



Formação Médica: uma proposta diante das demandas da sociedade. Experiência da Pontifícia Universidade Católica do Paraná-PUCPR

Edimara Fait Seegmüller

Médica Pediatra

Especialista em Gestão de Serviços de Saúde pela Fepar

Mestranda em Educação na PUCPR

Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

Ronald Gielow

Enfermeiro

Especialista em Saúde Coletiva pela PUCPR e Mestrando em Educação pela PUCPR

Marilda Aparecida Behrens

Doutora em Educação pela USP

Emilton Lima Junior

Médico Cardiologista e Doutor em Cardiologia



Resumo

O artigo contempla uma retrospectiva histórica das escolas de Medicina no país. Destaca as Diretrizes Curriculares no Brasil, como caminho de sistematização do ensino médico, integrando-o à sociedade e garantindo a qualidade de formação profissional. Em uma “metodologia para o ensino médico” apresenta os desafios de repensar as formações, baseadas num modelo flexneriano; reporta uma tendência de superação deste modelo, com metodologias que buscam novas formas de produção de conhecimentos. Detalha a aprendizagem baseada em problemas – PBL. Em um “exemplo de currículo médico, baseado em PBL”, exemplifica a experiência vivenciada no Curso de Medicina da PUCPR, que reflete sobre a formação profissional médica e inicia mudanças na grade curricular. Como resultado desta experiência, a PUCPR ampliou as atividades ambulatoriais em Unidades Municipais de Saúde - UMS de Curitiba, para atender os Estágios em Saúde da Família e Comunidade - ESFC, previsto na grade curricular, do segundo ao nono semestre. Por fim, considera o desafio da busca de uma lógica diferente na formação médica, que inclua múltiplos olhares e dimensões, inserindo o aluno na comunidade.

Palavras-chave: Formação Médica; PBL (Aprendizagem Baseada em Problemas); Saúde da Família e Comunidade.

Abstract

This article contemplates a historical retrospect about the Medical Schools in Brazil. It detaches the Curricular Lines of direction, as way of systematization of medical education, integrating the society and guaranteeing it to the quality of professional formation. In one “methodology for medical education” it presents the rethink formation challenges, based in a Flexner Model, it reports a trend of overcoming this model, with methodologies that search new forms of knowledge production. It details Problem-based Learning - PBL. In an “example of medical resume, based in PBL”, it describes the experience lived in the medical school of PUCPR, reflecting on the medical formation and initiating changes in the curricular grating. As a result of this experience, PUCPR extended the clinical activities in Curitiba Health Centers, to take care of Family and Community’ Health training periods, foreseen in the curricular grating, of second to ninth semester. Finally, it considers the search challenge of a different logic in the medical formation that includes multiples looks and dimensions, inserting the pupil in the community.

Key words: Medical formation, PBL (Problem-based Learning), Family and Community’ Health

A retrospectiva histórica da criação das escolas de Medicina no país permite perceber a intervenção do Estado neste processo, especialmente, com a chegada de Dom João VI ao Brasil, quando as atividades relativas à Medicina experimentaram grande incentivo intelectual. Desde então, foram feitos cerca de 30 decretos ou decisões visando uma estrutura mínima de desenvolvimento da medicina no país. Antes, a profissão de médico era exercida por curadores e boticários. Havia poucos cirurgiões e médicos, todos com formação na Europa. O rei Dom João VI criou uma escola médica na Bahia e outra no Rio de Janeiro. Os profissionais formados na Europa foram substituídos pelos doutores nacionais, das escolas baiana e carioca. Mas, no essencial, a medicina praticada no Brasil foi, até o século XIX, a européia, em particular a francesa. (EDLER, 2001)

A clínica médica, durante o período colonial e o Primeiro Império, destacou-se por sua eficiência, na Bahia, e, principalmente, no Rio de Janeiro, com professores de grande argúcia e competência. Como o ensino era quase todo de natureza teórica, livresca e sem originalidade, pois se limitava às doutrinas da medicina francesa, os médicos acabavam dotados de notável cultura (EDLER, 2001, p.14). Em 1879, o francês Louis Couty encontrou excelente desenvolvimento intelectual, mas total ausência de experimentação em

todas as escolas. Estas eram apenas pedagógicas, de aplicação, sem qualquer preocupação com a pesquisa (EDLER, 2001).

