

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU*
MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

**INOVAÇÕES METODOLÓGICAS DO CURSO DE MEDICINA EM
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA PUCPR**

**Curitiba
2008**

RONALD GIELOW

**INOVAÇÕES METODOLÓGICAS DO CURSO DE MEDICINA EM
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA PUCPR**

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado em Educação da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marilda Aparecida Behrens.

**Curitiba
2008**

RONALD GIELOW

**INOVAÇÕES METODOLÓGICAS DO CURSO DE MEDICINA EM
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA PUCPR**

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado em Educação da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Educação.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Marilda Aparecida Behrens

Prof. Dr. Emilton Lima Júnior

Prof^a. Dr^a. Romilda Ens

Prof^a Dr^a Karin Regina Luhn

Curitiba, 28 de julho de 2008

Para falar ao vento, bastam palavras;
para falar ao coração, são necessárias obras.

Padre Antônio Vieira

*Aos meus filhos Angélica,
Verônica, Eduardo e Clara, companheiros
presentes e participantes, que dividiram
comigo cada vitória, encorajando-me após
cada derrota.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida.

Aos meus pais, por todo amor, paciência e dedicação, os quais foram sem dúvida, essenciais em mais esta etapa da minha vida.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Marilda Behrens, que contribuiu significativamente para a construção deste estudo, estando sempre disposta a me auxiliar no que fosse preciso. E também, pela certeza de que pela sua dedicação, contribuiu para o meu crescimento profissional e pessoal.

Às professoras Dr^a Karin Regina Luhn e Dr^a. Romilda Ens que ao aceitaram participar da minha banca colaboraram na elaboração deste trabalho.

Ao Dr. Emilton Lima Júnior, Diretor do Curso de Medicina da PUCPR, sem cuja compreensão e colaboração teria sido impossível chegar ao final desta grande jornada.

À Dr^a Edimara Fait Seegmüller, Secretária Municipal de Saúde, interessada e envolvida, incentivadora que soube compreender os momentos de angústia e ajudar-me nesta trajetória.

A todos que colaboraram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS

APB – Aprendizagem Baseada em Problemas

APS – Atenção Primária à Saúde

CIC – Cidade Industrial de Curitiba

DATAPREV – Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ESFC - Estágio em Saúde da Família e Comunidade

EPACE - Estágio em Práticas Ambulatoriais Comunitárias de Especialidades

FUNRURAL – Programa de Assistência ao Trabalhador Rural

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

PBL - *Problem-Based Learning*

PPA – Plano de Plurianual

PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná

SUS – Sistema Único de Saúde

US – Unidade de Saúde

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 : Eixos de atividades do curso de medicina da PUCPR.....	50
Tabela 1: Composição da amostra da pesquisa	47
Tabela 2: Idade dos alunos	59
Tabela 3: Avaliação do PBL	70
Tabela 4: Avaliação do desenvolvimento das Práticas Ambulatoriais.....	81
Tabela 5: Inclusão das Práticas de Atenção Primária à Saúde na formação	82
Tabela 6: Processo de formação nas Práticas Ambulatoriais	88
Tabela 7: Distribuição dos Conteúdos Curriculares	92
Tabela 8: Atuação do Preceptor.....	93

SUMÁRIO

RESUMO	ix
ABSTRACT	x
1 INTRODUÇÃO	01
1.1 APRESENTAÇÃO	01
1.2 PROBLEMA	04
1.3 OBJETIVOS	04
1.3.1 Objetivo Geral	04
1.3.2 Objetivos Específicos	05
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO.....	05
2 PARADIGMA CONSERVADOR DA EDUCAÇÃO	07
3 PARADIGMA TECNICISTA	11
3.1 MODELO FLEXNERIANO.....	12
4 PARADIGMAS INOVADORES DA EDUCAÇÃO	16
4.1 PARADIGMA EDUCACIONAL EMERGENTE	20
4.2 PBL - <i>Problem-Based Learning</i>	24
5 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	38
6 METODOLOGIA	46
7 LEVANTAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	49
7.1 CARACTERIZAÇÃO DO UNIVERSO DA PESQUISA	49
7.1.1 Projeto Pedagógico	49
7.1.2 Modelo Curricular	51
7.1.2.1 Eixo teórico.....	51
7.1.3 Eixo de Práticas Ambulatoriais.....	54
7.1.3.1 Estágio da saúde da família e comunidade.....	54
7.1.3.2 Metodologia.....	55
7.1.3.3 Áreas temáticas por período	57
7.2 ANÁLISE DOS DADOS.....	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS	100
APÊNDICE	107
ANEXO	110

