista grupal, método de cunho qualitativo, com o qual se podem adquirir opiniões relevantes e valores dos entrevistados<sup>6</sup>.

Foram participantes do estudo coordenadores, discentes e docentes de uma escola pública de medicina em Sobral, tendo sido selecionados segundo os critérios de inclusão: para os coordenadores, terem participado da construção das propostas enviadas aos programas do MS-MEC e terem coordenado o curso no período de 2005 a 2010; para os professores, terem exercido a docência entre 2005 a 2010 e terem participado das referidas propostas; em relação aos estudantes, foram convidados aqueles que participaram de alguma atividade desenvolvida pelos programas de incentivo a mudanças na formação dos ministérios acima, além de outros que estavam regularmente matriculados no período de 2006 a 2010.

A recusa ao consentimento livre e esclarecido caracterizou-se como critério de exclusão. Foram considerados outros critérios de exclusão: para os docentes, carga horária inferior a vinte horas semanais de trabalho, ou recém-contratados, menos de seis meses de contrato; para os coordenadores, excluíram-se os que estavam nos respectivos cargos por menos de seis meses.

A coleta de dados deu-se entre janeiro e julho de 2012. A quantidade de sujeitos entrevistados se deu por aleatoriedade e obedeceu ao princípio de saturação, o qual define, como critério de julgamento para o encerramento da amostra, a saturação teórica da categoria de análise a partir da organização do material empírico adquirido. Participaram do estudo: seis estudantes, um docente coordenador e dois docentes tutores do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), e um professor do curso de Medicina da UFC *campus* Fortaleza, que aceitaram o convite, totalizando 11 sujeitos. Ao se considerar a totalidade de docentes e estudantes do curso, o número de participantes é pequeno, fato que mostra certa limitação dos estudos de abordagem qualitativa, quando são consideradas possíveis contribuições singulares dos outros sujeitos. No entanto, observou-se, nos discursos adquiridos, a presença de repetições, que mostraram saturação, além de importantes enunciações discursivas que, após leitura minuciosa, produziram boa possibilidade de análise<sup>7</sup>.

A análise do discurso foi utilizada como técnica de análise do material empírico. Os procedimentos seguidos para se proceder à análise foram: inicialmente, estudaram-se as palavras do texto, em sua estrutura enunciativa; em seguida, foram identificados núcleos de sentido, e, por fim, elaborou-se a análise, a partir dos núcleos identificados, considerando a produção social do texto como constitutiva de seu próprio sentido<sup>7</sup>.

Os resultados foram organizados a partir de categorias discursivas, aqui chamadas apostas, quais sejam: a inovação pedagógica na formação médica; a estratégia da aprendizagem baseada em problemas, e a Estratégia Saúde da Família como eixo estruturante para a mudança na formação dos médicos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro, respeitando os aspectos éticos da Resolução 466/2002 do Conselho Nacional de Saúde. Para garantir o anonimato dos sujeitos, a identificação dos participantes será feita por numeração.

## Resultados e discussão

### Primeira aposta de mudança: currículo em módulos como inovação pedagógica

Observou-se, a partir dos discursos, que a proposta inovadora de organização curricular em módulos longitudinais e sequenciais é uma das apostas de mudança. O discurso, a seguir, valoriza este modelo, colocando-o como o principal aspecto de mudança do currículo: “Este currículo novo a grande diferença dele é que ele é modular, existem dois módulos longitudinais que percorrem durante todos os outros semestres” (Participante 1).

A discussão acerca da possibilidade de superação do modelo tradicional fragmentado de organização da estrutura curricular é bastante comum na literatura. Nos cursos da área da saúde, tal proposta tem sido referenciada como a necessidade de integração dos ciclos básico e profissionalizante (ou clínico) no percurso curricular. Este formato, que tem sido chamado de currículo integrado, trabalha na perspectiva de que as disciplinas deixem de existir autonomamente e passem a contribuir com conteúdos específicos dentro do processo de formação. Os conteúdos selecionados como essenciais para a formação do profissional são organizados de forma que haja integração por meio de alguns formatos, como: os módulos temáticos por ciclo vital, unidades por sistemas orgânicos ou por sequências de atividades em torno de conceitos-chave<sup>8,9</sup>.