No século XX, os cursos de Medicina passaram a adotar o modelo americano de atenção à saúde, onde os médicos são o centro nos sistemas de serviços de saúde, pois as instituições são organizadas com base no conhecimento, sob uma tradição hipocrática, ou seja, uma ética individual e não a ética social.

A experiência vivenciada na área da Saúde permite observar que o Curso de Medicina contempla a presença de um currículo oficial e de um currículo oculto, visto que o estudante incorpora, como próprias, as formas de comportamento e os valores dominantes no grupo médico, para chegar a pertencer a esse segmento social. É um processo de identificação quase imperceptível, concomitante à aprendizagem formal, no qual o aluno identifica os atributos que lhe dão prestígio social e adquire uma escala de valores. Neste sentido, cabe a contribuição de Mendes (2001, p.70).

Porém adentramos ao século XXI com incertezas inerentes às práticas de saúde que levaram ao movimento por resultados que se estruturou em função de: uma crescente consciência de que há grandes defasagens de conhecimento entre os procedimentos que se supõem efetivo e aqueles que de fato o são, que muitas intervenções clínicas não atingem seus objetivos; que há grande contingente de pessoas que não estão tendo acesso a procedimentos efetivos; e a

importância de mudar os comportamentos dos profissionais médicos para realizarem procedimentos mais efetivos e mais eficientes.

Os cursos de Medicina, em geral, tendem a apresentar ausência de multidisciplinaridade e de intersetorialidade nas suas estruturas administrativo - pedagógica, sendo que grande parte, senão a totalidade, do corpo docente é composta por profissionais que atuam no mundo de trabalho específico e se dedicam ao magistério algumas horas da semana. A maioria desses profissionais nunca teve contato com uma formação pedagógica para desenvolver o papel de professor. Neste contexto, Cunha e Leite (1996, p.87) acrescentam:

“Coerente com essa situação, os professores ligados às profissões liberais nem sempre estão preocupados com a realização de cursos de pós-graduação, porque não são eles que os projetam valorativamente. Também não são os que mais se envolvem com a pesquisa, apesar de estarem sempre atentos aos seus resultados e ao conhecimento de última geração. A extensão está presente como um meio de aprendizagem na forma de assistência, cumprindo mais a lógica da prestação de serviços do que de compromisso político-social”.

As políticas de saúde do Brasil, e também as diretrizes da Organização Mundial da Saúde permitem perceber que quem as desenvolve não são médicos em sua maioria, e sim grupos multiprofissionais, das mais diversas áreas do saber. No entanto, na Constituição

Brasileira a Saúde foi definida de forma ampla e transformada em direito de todos e dever do Estado. Assim, para atingirmos tal ideal, o sistema de saúde brasileiro vem passando por profundas transformações, tentando, ao longo dos últimos anos, sair do modelo hospitalocêntrico e agudocêntrico, pois a transição demográfica vem produzindo alterações na estrutura de idade das populações, gerando o crescimento relativo de patologias crônicas.

A sociedade e o mundo do trabalho buscam um profissional diferente daquele que tem sido formado nos cursos. A competitividade do mundo, do trabalho e as questões sócio-econômicas que envolvem o setor saúde exigem do mesmo não apenas o seu conhecimento técnico científico, na maioria das vezes fragmentado, mas requer competências para que ele interaja com todos os setores da sociedade, sendo necessárias mudanças na formação e nas instituições formadoras.