RESUMO

A experiência da PUCPR nas inovações metodológicas do Curso de Medicina em Atenção Primária à Saúde é o objeto desta pesquisa. Tais inovações referem-se ao PBL-*Problem-Based Learning*. A Atenção Primária à Saúde configura-se como a porta de entrada do sistema de saúde de um país, dando oportunidade, por meio das práticas ambulatoriais, de despertar os estudantes para a importância da prevenção e controle de doenças, constituindo-se assim, o tema da pesquisa. O objetivo do presente estudo foi o de avaliar a repercussão entre os alunos do Curso de Medicina da PUCPR sobre a implantação do eixo de práticas ambulatoriais na metodologia PBL/ABP. Tem como objetivos específicos proceder a uma avaliação do significado e da importância da prática de Atenção Primária à Saúde na formação médica, sob a ótica dos alunos; investigar a aplicação do método PBL/APB no estágio de saúde da família e comunidade; e analisar a importância da inserção precoce dos alunos nas práticas ambulatoriais em Atenção Primária à Saúde no desenvolvimento da sua formação médica. A pesquisa caracteriza-se de abordagem qualitativa, por levar em consideração as interações humanas, trabalhando com os significados e suas diferentes interpretações. O Estudo de Caso é a técnica utilizada, já que se trata exclusivamente do Curso de Medicina da PUCPR. Tem por universo, estudantes do Curso de Medicina da PUCPR e por amostra 74 alunos do 3º período; 39 do 9º período A, 27 do 9º período B. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário estruturado, com perguntas abertas e fechadas, para investigar a temática proposta. Para embasar o trabalho, foram utilizadas teorias de autores já consagrados como, por exemplo, Behrens (1996, 2000 e 2006), Moraes (1998 e 2006) e Freire (1996), no capítulo que trata dos paradigmas educacionais; Grosseman (2005) e Aguiar (2001), para falar do modelo flexneriano da Medicina; Berbel (1998 e 1999), para versar sobre o PBL; e Stein (2007) para discorrer sobre a Atenção Básica à Saúde. Outras fontes também foram utilizadas, como materiais exclusivos da PUCPR, artigos de revistas e outros, disponibilizados pela Internet, todos, porém, com base suficiente para subsidiar as propostas aqui contidas. O levantamento dos dados aponta possibilidades e limitações na compreensão dos alunos sobre a importância das práticas ambulatoriais para a Atenção Básica à Saúde como fator de desenvolvimento em sua formação e que o estágio realizado nos postos de saúde é indispensável para a sua iniciação do contato com a profissão. O PBL apresenta-se, para os alunos, como estímulo ao estudo, independente de obrigações, mais por vontade de aprender, mas que a Universidade não pode se desvincular das situações reais de necessidades de melhoria na condução do processo ensino-aprendizagem. Aponta também, falhas nas reuniões tutoriais, principalmente na maneira de se fazer a avaliação dos alunos, o que exige uma verificação por parte da Universidade.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde, PBL, Práticas Ambulatoriais.

