

Inserção dos Alunos da Primeira Série do Curso de Medicina em Serviços de Saúde

Participation by First — Year Undergraduate Medical Students in Public Health Services

Maria Bernadete Gonçalves¹
Ana Maria Silveira Machado de Moraes²

PALAVRAS-CHAVE

- Educação médica;
- Serviços de saúde;
- Integração docente-assistencial.

KEY-WORDS

- Education, Medical;
- Health services;
- Integration of teaching and health care.

RESUMO

Acreditando nos benefícios do contato do aluno de Medicina com o indivíduo e a comunidade, desde o início do curso, idealizamos este projeto de ensino, desenvolvido de 1998 a 2000. Os objetivos foram introduzir os alunos na prática da profissão médica, por meio do contato com a população, seus problemas e necessidades; estimulá-los a reconhecer o papel social e político do médico; e promover a integração escola-serviço. O projeto se desenvolveu numa unidade de saúde onde os alunos permaneciam quatro horas semanais em atividades gerais da unidade e mais duas horas semanais dedicadas ao estudo. Os alunos demonstraram bastante interesse nas atividades. Verbalizaram o quanto este estágio foi importante para o conhecimento da profissão e da realidade da saúde do município e como essas informações os ajudaram a compreender o significado das disciplinas estudadas no primeiro ano. Concluímos que, no currículo de Medicina, as atividades em unidades básicas de saúde devem ser priorizadas, não descuidando da formação científica e do embasamento teórico das práticas médicas.

ABSTRACT

Based on the belief that the advantage of integrating medical students into the community begins in their initial undergraduate course, we designed a special medical education project that was conducted from 1998 to 2000. The objectives were to encourage undergraduate students to acquire direct experience with the medical profession, working with people's problems and needs, and to stimulate them to recognize the physician's social and political obligations and promote integration between school and work. The project was developed in a public clinic where the students spent four hours a week involved in the unit's general activities, plus two hours of focused study. Students demonstrated considerable interest in these activities. They discussed how the experience in the clinic was essential for their knowledge of both the medical profession and the municipal public health service, and how this information facilitated their understanding of subsequent course work. We concluded that basic health activities should be a priority in the medical school curriculum, without neglecting the development of other basic scientific and theoretical activities.

Recebido em: 22/05/2001

Reencaminhado em: 18/07/2002

Aprovado em: 24/06/2003

¹ Doutora em Pediatria. Professora Adjunta do Departamento de Medicina da Universidade Estadual de Maringá, Paraná, Brasil.

² Mestre em Medicina Interna. Professora Assistente do Departamento de Medicina da Universidade Estadual de Maringá, Paraná, Brasil.

INTRODUÇÃO

De acordo com o conceito tradicional de ensino, o aluno é um ente receptor de informação, e isto é demonstrado pelo predomínio de aulas teóricas, expositivas, em todo o processo de formação, desde o ensino fundamental. Esta relação de poder, estruturada durante a graduação, promove a incorporação de novos conhecimentos de maneira pouco crítica. Um processo desejável seria o formativo, que proporcionaria ao aluno a oportunidade de um aprendizado relevante e, ao mesmo tempo, o domínio do método científico¹.

No ensino médico, o investimento tem sido feito apenas na transmissão de informação, levando o aluno a ser mero armazenador dos conhecimentos que lhe são repassados pelos docentes, de forma excessivamente passiva^{2,3}. A experiência descrita por Falcão² é bastante ilustrativa de como ocorre a deformação do espírito científico em estudantes de Medicina; o aluno ingressa na escola cheio de questionamentos e curiosidades, e no decorrer do curso vai progressivamente se distanciando do caminho da descoberta.

O atual processo de formação dos Cursos de Medicina está organizado sobre uma estrutura em que dois anos são dedicados ao ciclo básico e quatro anos ao profissionalizante, um modelo importado das escolas americanas há quase 100 anos^{4,5}. O ciclo básico, por meio das disciplinas, cumpre a finalidade de promover a compreensão do processo saúde-doença do indivíduo biológico, o que tem resultado na hipervalorização desse campo de conhecimento; por outro lado, disciplinas como ciências sociais, saúde coletiva e psicologia têm figurado apenas como um apêndice, sem qualquer relação com as disciplinas de conteúdo biológico. A dicotomia entre os conhecimentos ministrados no ciclo básico e no profissionalizante, assim como entre a teoria e a prática, com nítido predomínio da teoria, e a supervalorização da memória como principal atributo a ser estimulado nas avaliações aplicadas aos alunos são realidades cristalizadas no atual processo de formação^{6,7,8}.