Diretrizes Curriculares para o Curso de Medicina no Brasil

As diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em medicina, homologadas e publicadas em 2001, marcam uma tentativa válida de sistematização do ensino médico no Brasil. Atualmente, temos grandes

Tuiuti: Ciência e Cultura, n. 39, p. 9-22, Curitiba, 2008.

desafios a serem vencidos no tocante à preparação profissional voltada para o verdadeiro mercado médico no país.

As distorções começam na expectativa das famílias e dos alunos que ingressam na universidade, especialmente no Curso de Medicina. Estas pessoas acreditam em um sucesso imediato, em um status social e principalmente na dedicação em determinadas especialidades médicas. No entanto, quando perguntamos aos alunos ingressantes porque eles escolheram fazer medicina, a grande maioria responde: “para ajudar e fazer diferença na vida das pessoas”, o denota, ainda, o espírito humanista bastante vivo dentro destes jovens. Aí, nos perguntamos em que momento da formação profissional é que alguns deles se distanciam do propósito inicial.

Temos a expectativa que as Diretrizes Curriculares para o Curso de Medicina possam contribuir em muito para que essa distorção diminua, com uma visão cada vez maior de integração com a sociedade, garantindo a qualidade da formação profissional.

Uma metodologia para o ensino médico

As exigências da sociedade no século XXI carregam o enfrentamento das mudanças paradigmáticas na

ciência e, por conseqüência, na Educação. Assim, geram a necessidade de buscar novos caminhos para a formação dos profissionais em todas as áreas do conhecimento. O curso de medicina também é desafiado a repensar a formação reducionista e linear ofertada para os alunos baseada num modelo flexneriano, ou seja, fundamentado num paradigma que mantinha como foco: a repetição, a memorização e a reprodução do conhecimento.

Na última década do século XX começam aparecer metodologias que tendem a superar o modelo de reprodução e buscam a produção do conhecimento, dentre elas, destaca-se o PBL (Problem-based Learning). Essa metodologia se espalha rapidamente no mundo com forte tendência nos cursos de Medicina e em cursos da área de Saúde.

O PBL “[...] é uma estratégia didático-pedagógica centrada no aluno, que tem o problema como elemento motivador e integrador do conhecimento” (AFFINI e AMÉRICO, 2007, p.01).

Foi desenvolvido inicialmente na Faculdade de Saúde da Universidade, no Canadá, “[...] como uma tentativa de superar dificuldades identificadas no ensino de graduação dos estudantes de medicina. Dentre estas, destacava-se a dificuldade de retenção e aplicação dos conhecimentos adquiridos no período de estudo das ciências básicas e sua aplicação na

prática clínica” (SOARES, SERAPIONI e CAPRARA, 2001, p. 55).

O PBL tem sido adotado também em algumas universidades brasileiras. Dentre elas, destaca-se a Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), que busca atender ao desafio de uma formação médica que leve, por meio da problematização, a uma produção do conhecimento criativo, crítico e transformador. Assim, com autonomia universitária, atende a possível “[...] ruptura com um currículo mínimo que enquadrava todos os cursos de graduação em um mesmo modelo, ignorando ou negando características diversificadas da sociedade brasileira: complexidade natural e social, heterogeneidade e desigualdades de diversas naturezas” (BRASIL, 2006, p. 43).

Pode-se dizer que o PBL acolhe os princípios relevantes propostos desde a Escola Nova, inspirada por John Dewey, ao valorizar as experiências concretas. Acrescido da abordagem progressista de Paulo Freire que estimula a interação professor-aluno e o ensino humanista, dialógico, crítico e transformado. Com essa abordagem, o aluno é valorizado enquanto sujeito que constrói seu conhecimento e sua história. Segundo Behrens (a) (2006), o PBL envolve também um ensino com pesquisa, pois possibilita uma melhor alternativa metodológica para atender às necessidades atuais da

formação médica e oferece um grande avanço em relação à superação do modelo americano adotado por tanto tempo nos cursos de medicina.