ABSTRACT

The object of this research study is the experiences of PUCPR with methodology innovations in the Medical School in Primary Health Care. These innovations deal with PBL – Problem-Based Learning. Primary Health Care is characterized as the entry level of a country's health care system. It enables medical students, through ambulatory practices, to become aware of the importance of disease prevention and control. Therein lies the theme of this paper. The objective was to evaluate the repercussion among PUCPR medical students over the implementation of ambulatory practices into the PBL/APB methods. As specific objectives, we list: An evaluation of the meaning and importance of Primary Health Care focus in Medical School training, from students' points of view; to investigate the application of the PBL/APB methodology in the family and community; and to analyze the importance of early introduction of students to ambulatory practices in Primary Health Care as part of their medical school training. This study is characterized by a qualitative approach, because it takes human interaction into account, while working their different meanings and interpretations. A case study technique is employed, since the study deals exclusively with the PUCPR Medical School. Its domain consists of PUCPR medical students, with a sampling of 74 freshmen, 39 sophomores and 27 seniors. The polling instrument used was a structured questionnaire, with open and closed-end questions investigating the proposed themes. The basis for the paper was the utilization of excerpts from renowned authors such as Behrens (1996, 2000 and 2005), Moraes (1998 and 2006) and Freire (1996) in the chapter dealing with educational paradigms; Grosseman (2005) and Aguiar (2001) to discuss the Flexner model of teaching Medicine; Barbel (1998 and 1999) to discuss PBL (Problem-Based Learning); and Stein (2007) to approach Basic Health Care. Other sources were utilized too, such as materials exclusive to PUCPR, magazine articles and others, through use of the Internet. All of these, however, were substantiated enough to support the proposals put forth by this study. The compilation of data suggests possibilities and limitations in the students' comprehension of the importance of ambulatory practices in Basic Health Care as a factor in their development and training, and that their internship in health clinics is indispensable to their initiation into the medical profession. PBL represents a stimulus for students to study more, regardless of assigned obligations and more because of personal desire to learn. However, this does not mean that the University can distance itself from the real need to improve its management of the teaching-learning process. We also point out deficiencies in tutorial meetings, especially regarding the evaluation of students, which also demands closer examination on the part of the University.

KEY WORDS: Basic health care, PBL, ambulatory practices

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

A partir de uma vivência profissional técnico-pedagógica na área de saúde coletiva, onde se tem presenciado sistematicamente uma grande dicotomia entre a realidade social/profissional e a formação do médico, verificou-se a necessidade da discussão dentro do meio acadêmico, sobre a inserção dos graduandos na Atenção Primária à Saúde (APS) dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa inserção tem potencial para proporcionar uma experiência prática vinculada à realidade social.

Levando-se em consideração as Diretrizes Curriculares Nacionais que orientam a formação em Medicina, as bases legais do SUS, as exigências de saúde apresentadas pela sociedade e a superação do modelo flexneriano, na formação médica, uma reformulação curricular na graduação desses cursos se fez necessária.

Na PUCPR o caminho utilizado foi a adoção de uma nova metodologia denominada como PBL (PUCPR, 1999). Este processo envolveu a inclusão dos conhecimentos de APS utilizados na atenção comunitária, à metodologia de ensino/aprendizagem aplicada no Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

A universidade tem por objetivo primordial o desenvolvimento da pessoa como produtora de saberes, estimulando o pensamento crítico e o desenvolvimento técnico científico para transformação da sociedade.

A situação da população brasileira configura-se por diversas carências destacando-se as sociais, as econômicas, as educacionais e as de saúde. Neste sentido, fica claro que a produção dos saberes oriundos do meio universitário, não pode se manter em nível acadêmico, de forma a se distanciar das relações com a realidade social.

No Brasil, a organização dos serviços de saúde está sob responsabilidade do Ministério da Saúde, que faz a gestão destes através do SUS, regulamentada pelas Leis de número 8.080 e 8.142 de 1990 e seus inúmeros decretos normativos (BRASIL, 1990).

Desde as primeiras escolas brasileiras de Medicina, a formação do acadêmico está calcada numa excelência técnico-científica, com base nas ciências biológicas e da saúde. Porém pesava uma grande tendência positivista cartesiana de cunho transmissor, ou seja, o bom estudante era aquele que adquiria os saberes fornecidos pelo mestre, indiscutivelmente. Na formação médica, o modelo flexneriano de cunho linear, na proposição dos conhecimentos baseados nos sistemas corporais e nas especialidades médicas tem sido ainda o mais empregado pelas instituições de ensino (MARINS, 2006).

Seguindo a legislação e as diretrizes dadas estabelecidas, o Curso de Medicina no Brasil classicamente foi dividido em três fases, chamadas de pré-clínico, clínico e internato (BRASIL (b), 2001). A fase pré-clínica é dedicada às denominadas ciências básicas para formação médica, centradas no estudo anatomo-morfo-fisiológico e nas relações do homem com o meio ambiente. Na fase clínica a formação centra-se nos estudos relacionados às diversas patologias que podem acometer o ser humano e o uso do conhecimento técnico-científico para solucioná-los. A terceira fase dedica-se à prática dos conhecimentos adquiridos anteriormente, na forma de estágio, denominado historicamente de internato médico, numa alusão ao tempo em que o aprendiz de medicina ficava nesta fase, restrito a um ambiente hospitalar, várias horas diárias praticando os conhecimentos aprendidos nas fases anteriores.