O internato, organizado em estágios de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Toco-Ginecologia, Pediatria e, em algumas escolas, Medicina Social, consolida o modo de intervenção no indivíduo biológico^{4,5,9,10}. A resultante desse modelo é o lento crescimento cognitivo do aluno até o final do curso de graduação e a postura adotada no exercício profissional, com visível afastamento da ênfase na relação médico-paciente em detrimento do exercício médico de alta tecnologia e de alto custo¹⁰.

A implantação de atividades eletivas tem sido ensaiada muito timidamente em algumas escolas de Medicina da América Latina, e poucos são os esforços para manter a continuidade de experiências exitosas¹¹. Em geral, ocorrem por intermédio de projetos de extensão ou da criação de disciplinas

que visam correlacionar o estudo das matérias básicas com a prática profissional¹²; entretanto, na maioria delas, mantém-se nítida separação entre as ciências básicas e experiências clínicas, sendo que a motivação mais importante para o estudo das básicas continua sendo a necessidade de ser aprovado nos exames¹¹.

Por acreditarmos na necessidade de mudança, elaboramos, em 1998, um projeto de ensino para os alunos do primeiro ano do curso de Medicina, com o objetivo de inseri-los na prática da profissão escolhida desde o primeiro ano da graduação. Era também de nosso interesse avaliar se ocorreria diferença no aproveitamento das disciplinas do curso entre os alunos que foram incluídos no projeto e os demais, além de que pretendíamos promover a integração entre a Escola e os Serviços de Saúde.

MÉTODOS

Em 1998, primeiro ano do projeto, foram abertas dez vagas, preenchidas por alunos do primeiro ano do Curso de Medicina, por meio de sorteio entre os interessados em participar.

Os alunos participaram por quatro horas semanais em atividades práticas em serviço, no Posto de Saúde Mandacaru e no Hospital Universitário de Maringá (PR), acompanhados pelos docentes ligados ao projeto, durante o período letivo. Inicialmente, eles observaram o funcionamento da unidade de saúde e as atividades exercidas pelos profissionais. Posteriormente, participaram de forma mais ativa nas atividades cotidianas da unidade de saúde, nos setores de pré-consulta, sala de vacinação, sala de curativos, consultórios (Pediatria e Clínica Médica) e visitas domiciliares. Auxiliaram os funcionários a preencher fichas e a medir a pressão arterial, o peso, a estatura e a temperatura dos pacientes. Auxiliaram também na coleta de material para exames laboratoriais, na aplicação de vacinas e medicamentos injetáveis e na realização de curativos. No HUM, no Setor da Pediatria, acompanharam consultas ambulatoriais e visitas médicas na enfermaria.

Em 1999 e 2000, o estágio foi reduzido para um semestre letivo, a pedido dos alunos, para contemplar toda a turma do primeiro ano do curso. Assim, a turma I (10 alunos), participou do projeto no primeiro semestre, e a turma II (14 alunos), no segundo semestre. As atividades desenvolvidas foram nos mesmos moldes do ano anterior, com exceção de que estabelecemos rodízio entre os alunos, nos diversos setores de estágio, para que todos tivessem igual oportunidade de desenvolver as mesmas atividades. Além disso, introduzimos duas palestras, logo no início do estágio, com a finalidade de fornecer subsídios teóricos aos alunos: uma sobre cuidados universais de proteção pessoal a serem observados no contato

com pacientes hospitalizados e outra sobre o primeiro atendimento, extra-hospitalar, a pacientes com traumas físicos.

No final de cada dia de estágio, era realizada reunião com todos os alunos envolvidos no projeto, para a discussão de assuntos do interesse deles, resultado das anotações que haviam feito durante o período de atividades em cada setor.

O estágio foi avaliado pelos alunos de forma verbal e coletiva, em reunião do grupo, e por meio de relatórios individuais escritos, que descreviam as atividades práticas desenvolvidas e continham a opinião sobre o que haviam experimentado no Posto de Saúde e no Hospital Universitário, além de possíveis mudanças de atitude.

No primeiro ano em que o projeto foi desenvolvido, todos os alunos da primeira série foram avaliados pelos professores das disciplinas que estavam cursando, e essas avaliações serviram para comparar os alunos do grupo que participou do projeto com os demais. Os critérios utilizados nessa avaliação foram as notas bimestrais, provenientes de provas escritas, seminários ou outro método aprovado pelo colegiado de curso, e uma avaliação subjetiva, em que os professores foram convidados a atribuir notas de zero a três para cada disciplina nos seguintes quesitos: interesse (participação), responsabilidade (cumprimento de tarefas), curiosidade (questionamentos; complementação de aula), assiduidade e pontualidade, dedicação (estuda mesmo sem ser para prova).