A metodologia do PBL atende ao um novo paradigma da complexidade que tem como foco central a superação da visão reducionista e a busca de uma visão de todo. Essa metodologia propõe problematizações reais em medicina, conduzindo o aluno ao desenvolvimento do pensamento crítico e da capacidade de aprender, ao oferecer-lhe o acesso aos conhecimentos mais relevantes e propiciando a vivência não só nas habilidades técnicas, como também, na adoção de atitudes éticas e humanistas. Como bem lembra Elliot, (2007, p. 180), “O ensino é uma atividade intencional dirigida a gerar resultados de aprendizagem para os alunos”. Assim, não basta só ensinar o que o aluno tem que aprender. É exatamente isso que o PBL proporciona.

No PBL, o problema é apresentado ao aluno, por meio de casos, e para resolvê-los ele deve procurar suas possíveis respostas. Para Aguiar (2006, p. 312), o problema apresentado pelo professor tutor deve ser proposto na fase inicial do processo, pois os alunos precisam “tê-lo em mente o tempo todo”. Ao ter que procurar as respostas, o aluno se envolve com o problema tornando-se responsável pela construção do seu conhecimento.

Tuiuti: Ciência e Cultura, n. 39, p. 9-22, Curitiba, 2008.

Segundo Berbel (1998), a metodologia tem o grupo tutorial como apoio para os estudos. Tais grupos são compostos por oito a 10 alunos e um tutor. Um aluno deverá ser o coordenador, outro o secretário, mas esse sistema deve ser realizado em forma de rodízio, de maneira a dar oportunidade a todos de exercerem essas funções. Cada grupo deverá buscar as soluções para o problema apresentado pelo professor tutor.

Segundo Maranhão e Silva (2001, p. 165), esse modelo resulta em interação, possibilitando ao aluno “[...] o aperfeiçoamento contínuo de atitudes, conhecimentos e habilidades dos estudantes”. E ainda, facilita “[...] o desenvolvimento de seu próprio método de estudo, onde ele aprende a selecionar criticamente os recursos educacionais mais adequados, trabalhando em equipe e aprendendo a aprender”.

A interdisciplinaridade se faz muito importante nesse processo. Assim, para o funcionamento do PBL, o currículo deve ser ajustado em módulos integrados e não mais em disciplinas isoladas. Essa proposta metodológica diminui a ênfase nas disciplinas estanques e da visão linear dos conteúdos disciplinares; as atividades visam promover a união da teoria com a prática; são desenvolvidas competências, habilidades e atitudes. O contato com casos reais permite que o aluno se aproxime da realidade que vai enfrentar com o público, neste caso, com o doente. Nesse sentido,

busca analisar a doença com uma visão de todo, ou seja, com seus múltiplos interferentes. Oferece ainda uma maior socialização entre os estudantes, possibilitada pela discussão dos resultados (PEREIRA et al., 2007) e o diálogo entre pares. Esse processo exige maior comprometimento do aluno para com o estudo e com a aprendizagem, com a mediação do professor tutor, pois para a produção do conhecimento, os alunos precisam ser desafiados a buscarem soluções individuais e coletivas para a problemática posta.

De acordo com Ferreira, Silva e Aguiar (2007, p. 54), dessa forma,

“[...] o currículo emancipa o processo de ensino-aprendizagem e é entendido como uma práxis apoiada nos seguintes princípios: na prática sustentada pela reflexão sobre a práxis, fazendo interagirem reflexão e atuação; na prática que se relaciona às interações do mundo social e cultural; e na prática que converte estudantes em elaboradores de seu próprio saber”.

O médico formado por meio dessa metodologia terá uma visão mais humanista e social do seu trabalho; estará preparado para agir com eficiência em situações de risco, por já ter familiaridade com problemas da profissão; terá mais capacidade para entender a necessidade da prevenção de doenças; desenvolverá o gosto pela pesquisa. Neste contexto, cabe o alerta que as tecnologias atuais podem ser fortes aliadas no PBL,

pois criam possibilidades de despertar nos alunos e no professor a capacidade para pesquisar (KONDEK, 2005). De acordo com Rodriguez (2003, p. 84), a pesquisa faz com que o aluno aperfeiçoe “[...] sua autonomia e sentido de responsabilidade ante suas funções, favorecendo no avanço do curso a cisão do ‘cordão umbilical’ inevitável dos primeiros passos do estudante”.