O Curso de Medicina da PUCPR, onde se realizou o estudo, ao longo dos seus 50 anos de existência, utilizou vários modelos pedagógicos, na busca da construção de uma excelência de formação profissional. Também seguiu o modelo clássico de divisão na formação, para atender a legislação e o contexto vigente ao longo dos anos.

Em meados dos anos 90, em uma visita de professores do curso de medicina à Universidade de Mac Master no Canadá, foi identificado um modelo pedagógico de ensino que quebrava com o paradigma conservador, da abordagem de ensino de cunho tradicional e tecnicista, por um paradigma educacional inovador. O método de aprendizagem baseia-se no estudo de problemas oriundos do meio social vivenciado pelos estudantes (PBL/ABP) (PUCPR, 1999).

Com o retorno dos professores ao Brasil, a Universidade optou por fazer um projeto piloto de implantação do modelo PBL/ABP a partir de 1999, quando iniciou a primeira turma. No percurso de seis anos foram sendo corrigidos os rumos de acordo com as contribuições dos professores, da gestão acadêmica, de estudos e avanços na área. Durante a evolução dessa primeira turma e das turmas subseqüentes o desenho de divisão do curso esteve calcado no modelo flexeneriano clássico. Cada fase seguiu um modelo pedagógico diferente, estando assim, o pré-clínico regido pelos conceitos de problematização (utilizando-se a metodologia do PBL, a fase clínica de moldes transmissivos e a fase de internato com cunho prático. Observou-se que essa situação não só gerou uma fragmentação do curso em si, como o distanciou das Diretrizes Nacionais para o Ensino de Graduação em Medicina do Ministério da Educação e do Projeto Pedagógico da Universidade constituído em 2000 (PUCPR, 2000).

Quando forma-se a primeira turma, em 2004, de acordo com este modelo, foi feita uma avaliação com ampla discussão dos resultados, por parte dos professores e alunos, iniciando-se a construção de uma nova proposta curricular e metodológica a ser empregada.

A matriz curricular do curso, proposta em 1999, constituía-se de 6.319 horas, porém tinha apenas 280 horas em Saúde Coletiva. As demais eram voltadas para o desenvolvimento da atividade hospitalar, sendo que o contato do aluno com a prática em saúde coletiva ocorria somente no décimo período no processo de internato. Após a reformulação da matriz curricular o curso de Medicina passou a ter 8.072 horas, com 960 horas dedicadas a Saúde Coletiva. Importante ressaltar que 28% do total de horas são realizados em ambientes não hospitalares. Após as discussões, constituiu-se um novo projeto utilizando-se da essência do método de ensino PBL, agora definido como um modelo pedagógico de aprendizagem cooperativa, em implantação a partir de 2005, que no seu desenho final ficou constituído em quatro eixos de atividades: Eixo teórico – envolvendo as fases pré-clínica e clínica, onde a metodologia empregada é o PBL; Eixo de práticas ambulatoriais – envolvendo os estágios de saúde da família e comunidade, o internato de medicina de família e comunidade e práticas ambulatoriais especializadas; Eixo de práticas hospitalares – envolvendo os estágios de práticas hospitalares e os internatos de pediatria, clínica médica,

cirúrgica e ginecologia-obstetrícia; e Eixo de pesquisa – envolvendo o trabalho de conclusão de curso da fase clínica (Projeto Pedagógico PUCPR, 2005).

Neste novo modelo propõe-se a inserção do aluno na fase inicial nas práticas da APS, a partir do 2º período de formação, com uma carga horária ao longo do curso de 990 horas aula. O desenvolvimento do programa se dá na forma de estágios, articulados com a teoria e com a prática, numa proposta de PBL. Tenta-se quebrar os ditos conceitos acadêmicos de transmissão e prática pura, procurando-se implementar a articulação entre a prática vivenciada no contexto social e a teoria ao longo de toda a formação profissional.

O estágio do Curso de Medicina se desenvolve vinculado à realidade em que a instituição está inserida socialmente, respeitando as diretrizes do SUS (BRASIL (a), 2006).