Na análise estatística das notas bimestrais, foi utilizado o teste F para verificar a homogeneidade do grupo. Os relatórios pertinentes às avaliações subjetivas dos alunos pelos professores das disciplinas da primeira série foram lidos e analisados pelos pesquisadores que anotaram as conclusões relativas a cada grupo. Os relatórios redigidos pelos alunos no final do estágio foram submetidos ao mesmo processo de análise, e alguns textos foram selecionados para exemplificar as conclusões.

RESULTADOS

Avaliação do Estágio pelos Alunos (Conteúdo dos Relatórios)

Os alunos declararam que a primeira série do curso é muito teórica, ficando à margem da atividade médica, tornando difícil manter o entusiasmo com que ingressam na escola após o vestibular. O estágio, por sua vez, cria a expectativa da profissão, eleva o entusiasmo e estimula o auto-aprendizado. Isto pode ser visto nas seguintes falas:

"Posso dizer que esse projeto cumpre com seus objetivos, na medida em que, ao mesmo tempo em que me mostra a realidade da profissão que escolhi para seguir, cria em mim um entusiasmo ainda maior pelo curso".

"Com certeza este curto estágio em postos de saúde e no HUM pode abrir meus olhos a uma realidade que eu desconhecia".

"Quando entramos na faculdade, não esperamos ficar dois anos tendo uma gama de aulas teóricas e nada de pacientes".

"Tenho absoluta certeza de que o projeto foi muito válido. Todas as aulas que assistimos no primeiro ano de Medicina são extremamente teóricas, dando-nos a impressão de que não estamos nos preparando para o exercício da medicina."

Com relação à promoção de contato com a profissão e a população, eles deixaram isso muito claro nas declarações:

"O projeto tornou possível o contato com os pacientes e com o Sistema de Saúde de forma antecipada; isto é importante porque, através dele, conseguimos sentir a realidade em que vive o médico, alguns problemas que enfrenta na profissão".

"Foi importante já estabelecer uma relação com as pessoas que procuram o posto, como aconteceu nas duas semanas em que estive na pré-consulta".

"Uma certa vez, eu estava no corredor do posto, e uma senhora me chamou e pediu que eu medisse sua pressão, estava muito tensa e enquanto eu conversava com ela o colega mediu sua pressão, que estava muito alta... aquela senhora não parava de falar, contava-me seus problemas... chorou muito. Eu só ouvia. Ela foi se acalmando. Sua pressão tinha voltado ao normal... Este dia foi de uma grande lição para mim. Aquela senhora precisava desabafar, precisava ser ouvida. E isso eu pude ver em muitas consultas".

Outro aspecto observado foi o despertar da consciência do papel social e político do médico. Muitos alunos sugeriram que o projeto deveria incluir uma extensão para programas junto à comunidade local para a discussão de assuntos como drogas, gravidez na adolescência e alcoolismo. Alguns relatos:

"... muitas vezes, quando se entra num curso de Medicina, pensa-se em salvar vidas, imagina-se um hospital organizado, onde tudo é bonito; porém a realidade, principalmente da saúde pública, é muito diferente. No posto tive noção da realidade das pessoas que procuravam atendimento médico".

"No futuro, poderíamos ter um projeto que se destinasse ao contato com o paciente em sua casa, juntamente com um trabalho de conscientização, como drogas, gravidez na adolescência ou mesmo sobre parasitoses intestinais".

Com relação às disciplinas do ciclo básico, os relatos dos alunos indicam que o estágio os fez compreender melhor o porquê de estudá-las, mas o absenteísmo por ocasião das provas bimestrais foi grande.

"É interessante observar que, com a noção que tive sobre a condição socioeconômica de vários pacientes, fui capaz de refletir sobre as aulas de sociologia ministradas no primeiro ano do curso".

"...as atividades acrescentaram muitas coisas para o conhecimento da nossa profissão, além de permitir que fugíssemos um pouco das aulas estritamente teóricas do primeiro ano do curso".

"Foram muito valiosos os ensinamentos aprendidos na prática e, depois, compreendidos através de pesquisas e discussões em grupos".

"Muitos casos despertaram curiosidades e em casa pesquisamos e estudamos melhor o assunto, como carcinoma, câncer em geral e hipertensão e diabetes, casos muito freqüentes no posto".