O sucesso do PBL depende de processo de qualificação dos professores. Para atuarem no curso com essa metodologia, os professores precisam se envolver em processos de formação continuada. A formação pedagógica envolve a condução do processo metodológico, o aprendizado na mediação dos trabalhos individuais e coletivos, a condução de grupos, a elaboração de problemas; a “visão interdisciplinar”; a indicação de caminhos para a produção do conhecimento; a provocação de conhecimentos prévios, enfim, tornar-se reflexivo sobre e na sua ação docente.

Um Exemplo de Currículo Médico baseado em PBL

O Curso de Medicina da PUCPR tem hoje a experiência acumulada de seus 50 anos de existência, o que permite fazer reflexões sobre a formação profissional médica.

Em 1994, as coordenações do Curso de Medicina e da Universidade já sentiam a necessidade de mudanças pedagógicas para fazer frente às demandas bastante diversas na formação do profissional médico.

Uma comissão de docentes e gestores da PUCPR foi conhecer escolas médicas consagradas, no Canadá e Estados Unidos, com intuito de investigar as propostas inovadoras na formação médica. Dentre outras possibilidades, optaram por uma proposta da formação médica da Universidade de Dalhousie (Canadá), que atendia as necessidades sentidas pela PUCPR.

A partir do ano de 1995 até meados 1998, foi desenvolvido um intenso programa de qualificação profissional, com reuniões pedagógicas, com elaboração de instrumentos de sondagem junto a alunos e professores, com trocas de experiências interinstitucionais. A elaboração da proposta da PUCPR levou vários professores a visitar a universidade do Canadá, e alguns professores do Canadá vieram para a PUCPR. Ao final deste período, havia sido construído, a várias mãos, um novo currículo para o Curso de Medicina da PUCPR, baseado na metodologia PBL.

No ano de 1999, teve início a implantação desse novo projeto pedagógico de uma maneira sólida, dado o investimento feito em capacitação e planejamento desenvolvidos nos quatro anos precedentes.

A primeira turma que concluiu o Curso de Medicina da PUCPR, dentro dessa nova proposta, graduou-se em janeiro de 2005, sendo que 75% desses jovens médicos foram aprovados em programas de residência médica, em diversos serviços pelo país. Acreditamos ser este um importante critério para avaliação de um curso de medicina, uma vez que a média nacional de aprovação, segundo dados do Conselho Federal de Medicina – CFM é de 45%. Os formandos de 2006 obtiveram 65% de aprovação e os de 2007, 80% de aprovação em diferentes programas de residência médica. Estes dados consistentes e seguidos sugerem o sucesso do caminho.

Ao final do ano de 2005, foi realizada uma avaliação institucional pela PUCPR, sobre satisfação junto aos alunos do novo modelo curricular, identificando-se que esses tinham incorporado a proposta e passaram a ser grandes parceiros. Afinal, este é o espírito do modelo PBL, isto é, participação ativa do aluno como agente na sua formação. Nesta avaliação, foram detectados pontos a serem mais bem trabalhados, especialmente na área de desenvolvimento de habilidades.

As práticas ambulatoriais foram identificadas como a área a ser desenvolvida, uma vez que a área hospitalar já estava bem consolidada. A parceria com a Secretária Municipal de Saúde de Curitiba (SMS) oportunizou a ampliação de atividades ambulatoriais nas Unidades de

Saúde (US). Essas atividades eram, até então, somente desenvolvidas no segundo e terceiro semestres do Curso de Medicina da PUCPR.