No curso de Medicina em análise, o currículo desenvolve-se a partir de módulos sequenciais e longitudinais. Os primeiros estão organizados por sistemas dispostos em modulações consecutivas, nas quais várias disciplinas contribuem de forma harmônica para alcançar os objetivos propostos. São exemplos de módulos sequenciais: biologia celular e molecular, que integra genética, histologia, embriologia, bioquímica, fisiologia e farmacologia; aparelho locomotor, que integra histologia, embriologia, anatomia, fisiologia e farmacologia<sup>10</sup>.

Com os módulos longitudinais, busca-se integrar, durante toda a formação, conteúdos e práticas de duas áreas consideradas prioritárias: desenvolvimento pessoal e atenção básica em saúde, as quais se desenvolvem do primeiro ao oitavo semestre, com carga horária semanal fixa. Nesse período, busca-se integração entre as disciplinas nos semestres consecutivos e entre os módulos sequenciais. O módulo de desenvolvimento pessoal reúne assuntos relacionados aos aspectos humanísticos da medicina, englobando disciplinas como ética, psicologia e ciências sociais. Medicina social, atenção primária à saúde, diagnóstico de saúde da comunidade e atenção à saúde da criança, da mulher e do adulto são exemplos de assuntos e disciplinas que compõem o módulo de atenção básica em saúde<sup>10</sup>.

A organização curricular com vistas à integração dos conhecimentos das mais diversas especialidades é imprescindível para a orientação da formação dos trabalhadores, tendo em vista a integralidade do cuidado. No entanto, pelo discurso acima, percebe-se supervalorização desta estratégia como sendo a mais importante iniciativa curricular para o alcance das mudanças almejadas.

A perspectiva de integração curricular por meio da superação das tradicionais disciplinas pelos módulos integrados, sem dúvida, é uma aposta bastante válida. No entanto, discute-se que as complexas questões metodológicas envolvidas na mudança das escolas são tratadas, muitas vezes, como problemas resolvidos, cujas soluções estariam no conjunto de instrumentos e tecnologias utilizados<sup>8</sup>. Portanto, há que se estimar a complexidade dos processos e dos conteúdos envolvidos na necessária mudança da educação médica.

No que diz respeito, especificamente, aos módulos sequenciais, organizados por sistemas orgânicos, a passagem da tradicional divisão do currículo em disciplinas isoladas para este formato, pode mostrar-se apenas como aperfeiçoamento do ensino das bases disciplinares da biomedicina. Parte-se da integração de esforços docentes para a produção de determinadas articulações entre conteúdos distintos de acordo com as funções biológicas do corpo. Este movimento, mesmo gerando possibilidade de aproximações, antes não proporcionadas, entre os diversos docentes, promove, por outro lado, determinado reducionismo biologista das estratégias de inovação da educação dos médicos.

A estrutura dos módulos sequenciais é sinalizada positivamente pelo discurso discente, como se vê a seguir: “[...] como tudo é em módulo a gente via tudo de sistema respiratório, por exemplo, tipo, anatomia, histologia, a gente via tudo, naquele sistema a gente passou por tudo. A gente não viu

só histologia, era tudo integrado em sistemas. Eu acho que isso, pelo menos para mim, facilitava o aprendizado” (Participante 2).

Nesse trecho, a organização da estrutura dos módulos sequenciais é discutida pelos estudantes como importante para a construção do conhecimento a partir do recorte semântico dos sistemas orgânicos. Esse recorte, portanto, parece gerar melhor satisfação no percurso de desenvolvimento cognitivo. Isso pode ocorrer por sua organização segundo lógica estruturada semanticamente a partir de classificações terminológicas e divisões do corpo humano com seus diversos órgãos e aparelhos nas suas conexões. No entanto, vale ressaltar que as disciplinas clínicas dos semestres mais avançados, a partir do terceiro ano do Curso, possuem estrutura clássica a partir das especialidades, como, por exemplo: reumatologia, dermatologia, hematologia e muitas outras.