"... é muito interessante para nós, do primeiro ano de curso, poder desde já acompanhar os casos no HUM (junto com os internos)... acho que o aprendizado se multiplica muitas vezes...".

"... vimos um caso de pneumonia na pediatria, estudamos a doença, a anatomia... seria muito proveitoso estudar junto à fisiologia... estudar as matérias interligadas faz com que a assimilação seja melhor".

"Foi difícil me organizar para não faltar ao posto, pois achava que tinha que estudar...".

Os alunos, em seus relatórios, fizeram algumas **recomendações** e solicitações, sendo as mais freqüentes:

"Que esse projeto seja estendido às outras séries do curso... que os locais de estágios sejam ampliados e diversificados: laboratórios, outros hospitais e postos de saúde".

"Que os próximos alunos das primeiras séries do curso tenham sempre essa oportunidade, passem por essa experiência".

AVALIAÇÃO DOS ALUNOS PELOS PROFESSORES DAS DISCIPLINAS DA PRIMEIRA SÉRIE

A avaliação dos alunos pelos professores que ministraram aulas aos mesmos em 1998 mostrou que não houve diferença significativa entre as médias das notas bimestrais obtidas pelos alunos dos dois grupos.

Em geral, os 19 alunos avaliados foram considerados interessados, curiosos, responsáveis e assíduos, porém parecem estudar o mínimo necessário para fazer provas, independentemente de terem participado ou não do projeto. Assim, participar ou não do projeto não modificou o comportamento dos alunos frente às disciplinas do curso, isto perante o que lhes é cobrado, ou seja, provas escritas, avaliação puramente cognitiva.

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO PELAS AUTORAS DO PROJETO

Avaliamos o estágio sob três aspectos: desempenho dos alunos, local de realização do estágio e métodos.

Com relação aos **alunos**, observamos que o desempenho destes foi muito variado; as turmas com alunos mais ativos, curiosos e independentes tiveram melhor aproveitamento. As diferenças puderam ser observadas nos próprios relatórios: muitos apenas listaram suas atividades diárias, não fizeram análise crítica do estágio. Outros apenas copiaram o relatório de colegas! Também foram poucos os que conseguiram demonstrar mudança de comportamento. Uma das alunas deixou clara a emoção que sentiu ao fazer seu primeiro procedimento técnico (aplicação de vacina); para ela, isso foi muito importante, pois relatou que tem colegas que só tiveram essa experiência ao ingressarem no internato médico. Outra aluna relatou que ficou chocada com a realidade das pessoas que freqüentam as unidades de saúde.

Quanto às disciplinas do primeiro ano, os alunos referiram ter maior interesse em estudar os aspectos vistos no posto de saúde e no hospital universitário do que as disciplinas obrigatórias. Alguns alunos mostraram tendência a supervalorizar a execução de procedimentos, como a realização de curativos e aplicação de injeções, sendo menor a percepção de aspectos da realidade ali disponíveis para reflexão:

"O que vemos no posto nos estimula a procurar ler sobre aquilo; diferente das matérias do primeiro ano, que não têm relação com o que é visto no posto".

"O projeto ajudou nos estudos, fazendo com que tivéssemos interesse por assuntos que estávamos vendo no curso...".

"Ajudou a conhecer como fazer curativos, o que se usa, para que servem as substâncias usadas; como retirar pontos, colher amostras de sangue, aplicar vacinas".

Em relação ao **local**, tivemos alguns problemas com a aceitação da presença de alunos na unidade por parte de alguns funcionários. Em 1999, esse fato já havia sido apontado, mas em 2000 os alunos manifestaram maior consciência desta situação nos relatórios.

O contato com os médicos foi o aspecto mais citado como produtivo nos relatórios dos alunos, sobretudo em 1999 e 2000. Convém lembrar que os alunos acompanharam apenas os médicos que concordaram em participar do projeto, aceitando a presença dos alunos nos consultórios e respondendo às suas indagações.

Quanto ao método, percebemos, pelo comportamento e fala dos alunos, que a atitude de apenas observar o trabalho de outrem criava monotonia, desestimulando-os. A cada ano, com o objetivo de melhorar o estágio, analisávamos os relatórios dos alunos e planejávamos as atividades para o ano seguinte, tentando atender às solicitações feitas. Acrescentamos atividades, como o contato com a comissão de infecção hospitalar e com o atendimento ao paciente politraumatizado junto ao Siate — Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência. Essas atividades foram bem aceitas, porém os alunos continuaram manifestando a necessidade de desempenhar mais atividades técnicas, mais procedimentos. Isto esbarrava na rotina da unidade, e alguns funcionários deixaram claro que os alunos estavam atrapalhando, uma vez que estavam retardando o atendimento.