Foi necessária uma nova proposta curricular ampliando em 22% a carga horária do Curso para atender essa iniciativa. Foram criados os Estágios em Saúde da Família e Comunidade (ESFC), em número de oito, que cobrem do segundo ao nono semestre do Curso. No décimo, décimo primeiro e décimo segundo semestres, as atividades em US são relacionadas aos estágios do internato médico. Assim, hoje aproximadamente 58% de toda carga horária das atividades práticas do Curso são realizadas em Unidades de Saúde (US). A maior parte dos estágios é feita em US, pois os alunos atuam dentro da Estratégia de Saúde da Família, mas também estão presentes nos Centros Municipais de Urgências Médicas (CMUM). Em função dessa sensibilização, nos últimos dois anos, nota-se um interesse crescente dos formandos em Medicina da PUCPR pelo Programa de Residência Médica em Medicina da Família.

O projeto pedagógico dos estágios em Saúde da Família e Comunidade, desenvolvido nas Unidades de Saúde, tem a característica de evoluir em complexidade crescente, em consonância com o eixo teórico da formação médica. Estes estágios fazem parte dos programas de aprendizagem denominados de

integrativos, pois têm por característica a interação das diversas áreas do conhecimento que são desenvolvidas ao longo da formação do médico (PUCPR, 2005).

Cada grupo de alunos passa de quatro a oito horas por semana, durante o semestre letivo, acompanhado por um preceptor, desenvolvendo as atividades do estágio nas US (PUCPR, 2005).

Esses preceptores são contratados pela Universidade para atender exclusivamente o grupo de alunos e não sobrepõem atividades assistenciais com pedagógicas. A preferência é dada para médicos com formação na área de saúde da família. O quadro atual de professores e preceptores é de aproximadamente 70 profissionais entre médicos, enfermeiros, nutricionista e psicólogos (PUCPR, 2005).

As atividades são divididas em módulos temáticos em cada semestre letivo:

ESFC I: segundo semestre do curso com carga horária de 198 horas, abordando os temas de territorialização, conhecimento de todas as estruturas da SMS, e como atividades práticas, o acompanhamento das equipes da Estratégia em Saúde da Família e Comunidade da US. Há, também, o treinamento de habilidades práticas de procedimentos simples como venopunção, utilização das diversas formas de sonda e treinamento para atendimento de situações de urgência e emergência pré-hospitalar no trauma

e em outras situações clínicas;

ESFC II: terceiro semestre do curso com carga horária de 90 horas, com a abordagem de temas sobre o Sistema Único de Saúde e como atividades práticas, a realização de procedimentos básicos, suturas em pacientes adultos e visitas domiciliares;

ESFC III: quarto semestre do curso com carga horária de 90 horas. Tem como objetivos acompanhar o diagnóstico, a evolução e o tratamento médico de agravos de notificação obrigatória, reconhecendo os fluxos da vigilância epidemiológica;

ESFC IV: quinto semestre do curso com carga horária de 90 horas. Tem como objetivos realizar sob supervisão, a avaliação de pacientes adultos: exame físico, anamnese médica e registros pertinentes no prontuário do paciente;

ESFC V: sexto semestre do curso com carga horária de 90 horas. Tem como objetivos realizar sob supervisão, o acompanhamento e o atendimento de pacientes inscritos em programas de atenção em saúde, com foco em doenças crônico-degenerativas, conforme protocolos de assistência utilizados na SMS de Curitiba, em ambulatório e domicílio;

ESFC VI: sétimo semestre do curso com carga horária de 90 horas. Tem como objetivos participar no processo de planejamento de ações programadas para prevenção e promoção de saúde do indivíduo,

família e comunidade, conforme o planejamento local de saúde e atendimento ambulatorial e domiciliar de pacientes sob supervisão;

ESFC VII: oitavo semestre do curso com carga horária de 162 horas. Tem como objetivos desenvolver, sob supervisão, ações de atenção à saúde da família segundo os protocolos da Estratégia de Saúde da Família do Ministério da Saúde e também atuar nos CMUM prestando, sob supervisão, atendimentos nas situações de urgências e emergências clínicas e cirúrgicas ambulatoriais;