Nesse ínterim, a superação do modelo flexneriano de organização curricular fragmentado em disciplinas é buscada, neste caso, por meio da sofisticação da organização dos conteúdos por sistemas orgânicos, como forma de superar a dicotomia clássica entre os tradicionais ciclos básico e profissionalizante. Este modelo pode ser atrelado à ideia de que a medicina desenvolve seu saber técnico por meio de uma variedade de disciplinas que formatam e organizam o saber interventor e que “desconstroem” o corpo humano em seus vários órgãos, sistemas e aparelhos. Nesse movimento, a partir da integração dos vários sistemas e aparelhos, a articulação pretendida parece dar-se apenas nos planos abstratos de um lugar inexistente, um lugar do ensino da técnica em si, não sendo possibilitada tal integração no seu conjunto de práticas assistenciais e de cuidado<sup>11</sup>.

A escola de medicina em análise vem tentando implantar estratégias curriculares de aproximação de conteúdos das ciências sociais e humanas no seu currículo. Com intuito de trabalhar os aspectos socioculturais, conectados com os campos da biomedicina, produzem, semanalmente, espaços para essa abordagem, ao mesmo tempo em que são ensinadas as tecnologias de cuidado da clínica e da epidemiologia. Os discursos a seguir versam sobre esta tentativa:

“Primeiro que esse módulo longitudinal não é um módulo longitudinal, é uma sequência de disciplinas, [...], e cada uma delas tem um nome diferente. Então não existe uma continuidade que se esperaria [...] a gente chegou a tentar fazer um desenho, mas não conseguimos muito apoio do gestor e coordenador, [...] E aí, por conta das vicissitudes, brigas de departamento e de poder, algumas coisas malucas aconteceram nesses módulos [...] Fizemos outra disciplina, então transformamos completamente, [...], que é chamada Cuidados de Final de Vida, aonde a gente discute basicamente cuidados paliativos [...]. E também a discussão sociológica, filosófica e até pessoal e ética em relação à morte [...] essas disciplinas são um pouco marginais, a menos que o coordenador seja ligado ao nosso grupo, ele não tem interesse de mexer com isso”. (Participante 3)

“[...] a gente até tentou fazer mudanças mais radicais, mas não houve consenso entre os professores da atenção básica. Por exemplo, o primeiro semestre do curso é SUS, aí vamos falar a origem do SUS, fundamentação legal, financiamento, e isso não cabe para o estudante que acabou de passar no vestibular [...]”. (Participante 1)

Alguns docentes têm buscado construir horizontalidade no processo de formação por meio de arranjos inovadores, incluindo-se, por exemplo, a temática dos cuidados no final da vida como parte dos conteúdos do módulo longitudinal, e as estratégias para melhorar o contato dos estudantes com o tema das políticas públicas de saúde e reforma sanitária. No entanto, se deparam com dificuldades diversas que denotam as relações de poder entre os diversos segmentos de professores.

Pelos discursos, a mudança do modelo das disciplinas para os módulos parece ter gerado poucos processos “potencializadores” de integração mais concretos, denotando que o modelo, embora definido oficialmente no projeto pedagógico do Curso, possui entraves na sua consolidação. A integração curricular implica mudança de poder, na qual as disciplinas e departamentos deixam de dispor livremente de seu tempo e de seus conteúdos para fazerem parte de um jogo mais amplo, em que a participação de cada um está subordinada a um plano mais geral de formação, construído com base em grandes acordos coletivos<sup>8</sup>.

Os discursos anteriormente expostos apresentam, ainda, possíveis respostas às dificuldades levantadas, com destaque para a falta de apoio, dos gestores e parte do corpo docente, para a consolidação de desenhos inovadores. As dificuldades encontradas podem estar relacionadas, também, à insuficiente intervenção concreta no processo de ensino com base no desenvolvimento coerente e efetivo das referidas propostas metodológicas, a partir de pressupostos teóricos desejados. Ao estruturar um modo de ensino dos conteúdos que escapam da medicina biotecnológica, ou seja, da formação como somação de informações puramente mecânicas e biológicas, para a área das relações de produção do cuidado e da saúde coletiva, os discursos acenam que há pouco interesse em investir nesse tipo de arranjo, e que há marginalização desse debate no interior da escola.

Essa dificuldade na consolidação das inovações curriculares é corroborada, ainda, no trecho de fala docente, quando discute que há certa dificuldade dos estudantes em relação aos conteúdos acerca do SUS e a forma como são trabalhados. Observa-se que a inclusão de conteúdos estanques acerca das políticas de saúde no início do curso não está possibilitando a articulação de suas interfaces com a medicina e a organização dos serviços de saúde, tornando-se desgastantes na formação dos estudantes do primeiro semestre.