A avaliação individual dos alunos, como realizada em 1998, não foi repetida nos anos subseqüentes porque os resultados não apontaram mudanças.

DISCUSSÃO

A questão da dicotomia entre teoria e prática nas escolas de Medicina vem sendo discutida há muitos anos. Até 1957, o internato era realizado em cada escola de maneira independente, embora a maioria exigisse sua realização antes do término da graduação¹¹. Algumas escolas americanas ofereciam o internato após a graduação, sendo que lá o diploma não dá direito ao exercício profissional. Na América Latina, as conferências sobre ensino médico realizadas em 1957 recomendaram a realização do internato antes do final da graduação e estabeleceram suas características principais: duração mínima de 11 meses, com atividades intra-hospitalares e obedecendo ao rodízio nas grandes áreas clínicas. Em 1977, 87% das escolas médicas cumpriam essa exigência. A implantação do internato implicou reconhecer que os programas formais dos cursos de Medicina estendem o ensino teórico e o papel passivo dos alunos até o momento da graduação.

Para Garcia¹³, o internato aparece como um remédio para a falta de experiência prática do aluno do curso de Medicina. Admite-se que o internato dá maior segurança e melhor domínio de técnicas específicas, porém é lógico reconhecer que o que se aprende em serviços hospitalares tem pouco a ver com o exercício da medicina geral extra-hospitalar; a atenção diária em pediatria e clínica do adulto em consultório e no domicílio tem diferença qualitativa em relação à assistência intra-hospitalar aprendida nos hospitais de ensino ou outros. Tem sido demonstrado que os pacientes internados em hospitais representam percentagem mínima dos que procuram atendimento^{11,12}.

O interesse pelo aprendizado em atenção primária é muito pequeno nos cursos de Medicina. No Brasil, a formação geral do médico sempre esteve centrada na rede de assistência médica hospitalar, com grave prejuízo para a formação do médico, que, como profissional, deverá atuar muito mais na assistência ambulatorial¹².

A intrincada rede de relações que envolvem a construção do marco conceitual da educação médica resulta da interação entre vários elementos, como a estrutura social e econômica e a prática médica em cada país; as relações internas do processo de produção dos médicos, a ideologia prevalente em nível profissional e a estrutura do poder internacional. A organização dos conteúdos curriculares e o tipo de experiência educacional contribuem de igual maneira ou até mais do que a transmissão verbal de conceitos. O conteúdo atende aos interesses de quem exerce o domínio na estrutura social e econômica; já o relacionamento entre professores e alunos na assistência varia com as mudanças sociais globais, sobretudo com as modificações na prática médica e na atenção à saúde, assim como com o número e procedência social dos alunos de Medicina.

Após a Segunda Guerra mundial, ocorreram inúmeras mudanças nas relações sociais em geral e na atenção e educação médica. Instalou-se nova estrutura de poder no mundo; houve diminuição da influência européia na América Latina, dando lugar à dos Estados Unidos da América. Essa época marca o início da industrialização; da migração do campo para as cidades; da expansão do sistema educacional; na saúde, se consolidam os sistemas de seguros sociais, há expansão e nacionalização da rede hospitalar, e leis são promulgadas para regulamentar o exercício da medicina. A partir de então, os médicos começam a se organizar em associações¹¹.

Frente a todas essas mudanças sociais, é natural a percepção da inadequação da estrutura dos cursos de Medicina para atender a essa nova demanda, a essa realidade. Faz-se, portanto, necessário rever todo o processo de elaboração curricular, considerando a situação da sociedade hoje e as funções exercidas pelos profissionais médicos.

Esse problema não está restrito ao nosso país, e algumas tentativas têm sido feitas para reverter esse quadro. O Programa UNI — Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde — tem sido um modelo adotado por várias instituições que buscam essa interação ensino / serviço e comunidade, e agora, após alguns anos de experiência, já se consegue uma avaliação de seu desempenho em várias localidades. O programa teve início na última década do século XX. A idéia era desenvolver uma proposta tripartite entre as universidades, os serviços públicos de saúde dos municípios

e a comunidade. A universidade seria catalisadora das propostas e a porta de entrada dos recursos da fundação doadora mantenedora do programa (Kellogg), que, em resumo, visava reestruturar a forma de atuar no binômio saúde-doença, privilegiando a atenção primária em saúde¹⁴. Em 1992, foram iniciados 15 projetos em cidades pontuais da América Latina, e em 1994 outros oito projetos foram incluídos.