ESFC VIII: nono semestre do curso com carga horária de 90 horas. Tem com objetivos desenvolver, sob supervisão, ações de atenção à saúde da mulher, da criança e do adolescente, segundo os protocolos da SMS de Curitiba;

Estágio de Clínica Médica: décimo semestre do curso. Além das atividades hospitalares, os alunos passam, sob supervisão, 143 horas em atividades ambulatoriais de especialidade em ambulatório conveniado ao SMS e atendimento aos pacientes nos leitos de internamento dos CMUM's;

Estágio de Clínica Cirúrgica: décimo semestre do curso. Além das atividades hospitalares, os alunos passam, sob supervisão, 40 horas em atividades ambulatoriais de especialidades em ambulatório conveniado com a SMS;

Estágio de Ginecologia e Obstetrícia: décimo primeiro semestre, além das atividades hospitalares, os alunos passam, sob supervisão, 80 horas nos ambulatórios dos programas de saúde da mulher e pré-natal;

Estágio de Pediatria: décimo primeiro semestre. Além das atividades hospitalares, os alunos passam, sob supervisão, 246 horas nos ambulatórios de especialidades pediátricas, puericultura e nos CMUM's, acompanhando atendimentos de urgência e emergência em pediatria;

Estágio de Urgências e Emergências: décimo segundo semestre. Além das atividades hospitalares, os alunos passam, sob supervisão, 103 horas prestando atendimento nos CMUM's às situações clínicas e cirúrgicas de urgência e emergência;

Estágio de Saúde Comunitária: décimo segundo semestre. Este estágio não tem atividades hospitalares, é totalmente desenvolvido nas US com Estratégia de Saúde da Família em que a residência de Medicina da Família tem suas atividades. Os alunos atuam, sob supervisão, como médicos de família (PUCPR, 2005).

Considerações finais

O nível de complexidade crescente do entendimento das diversas ciências nos obriga a ter um novo olhar

sobre os processos de formação, no intuito de aperfeiçoá-los.

O tempo da formação médica é muito semelhante em todos os países. Este ano, o Brasil completa 200 anos de ensino médico. Passado esses dois séculos, o desafio da formação do médico continua em pauta, pois os professores-médicos-educadores têm a responsabilidade de formar profissionais competentes, éticos, pesquisadores e transformadores.

O volume de informação em cada especialidade médica multiplicou-se em muito e a agregação tecnológica modificou a relação médico-paciente-sociedade. As escolas médicas devem entender que têm responsabilidades de ir além deste modelo e formar médicos mais plenos, que superem a visão neoliberal, que se posicionem com criticidade, que busquem uma medicina preventiva. O desafio é grande porque envolve a busca de uma lógica diferente na profissão. Os profissionais que apresentam resistências nos redutos conservadores, precisam superar a valorização da formação exclusiva no ambiente hospitalar, como cenário ideal e único, para buscar uma formação médica com múltiplos cenários, olhares e dimensões. E assim, possibilitem a inserção do aluno em diferentes ambientes na comunidade para a realização de vivências que influenciem sua maneira de ver o mundo, de pensar e de agir frente a comunidade.

Os currículos de formação médica devem contemplar toda a realidade da profissão. No Curso de Medicina da PUCPR, nota-se a busca de um equilíbrio entre a agregação tecnológica e a humanização da atenção à saúde. Em sua formação, os alunos precisam desenvolver também as atividades dos Estágios de Saúde da Família e Comunidade, consideradas atividades de alta complexidade, dado o volume e profundidade de conhecimentos que devem ser dominados. Neste sentido, formar tanto na área ambulatorial quanto na hospitalar, para intervenção consciente e crítica tanto em atividades de alta agregação tecnológica como em encaminhamentos cotidianos nas unidades de Saúde.