### **Segunda aposta de mudança: estratégia da aprendizagem baseada em problemas**

Outra aposta de inovação discutida pelos sujeitos do estudo foi a estratégia da aprendizagem baseada em problemas ou PBL (problem-based learning), sigla em inglês. Na escola em análise, o PBL é uma estratégia utilizada com vistas à mudança nos modelos de ensino-aprendizagem, discutida como importante no contexto do ensino de medicina. Os próximos discursos analisam este tema:

“Conseguimos também em 1998, por dois anos, um professor visitante que veio da Itália [...]. Ele trabalhou muito PBL com a gente [...]. Capacitou os professores do S3 (semestre três) que começou com um projeto piloto e que perdura até hoje”. (Participante 4)

“É engraçado que a gente chama de inovador uma coisa que já existe desde a década de 70, essa coisa de PBL [...]. Como por exemplos nos dois módulos longitudinais, e como tem tido certo incentivo para fazer PBL [...]. Há um pouco de problemática para fazer PBL em um curso que tem outros delineamentos que não são PBL”. (Participante 3)

“[...] o PBL é um padrão que eu não conhecia, cheguei a conhecer aqui na faculdade, mas ficou restrito bem aos primeiros semestres, realmente não faz parte da grade da gente [...]”. (Participante 5)

Os discursos apresentam esta metodologia como uma tentativa de mudança na educação médica, havendo investimento na capacitação docente para a aplicação deste método. Para estudiosos<sup>12</sup> do referido método, seus propósitos no ensino de medicina são: a) a motivação para o aprendizado; b) o desenvolvimento do raciocínio clínico; c) a estruturação do conhecimento em contexto clínico; e d) o desenvolvimento de habilidades de autoaprendizado.

O PBL é um método estruturado a partir de experiências desenvolvidas em escolas, sobretudo, holandesas, canadenses e americanas, desde a década de 1960, com base filosófica no pragmatismo de John Dewey e do cognitivismo de Jerome Bruner. Os pressupostos destes pensadores geraram um movimento de teorização da chamada aprendizagem pela descoberta, que tem como princípio fundamental o confronto com problemas e a busca de sua solução. O método tem sido bastante aplicado em diversas escolas no mundo inteiro e, no Brasil, vê-se seu desenvolvimento nas várias experiências de mudança curricular nos cursos da área da saúde, sobretudo de medicina<sup>13</sup>.

Para alguns pesquisadores, pode-se ver uma relação congênita da revolução pretendida pelo PBL com o advento da medicina baseada em evidências (MBE). Supõe-se que, nos Estados Unidos, 10% das escolas médicas utilizem esse sistema. A MBE tem sido intensamente desenvolvida, por isso, as escolas têm buscado incorporar tal idealização da medicina como prática cientificamente segura

e baseada na pesquisa aceita na comunidade científica. A relação entre PBL e MBE pode ajudar a compreender como as escolas de medicina têm apostado nesse tipo de metodologia inovadora<sup>14</sup>.

O PBL pode ser uma excelente oportunidade para a aproximação dos docentes com os estudantes e para a produção pedagógica centrada nas experiências. No entanto, muitas vezes, apresenta-se como mera sofisticação metodológica do ensino da biomedicina especializada, conectada com os pressupostos da MBE, com foco apenas na doença biológica. Sua utilização desfocada da realidade dos serviços de saúde não concorre para mudanças importantes nas formas de desenvolver a aprendizagem técnica, ética e política, pois o método pode centrar-se na doença e na técnica como um fim em si mesmo. A doença permanece – mesmo no PBL, que poderia focar outros aspectos da pessoa – sendo o imperativo da existência; e o mundo de onde partem os problemas a serem resolvidos com os estudantes nos grupos de PBL, é o mesmo mundo “tecnologizado” no qual o desenvolvimento da especialização e fragmentação da biomedicina encontra solo fértil para plena ascensão.

Por fim, observa-se que o PBL também tem sido visto como importante para se produzir a pedagogia da interação: de se repensar o papel do docente no ensino, de promover diálogo entre estudantes, de produzir a busca ativa do conhecimento e de integração curricular, além da integração teoria-prática. No entanto, mesmo reconhecendo as possibilidades de transformação que o PBL pode proporcionar, os discursos apresentam dificuldades na aplicação do método no decorrer de todo o curso.