Na Venezuela, a interação entre a escola e o sistema de saúde, como no Brasil, sempre foi muito frágil e centrada no âmbito hospitalar¹⁵, atendendo às exigências de um currículo voltado ao biológico, ao diagnóstico médico da doença. Não havia preocupação com as pessoas, que eram tratadas como objeto de estudo para a doença e não para o ser humano em si, o ambiente familiar, social e do trabalho. Nesse país, a interação entre as três partes envolvidas não foi bem aceita; a academia rejeitava a vinculação da comunidade com o processo educativo dos estudantes, e nos serviços de saúde não se aceitava a participação da comunidade nas decisões quanto à solução dos problemas de saúde¹⁵.

No Chile, em 1988 tentou-se mudar a metodologia do ensino-aprendizagem para tentar atender às expectativas em relação ao desempenho dos profissionais de saúde. Investiu-se na articulação docente assistencial, na capacitação docente, na pesquisa, na atuação de equipes multiprofissionais. No final, o saldo não foi o esperado. Os motivos alegados para o fracasso foram a dificuldade em lidar com a comunidade e a falta de incentivo para os profissionais dos serviços e docentes participantes; acredita-se que a participação de maior número de cursos da área da saúde e social em projetos dessa natureza facilitaria sua aceitação¹¹.

Na Colômbia, o projeto Uni-Cali adotou diversas estratégias para auxiliar a obtenção dos objetivos propostos no ideário UNI; de acordo com os relatos de Salazar¹⁶, para atingir os objetivos é preciso que as alianças gerem mudanças na cultura institucional dos participantes, e a flexibilidade seja uma constante. Ela sugere que, na construção da parceria, deve-se reconhecer que cada instituição tem sua própria missão, objetivos e processos, que são influenciados pela convergência conceitual e operativa existente entre elas.

No Brasil, o projeto da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), que avalia as escolas de Medicina do país desde 1991, mostrou que elas devem procurar alternativas metodológicas, uma vez que não estão cumprindo com o objetivo de formar profissionais comprometidos com a realidade da população que irão assistir^{4,9,10}. Durante os últimos dez anos, a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e a Cinaem vêm promovendo amplas discussões sobre a necessidade de mudanças no ensino médi-

co, ao tempo em que alguns estudiosos no assunto têm alertaado para o risco da importação de modelos de ensino elaborados fora da nossa realidade social³.

Existem experiências bem documentadas no Brasil, a maioria em municípios que tiveram projetos aprovados pela rede Unida. Em Botucatu (SP), por exemplo, a proposta de trabalho em parceria entre os serviços de saúde, a comunidade e a universidade mostrou alguns aspectos não previstos no referencial teórico do projeto. O jogo e a relação de poder entre os parceiros têm que levar em conta as diferenças e os conflitos reais entre os sujeitos que portam diferentes projetos e acumulam diferentes recursos. Deve haver o reconhecimento de que a tarefa é complexa e não há fórmulas mágicas e simples; de que a prática em parceria, que envolve três setores complexos — saúde, educação e movimentos sociais — pode e deve ser reinventada a cada instante¹⁷.

Muito pertinente é a análise da experiência com o projeto UNI na Bahia, realizada por Costa & Kalil¹⁸ em 1999. As autoras chamam a atenção para a forma de inserção de cada segmento no processo como um dos aspectos que dificultam o sucesso do programa. Para a universidade e profissionais da rede de serviços, por exemplo, participar do projeto faz parte do trabalho das pessoas, é tarefa realizada em tempo pago. Por outro lado, para a comunidade, a participação é militância cidadã, sobretrabalho voluntário. Isso determina limites para o tempo que cada um pode dedicar ao trabalho e influir nas disponibilidades das pessoas envolvidas. A linguagem de cada segmento participante é diferente: o UNI assume a linguagem da universidade, o que provoca resistência nos outros dois. Já a universidade, detentora da aura da verdade, do saber científico, também resiste à linguagem dos outros parceiros. Outra questão é que o objetivo deve ser claro, mobilizador, e o resultado esperado deve ser percebido por todos. As autoras concluem que, após quatro anos de projeto, o desafio continua, as dificuldades são muitas; falta experiência e há resistência em montar o ensino-aprendizagem a partir do real, da prática do trabalho; há interesses corporativos; dificuldades em organizar o tempo pedagógico x tempo do serviço e demandas da população; finalmente, há o desencanto. É preciso haver respostas; é preciso haver pessoas e grupos comprometidos com a idéia¹⁸.