A vivência na metodologia do PBL permite que o aluno atue como partícipe da sociedade, pois está sempre envolvido com problematizações que requerem seu discernimento, sua atuação, sua rapidez de raciocínio, sua autonomia para tomar decisões, para modificar a realidade que o circunda com vista a transformar a sociedade (BEHRENS (b), 2006).

Enfim, acreditamos que o PBL pode propiciar uma formação eivada de solidariedade, de responsabilidade social, de aprendizagem entre pares, de respeito humano, na qual, os professores e os alunos médicos possam ajudar a construir um mundo melhor, mais fraterno e igualitário.

Referências bibliográficas

AFFIMI, Leticia Passos e AMÉRICO, Marcos. *Aprendizagem Baseada em Problemas: uma abordagem interdisciplinar para o ensino do audiovisual*. In: Fórum Nacional de Professores de Jornalismo. Abril de 2007.

AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. Tendências na educação médica: um modelo curricular ajustado ao conceito de saúde, às mudanças tecnológicas e à realidade social. In: ARRUDA, Bertoldo Kruse Grande de (org.). *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco, Ministério da Saúde, 2001, p. 69-86.

BEHRENS, Marilda Aparecida (a). *Paradigma da complexidade Metodologia de projetos, contratos didáticos e portfólios*. Petrópolis – RJ: Vozes, 2006.

_____. (b). O paradigma da complexidade e o ensino por problematização na Área de Saúde. In: BEHRENS, Marilda Aparecida; GISI, Maria Lourdes. *Educação em enfermagem: novos olhares sobre o processo de formação*. Curitiba: Champagnat, 2006.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 2. Fevereiro/1998.

BRASIL. *A aderência dos cursos em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacional*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CUNHA, Maria Isabel da e LEITE, Denise. *Decisões pedagógicas e estruturas de poder na universidade*. Campinas: Papirus, 1996.

EDLER, Flavio C.. *De olho no Brasil: a geografia médica e a viagem de Alphonse Rendu*. Hist. cienc. saude-Manguinhos., Rio de Janeiro, v. 8, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acessado em 18/4/2008.

ELLIOTT, John. Tornando educativa a prática baseada em evidências. In: THOMAS, Gary e PRING, Richard et al. *Educação baseada em evidências: A utilização dos achados científicos para a qualificação da prática pedagógica*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

FERREIRA, Ricardo Corrêa; SILVA, Roseli Ferreira da e AGUER, Cristiane Biscaino. Formação do profissional médico: a aprendizagem na Atenção Básica de Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 31 (1). 2007.

KONDEK, Danuta. *Revolução na formação?* Revista APAT. março de 2005. Disponível em: <http://www.competinov.pt/>

index.php/articles/8. Acessado em 18/4/2008.

MARANHÃO, Éfrem de Aguiar e SILVA, Fernando Antônio Menezes de. Formação médica: novas diretrizes curriculares e um novo modelo pedagógico. In: ARRUDA, Bertoldo Kruse Grande de (org.). *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco, 2001, p. 160-185.

MENDES, Eugênio Vilaça. Sistemas Integrados de Serviços de Saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça. *Os Grandes Dilemas do SUS*. Salvador, Bahia: ISC, 2001.

PEREIRA, Clarisse Ferrão et al. Aprendizagem Baseada em Problemas (APB): uma proposta inovadora para os cursos de engenharia. *XIV SIMPEL*. Novembro/2007.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ. *Projeto pedagógico do curso de medicina*. (mimeo.) PUCPR: Curitiba 2005.

RODRÍGUEZ, Carlos Arteaga. *As inovações no ensino superior e a formação do médico professor*. (Dissertação de mestrado). Curitiba: PUCPR, 2003.

SOARES, Sílvia Mamede Studart; SERAPIONI, Mauro e CAPRARA, Andréa. A aprendizagem baseada em problemas na pós-graduação: a experiência do Curso de Gestores de Sistemas Locais de Saúde no Ceará. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 25, nº 1, jan./abr. 2001.