Portanto, com o PBL, não está assegurada a articulação entre as dimensões subjetivas, nem a ruptura com a concepção “biologicista” de saúde com a aplicação deste método. Além disso, como o problema a ser trabalhado no método é elaborado isoladamente pelos docentes, não se garante a articulação de saberes necessária, podendo partir do olhar disciplinar de cada um, sendo construído de forma desvinculada do contexto real do sistema de saúde<sup>8,14</sup>.

### **Terceira aposta de mudança: a Estratégia Saúde da Família como eixo estruturante para a mudança na formação dos médicos**

Os discursos apresentaram a ideia da Estratégia Saúde da Família (ESF) como principal espaço de articulação do ensino com o sistema de saúde. Na proposta curricular em questão<sup>10</sup>, a ESF, identificada no currículo como assistência básica à saúde, está presente em toda sua trajetória, do primeiro ao último ano. Pode-se observar tal relação a partir do trecho de discurso:

“[...] professores do curso de medicina que estavam vinculados ao módulo de atenção básica, que é o módulo que vai lidar com a inserção dos estudantes de medicina no sistema público de saúde, eram professores que estavam vinculados ao sistema de saúde [...] e todos os professores do módulo de atenção básica têm alguma inserção no sistema de saúde, seja na assistência ou na gestão, e isso de certa forma facilitou”. (Participante 6)

A priorização da atenção básica como sendo, não apenas, a principal porta de entrada do sistema de saúde, mas construtora da integralidade, objetivo fim do SUS no Brasil, aparece, por si só, como produtora de um modelo inovador de atenção à saúde. Essa perspectiva no interior do Curso é confirmada no discurso abaixo, que ultrapassa a inserção dos estudantes no SUS e desloca a discussão, colocando a atenção básica como centro da formação médica: “Agora existia uma coisa que assolava e angustiava bastante os primeiros alunos [...]. Eu cheguei a ouvir professores comentando que era isso mesmo, enquanto outros se revoltavam com a ideia de que o curso iria formar médicos para trabalhar na saúde da família” (Participante 3).

Os enunciados demonstram que o desejo dos gestores da escola médica, mediatizados pela necessidade de médicos para a consolidação da atenção básica como estruturante para o SUS em Sobral, levam a ideia da consolidação da ESF para dentro da Escola, apresentando-a como foco principal da formação dos novos médicos.

A intensa ampliação da ESF, a partir de 1994, parece ter gerado a necessidade de se promover a formação e educação permanente dos profissionais com base nos seus pressupostos. No Curso em

análise, a partir da aproximação de sujeitos que transitavam entre a formação, a gestão e o trabalho no espaço da ESF, houve um movimento de defesa da formação do médico como devendo ser um tipo especializado em saúde da família. No entanto, embora não houvesse concordância entre docentes e discentes no início da construção do Curso, houve tentativa de produzir a formação médica com tal perfil<sup>15</sup>.

Esse movimento gerado pela gestão da escola parece trazer para a cena certa nuance de “especialismo”, ou seja, de ter-se, já na graduação, a ideia da formação direcionada para a ESF, para a busca pela especialização precoce do médico nesta área. Nas locuções discentes, por sua vez, confirma-se este desejo:

“Mas os representantes da atenção primária daqui são muito bons, então, eles acabam que puxando mais, incentivam mais [...]. Eles estão no curso todo, até quando você chega na saúde comunitária no internato você tem maior contato com eles [...]”. (Participante 7)

“[...] a questão do atendimento primário é muito forte na formação da gente [...] aqui em Sobral como funciona muito bem [...]. Acredito que a formação da gente é muito direcionada”. (Participante 8)

Observa-se, nas falas dos estudantes, que não é apenas a organização curricular que pode gerar o incentivo da formação direcionada para a atenção básica, mas, que esse movimento ocorre no ato das relações professor-estudante nos processos de ensino. Portanto, por mais que as estruturas curriculares e os gestores centrais do projeto pedagógico busquem garantir tal tendência, a partir das locuções discursivas acima, vê-se que os docentes têm contribuído diretamente com esse movimento no cotidiano da formação. Com suas práticas e desejos, os docentes podem proporcionar discretos cerceamentos subjetivos dos caminhos no cotidiano do ensino, para que os estudantes se voltem para o trabalho de medicina de família como especialidade médica prioritária.