Todos esses aspectos foram observados em nossa experiência, todo o conflito foi percebido pelos alunos, houve resistência bilateral e, de certo modo, uma frustração, uma sensação de incompetência na realização de um trabalho melhor, de um trabalho mais produtivo, mais útil a todos.

Uma experiência que merece ser citada é a que se desenvolve em Niterói, onde a Universidade Federal Fluminense

(UFF) há vários anos trabalha junto aos serviços públicos de saúde¹⁹, mostrando a real necessidade de um envolvimento político quando se deseja promover mudanças. Na verdade, é um trabalho que deveria ser imitado em outros locais, com as devidas precauções, uma vez que a situação política local é crucial para o êxito do projeto.

Outro ponto que merece ser discutido nessa experiência com alunos de primeiro ano do curso médico é a questão da precocidade ou não em expor esses alunos à realidade da profissão. Acreditamos que a observação e o acompanhamento da realidade nas questões da saúde local estimulam o aluno ao estudo do porquê dessa situação, seja da comunidade ou do indivíduo, e despertam o interesse em buscar soluções. A nosso ver, não basta expor os alunos a situações reais em saúde; é necessário criar vínculo com a comunidade, com os serviços; os alunos devem se sentir parte do processo. O que observamos, no entanto, é que nas escolas de Medicina as definições dos objetivos educacionais não têm sido suficientes para produzir as mudanças curriculares radicais que se fazem necessárias, e as resistências são muitas.

Uma das justificativas para a manutenção desta postura metodológica no ensino médico é a crença dos educadores na imaturidade do aluno ao ingressar no curso⁷. A exposição desse aluno "imaturo" ao sofrimento humano poderia trazer sérios prejuízos à sua formação. Outra argumentação é que somente no ciclo básico é possível formar no aluno o "espírito científico", pois os professores do ciclo profissional são fundamentalmente práticos e empíricos. Esse pensamento há muito está ultrapassado, e cada vez mais escolas tradicionais vêm mostrando os benefícios do contato do aluno, desde o primeiro ano do curso médico, com os pacientes, em serviços de saúde e na comunidade, promovendo a integração entre os ciclos básico e clínico^{2,8,19}. É evidente, no entanto, que existe resistência dos docentes em participar de atividades em serviços de saúde fora do hospital universitário. Isto ficou claro nas respostas evasivas obtidas por Turini²⁰ entre os docentes médicos da Universidade Estadual de Londrina. Alguns professores acham inútil a realização de atividades práticas para alunos do primeiro ano; para alguns, estes seriam incompetentes, despreparados para compreender a realidade social das comunidades; para outros, os alunos ficariam sem tempo para estudar; e alguns professores simplesmente alegam dificuldades operacionais.

Há vários anos se discute a inadequação das escolas médicas à formação de um profissional que atenda às demandas da população^{4,6,8,9,21}. Alguns estudiosos, como o professor Philadelpho de Siqueira, vêm enfatizando há várias décadas a necessidade de investir em mudanças no ensino

médico e pouco têm conseguido. Talvez, com o movimento gerado pela Cinaem desde 1991, com o advento do Exame Nacional de Cursos do MEC (Provão) e com o incremento do programa Saúde da Família, do Ministério da Saúde, as escolas reconheçam essa necessidade e realizem as mudanças necessárias.

O relato dos alunos de Medicina da Universidade Estadual de Maringá foi semelhante ao dos alunos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que passaram por experiência semelhante na primeira série do curso. As declarações dos alunos reforçam a importância da extensão acadêmica na formação profissional²². Para Shainblatt²³, com quem concordamos, com a educação no trabalho o estudante consolida e amplia seus conhecimentos, desenvolve hábitos, habilidades, convicções e a consciência do valor humano e social da profissão.

A integração escola x serviço não foi satisfatória, e acreditamos que esta só será conseguida a partir de um projeto em que as funções de cada instituição sejam preestabelecidas. A nosso ver, caberia à escola desenvolver com os alunos atividades educativas e contribuir com o serviço na elaboração de protocolos e na formação de grupos de atenção à saúde, de acordo com a demanda da unidade. Os alunos deveriam participar dessas atividades desde o início do curso e a cada ano iriam assumindo responsabilidades maiores e exercendo atividades mais complexas.