Ao considerar-se a ESF como principal espaço de inserção dos estudantes no serviço e, dessa forma, caracterizada como lugar por excelência da produção da mudança no modelo de atenção à saúde, toda a retórica que tem sido produzida nessa perspectiva parece não considerar que o cuidado ultrapassa as barreiras da atenção básica. Ou seja, pode-se estar deslocando o principal objeto da formação de novos médicos, estabelecendo o campo da saúde como esfera reduzida aos cuidados primários.

Na fala dos discentes, que estão na fase final do Curso de Medicina abaixo, observam-se locuções que dizem respeito aos sentimentos em relação à sua experiência de inserção na ESF durante a formação.

“[...] o que não deixa o médico continuar no Programa Saúde da Família (PSF) é a educação dos pacientes. Porque quem frequenta o PSF? [...], são as pessoas que mais precisam, infelizmente, não são aquelas que têm educação, então é um trabalho muito cansativo, [...] acaba sendo muito mais de educação do que mesmo de saúde [...]. Aí você passa a sua faculdade inteira estudando, raciocinando patologias, para chegar lá e vê o paciente três dias seguidos com a mesma queixa e você fica até desconfiando do paciente”. (Participante 9)

“Então realmente o que despolpa o médico de ir para a saúde comunitária é você se dedicar tanto e ver que aquilo é em vão, porque, realmente não há, a educação deixa bem a desejar, às vezes até agressões verbais, ameaças, é muito chato, [...] entra na casa do paciente, entra no convívio do paciente, [...] Então, isso vai além do consultório, ele vai muito além, para pouco reconhecimento”. (Participante 10)

A experiência dos estudantes na atenção básica à saúde conduzirá a discussão de dois aspectos relacionados entre si: a sua relação com os usuários das periferias de Sobral e a valorização do trabalho do médico na ESF. Os discursos acenam fortemente para a “culpabilização” e desconfiança do usuário em torno de suas necessidades de saúde. Há uma tensão, um desconforto, entre a percepção



dos modos de vida das pessoas que procuram atendimento nas unidades de saúde da família e as perspectivas dos estudantes com relação ao seu encontro com o usuário.

A inserção dos estudantes na atenção básica é relevante e muito propícia, porém, a produção do cuidado, como objeto da formação, pode ficar empobrecida se não forem criados espaços pedagógicos “problematizadores”, com os quais busque-se analisar estes encontros do estudante com os usuários na sua formação. A aproximação dos estudantes, desde o início do curso, com a realidade do cotidiano dos usuários e o desenvolvimento da capacidade de produção de vínculo devem ser explorados como mote da formação para a integralidade. No entanto, a formação de novos médicos comprometidos com a produção da autonomia e inclusão dos usuários no mundo da cidadania não se dá apenas com a inserção neste espaço, como se ele fosse mágico, espontâneo.

Apesar de todo esforço das estratégias de educação, na maioria das vezes, as práticas assistenciais permanecem as mesmas, estruturadas por um processo de trabalho que opera com base em relações hierárquicas. Persiste um processo de trabalho fragmentado, nos moldes tayloristas: com saberes que se isolam uns dos outros, onde há dificuldade de interação entre membros de uma mesma equipe, e das equipes com os usuários, sobretudo, sob os valores e a cultura de uma clínica que tem, por referência, o modelo flexneriano<sup>16</sup>.

Os processos de aproximação da realidade dos serviços, de exposição dos estudantes, deveriam ser capazes de atingir o objeto relacional numa situação que permitisse o reconhecimento da situação singular do estudante e da capacidade de dialogar e agir tecnologicamente com a complexidade social em que ambos, usuário e estudante, estão inseridos. Porém, a profunda dimensão relacional de que os estudantes participam, parece estar sendo prejudicada ou fragilizada, não sendo capaz de produzir alteridade, acolhimento, compreensão e significação no processo de interação aí desenvolvido<sup>17</sup>.