Concluindo, acreditamos na necessidade de ampliar as discussões nas escolas e incluir esse e outros tipos de atividades da prática profissional nas reflexões teóricas que permeiam a construção dos temas do currículo do curso de Medicina, hoje ministrados de forma eminentemente expositiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Otávio AED'. Información y formación en las escuelas médicas. *Med & Soc* 1988;11(3): 50-54.
2. Falcão EBM. Uma experiência de ensino centrada na formação do pensamento científico do estudante. *Rev Bras Educ Méd* 1995; 9(3):147-153.
3. Siqueira BP. Cooperação internacional em educação médica: desafios e possibilidades. *Anais do XXXI Congresso Brasileiro de Educação Médica*;1993 Nov 15-19; São Luis, Brasil. Rio de Janeiro: ABEM, 1993. p.137-138.
4. Piccini RX *et al.* Avaliação do ensino médico no Brasil: relatório da primeira fase, estudo epidemiológico de desenho ecológico. *Rev Bras Educ Méd* 1992;16 (1/3): 37-42.
5. Santos RC. Um ator social em formação: da militância à descrição e análise do processo de formação médica no

- Brasil. [dissertação] Campinas, Universidade de Campinas, 1998.
6. Oliveira JA. Uma proposta para reflexão da Universidade sobre a Educação Médica no país. *Rev Bras Educ Méd* 1988;12(1): 1-4.
 7. Wannmacher CMD. A integração entre o ciclo básico e o ciclo clínico na perspectiva do médico do terceiro milênio. Fórum de avaliação do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina; 1997.
 8. Guze PA. Cultivating Curricular Reform. *Acad Med* 1995; 70(11): 971-973.
 9. Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico. CINAEM — Projeto de Avaliação do Ensino Médico no Brasil. Fase II: Avaliação das Escolas Médicas do Brasil. [s.l.: s.n.]; 1994.
 10. Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico. CINAEM — Projeto de Avaliação do Ensino Médico no Brasil, Fase III: Transformando a Educação Médica Brasileira, [s.l.: s.n.]; 1998.
 11. Andrade J. Marco conceptual de la Educación médica en la América Latina. OPAS/ OMS, 1979. Série Desarrollo de Recursos Humanos, nº 28.
 12. Marcondes E, Carazzato JG, Friedmann AA. Iniciação das atividades Clínico- assistenciais. In: Marcondes E, Gonçalves EL. coord. Educação Médica. São Paulo: Sarvier; 1998. p.167-173.
 13. Garcia JC. La educación médica en la América Latina. Washington (DC): OPAS; 1972. (Publicación Científica, 255).
 14. Chaves M, Kisil M. Projeto UNI: origens, concepção e desenvolvimento. In: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M. org. A Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; 1999. p.1-16.
 15. Lá Cruz EM, Uzcátegui AG, Valera NM. Novas experiências de interação entre Academia, Comunidade e Serviços de Saúde. In: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M. org. A Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; 1999. p.207-213.
 16. Salazar L. Alianças estratégicas na construção de "Saúde para todos": uma visão e missão compartilhadas. In: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M. org. A Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; 1999. p.13-18.
 17. Lins AM, Luque ALF, Rúbio MS. A construção de parcerias e alianças: reflexão e aprendizado. In: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M. org. A Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 7-12.
 18. Costa HOG, Kalil MEX. Construindo parcerias e alianças. In: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M. org. A Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; 1999. p.19-26.
 19. Silva Júnior AG, Pires AC, Marins JJJ, Tomassini HCB. As experiências de articulação Universidade x Serviço x Sociedade em Niterói, RJ. *Divulg saúde debate* 1996;12-19.
 20. Turini B. Interação com os serviços e com a comunidade durante a formação médica: o que pensam os professores? [Dissertação] Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 2000.
 21. Leitão EG. Meditação sobre o ensino médico. *Rev Bras Educ Méd* 1983;7(3): 135-166.
 22. Buchabqui JA. editor. Medicina: será que é isso? Porto Alegre: UFRGS, 1999.
 23. Shainblatt BK. El sistema de principios de la enseñanza, dialéctica de la instrucción y la educación. *Educ Med Salud* 1992; 26 (2): 251-262.

Endereço para correspondência

Profª Dra Maria Bernadete Gonçalves
 Universidade Estadual de Maringá — Centro de Ciências da Saúde — Departamento de Medicina
 Avenida Colombo, 5.790 — Bloco 111
 87020-900 — Maringá — Paraná
 E-mail: m.b.goncalves@bol.com.br

Profª Ana Maria Silveira Machado de Moraes
 Universidade Estadual de Maringá — Centro de Ciências da Saúde — Departamento de Medicina
 Avenida Colombo, 5.790 — Bloco 111
 87020-900 — Maringá — Paraná
 E-mail: amsmmoraes@uem.br