Algumas pesquisas mostram fatores positivos na inserção dos estudantes na ESF, como no estudo<sup>18</sup> que identificou que práticas de visita domiciliar ajudam a fortalecer e ampliar vínculos, compromissos e favorecer a comunicação. Outros autores<sup>19</sup> discutem que o currículo com ampla abordagem no contexto da atenção básica possibilita ação direta do estudante em sua interação com a comunidade, havendo ênfase no desenvolvimento e fortalecimento das relações interpessoais, possibilitando formação de vínculo e trazendo a universidade para diálogo aberto com os serviços e comunidade.

No entanto, mesmo entendendo a ESF como o lugar por excelência de interação com a realidade das comunidades, como se vê no recorte dos discursos discentes em análise, ocorre certa desqualificação do usuário, estereotipado como deseducado, havendo pouca abertura para a valorização da diferença.

Ao se analisarem as interfaces micropolíticas presentes nos encontros entre os diferentes sujeitos no mundo do trabalho em saúde, chama atenção a ausência de interação, tendo em vista que, muitas vezes, esses encontros são mediatizados fortemente pelas forças externas, nas quais há presença apenas de estruturas da macropolítica, como, por exemplo, conhecimentos técnicos, protocolares e disciplinares, que, pertencentes fundamentalmente ao domínio dos saberes formais, prescrevem certos modos de atuar que capturam o trabalho por seu gerenciamento, protocolização e corporativização<sup>17</sup>.

Nesse contexto, os saberes do usuário, na sua complexa relação entre saúde, doença, autonomia, fragilidade, enfim, de suas necessidades singulares de saúde, são desqualificados, colocando nos formatos prescritivos, e até mesmo punitivos, a única possibilidade de intervenção.

## Considerações finais

As transformações propostas pelo SUS e pela reforma sanitária brasileira são um movimento de intensa produção de inovação para os campos da saúde e da educação. A partir de diversas propostas que são atravessadas por projetos que disputam modos de entender e agir sobre a atenção à saúde, o estudo ajudou a identificar que as apostas de mudança no ensino de médicos estão sendo experimentadas com importante intensidade na escola estudada.

Uma aposta rastreada nos discursos coloca na inovação metodológica, ou pedagógica, grandes possibilidades de aprofundar o desenvolvimento dos processos de mudança. Mesmo compreendendo

a importância de estratégias como a integração curricular por módulos, os módulos transversais e as técnicas de aprendizagem baseada em problemas, corre-se o risco de se produzirem discursos que colocam as técnicas em si, e sua sofisticação, como o centro do debate.

Dessa forma, conclui-se que as mudanças metodológicas propostas pela via da integração curricular não têm produzido, como se pretende, diferença significativa a ponto de interferirem no modelo real de formação. A centralidade da mudança nos aspectos apenas metodológicos coloca o problema da formação apenas no lugar da pedagogia, o que reduz, significativamente, a possibilidade de produção de processos de deslocamento do objeto da formação do corpo biológico, afetado pela doença, para a gestão de projetos de cuidado.

Portanto, mesmo se as estratégias metodológicas se dessem com melhor organização e efetividade, a centralidade da proposta no campo metodológico reduz o resultado da mudança. Ainda que as técnicas inovadoras de ensino estejam postas na centralidade da mudança na educação médica, pode-se correr o risco de ser desconsiderada a noção da revalorização do ato clínico como elemento essencial da medicina e como seu agente mais caracterizador.

Na aposta de valorização da inserção intensiva da formação em conexão com a ESF, observou-se que a exposição dos estudantes aos espaços de cuidado na atenção primária não possibilita, por si só, a produção de mudança nas formas de acolhimento e responsabilização na produção de projetos de cuidado. Sabe-se que esse processo é um desafio extremamente complexo e delicado. No entanto, os discursos dos estudantes levantaram sérias questões para serem pensadas nas formas de organização do processo de ensino-aprendizagem nos espaços de cuidado no SUS, tendo-se a necessidade de novas estratégias condizentes com a produção da alteridade como chave para a integralidade e humanização.

A discussão acerca de mudanças na educação dos profissionais não se dá de forma separada das inovações no campo do cuidado e das ações de saúde. O tema da formação, no entanto, traz fértil debate em torno de apostas que estão sendo evidenciadas, somando contextos discursivos utilizados em grande parte das experiências de mudanças que se evidenciam, não apenas, no campo da formação, mas na organização do cuidado. Esse é o caso da ESF como espaço para se discutir a mudança do modelo de atenção, tendo-se, aí, lugar privilegiado para se pensarem as intencionalidades de propostas da Saúde Coletiva. Por essa pesquisa, pode-se reconhecer o potente lugar de criação que é o espaço da formação no contexto do SUS.

### Colaboradores

Tiago José Silveira Teófilo participou ativamente da discussão dos resultados e da revisão e aprovação da versão final do artigo. Nereida Lúcia Palko dos Santos participou ativamente da discussão dos resultados e da revisão e aprovação da versão final do artigo. Rossana Staeve Baduy participou ativamente da discussão dos resultados e da aprovação da versão final do artigo.

**Referências**

1. Schmidt HG, Neufeld VR, Nooman ZM, Ogunbode T. Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences. *Acad Med*. 1991; 66(5):259-63.
2. Feuerwerker LCM, Sena RR. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. *Interface (Botucatu)*. 2002; 6(10):37-50.
3. Ministério da Saúde (BR), Ministério da Educação. Projeto de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de Medicina. Brasília (DF): MS; 2001.
4. Ministério da Saúde (BR), Ministério da Educação, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília (DF): MS; 2005.
5. Gomes AP, Rego S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? *Rev Bras Educ Med*. 2011; 35(4):557-66.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.
7. Godoi K, Bandeira-De-Mello R, Silva ABB. Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos. São Paulo: Saraiva; 2010.
8. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.
9. Trelha CS, Bobroff MCC, Almeida MJ. Custos das mudanças curriculares nos cursos de enfermagem e medicina. *Olho Magico*. 2005; 12(1):20-4.
10. Universidade Federal do Ceará. Pró-Reitoria de Graduação. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina: um novo currículo. Fortaleza: Imprensa Universitária; 2001. (Série Acadêmica).
11. Merhy EE, Acirole GG. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em medicina. *Pro-Posições*. 2003; 14(1):53-68.
12. Toledo Júnior ACC, Ibiapina CC, Lopes, SCF, Rodrigues, ACP, Soares, SMS. Aprendizagem baseada em problemas: uma nova referência para a construção do currículo médico. *Rev Med Minas Gerais*. 2008; 18:123-31.
13. Mamede S, Penaforte J, Organizadores. Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: Escola de Saúde Pública; 2001.
14. Gomes R, Francisco AM, Tonhom SFR, Costa MCG, Hamamoto CG, Pinheiro OL, et al. A formação médica ancorada na aprendizagem baseada em problema: uma avaliação qualitativa. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(28):71-83.
15. Goulart LMHF, Alves CRL, Belisário SA, 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.
16. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(23):427-38.
17. Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13 (Supl 1):531-42.
18. Romanholi RMZ, Cyrino EG. Visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(42):693-705.
19. Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos, RA. Ensino-Trabalho-Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesp, Abrasco; 2006.

Teófilo TJS, Santos NLP, Baduy RS. Apuestas de cambio en la educación médica: trayectorias de una escuela de medicina. *Interface* (Botucatu). 2017; 21(60):177-88.

El objetivo del estudio fue conocer las prácticas de enseñanza-aprendizaje, los arreglos institucionales y la participación de diferentes actores en el curso de medicina de la ciudad de Sobral-Ceará-Brasil. Este es un estudio cualitativo descriptivo que utilizó entrevista individuales y en grupo para la colecta de datos. Los participantes en el estudio fueron: coordinadores, alumnos y profesores de una escuela pública de medicina. El análisis del discurso fue la técnica de análisis del material empírico. Los resultados mostraron que los discursos enumeraron tres apuestas de cambio: currículos en módulos como innovación pedagógica, la estrategia de aprendizaje con base en problemas y la Estrategia Salud de la Familia como eje estructurador para el cambio en la formación. Se concluyó que los discursos ponen las técnicas pedagógicas propiamente dichas como el centro del debate. La atención básica a la salud surge como el espacio por excelencia para la acogida y responsabilidad en la producción del cuidado.

*Palabras clave:* Medicina. Educación médica. Aprendizaje con base en problemas. Salud Pública.

Submetido em 27/04/16. Aprovado em 05/05/16.