A cada período, o aluno vai tendo contato com a realidade social desses serviços de saúde, acompanhado por preceptores (orientadores da prática) que conduzem a aprendizagem valendo-se de situações reais. Essa inserção gradual compreende a ação dos grupos de alunos em uma área de atuação dos serviços, de acordo com o seu estágio de formação.

Uma vez implantado, fez-se necessário analisar as modificações decorrentes do programa na formação do futuro médico graduado pela PUCPR.

1.2 PROBLEMA

Diante do exposto surge o problema desta pesquisa, a saber: Quais as repercussões entre os alunos do Curso de Medicina da PUCPR sobre a implantação do eixo de práticas ambulatoriais em Atenção Primária a Saúde numa metodologia PBL?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Avaliação a repercussão entre os alunos do Curso de Medicina da PUCPR sobre a implantação do eixo de práticas ambulatoriais numa metodologia PBL.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Avaliar o significado da importância da prática de atenção primária à saúde na formação médica sob a ótica dos alunos;
2. Investigar a aplicação do método PBL relacionado ao estágio de saúde da família e comunidade; e
3. Analisar a importância da inserção do aluno nas práticas ambulatoriais em Atenção Primária a Saúde no desenvolvimento da sua formação médica.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

A dissertação foi estruturada em sete capítulos distintos.

O primeiro capítulo trata da introdução da pesquisa, em que apresenta o problema a ser trabalhado e seus objetivos.

No segundo apresenta o paradigma conservador da educação, cujo parâmetro era a reprodução do conhecimento. A inspiração desse parâmetro foi Descartes e por isso foi denominado de modelo cartesiano.

O terceiro capítulo traz o modelo tecnicista, em que está inserido o modelo flexneriano adotado pelos cursos de Medicina e que persistiu durante quase todo o século XX.

No quarto capítulo são apresentados os paradigmas inovadores da educação, que contêm a visão holística ou sistêmica e o ensino com pesquisa e a abordagem progressista; o paradigma emergente que propõe uma aliança entre as três abordagens; e o PBL – *Problem-Based Learning*.

O quinto capítulo aborda a Atenção Primária à Saúde, objeto deste estudo.

O sexto capítulo apresenta a metodologia escolhida para a dissertação,

O último capítulo refere-se ao levantamento e à análise dos dados colhidos, cujo universo é o Curso de Medicina da PUCPR, com seus alunos do 3º e 9º períodos que perfazem a amostra. Apresenta ainda, um detalhamento do PBL desenvolvido pela PUCPR, em seus aspectos mais relevantes.

Espera-se que estes conteúdos ajudem não só a verificar o nível de aceitação do PBL pelos alunos, como também, a detectar as principais limitações

e soluções encontradas para a inserção dos alunos na prática da medicina, principalmente nos aspectos de Atenção Básica à Saúde. Espera-se ainda, que ajudem a ampliar os conhecimentos necessários às funções específicas do profissional médico, no que diz respeito à prevenção e controle da saúde.

2 PARADIGMA CONSERVADOR DA EDUCAÇÃO

A prática pedagógica tem adotado paradigmas diferentes ao longo de sua história, tendo mudado a cada período, na tentativa de acompanhar as mudanças da própria história.

Segundo Kuhn (2003, p. 191) paradigmas “(...) são realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência”. O autor especifica três conotações-chave: emológicos (para fundamentação de novos conhecimentos em construções lógicas) ou, de forma mais ampla, novas visões de mundo (como generalizações simbólicas e desenhos de modelos heurísticos ou ontológicos). Este último congregaria todos os valores que confeririam estabilidade conceitual a uma matriz disciplinar.

Num primeiro momento, a prática pedagógica teve como parâmetro a reprodução do conhecimento, inspirado em Descartes e por isso denominado de pensamento cartesiano. Em que pese seu valor para o desenvolvimento da ciência moderna, o método cartesiano,

(...) impregnou fortemente o paradigma dominante da ciência moderna que, com o passar dos séculos, provocou a fragmentação de nosso pensamento, a unilateralidade de nossa visão. Levou-nos, também, a uma concepção de vida em sociedade como uma luta competitiva pela existência, à crença no progresso material ilimitado a ser alcançado através do crescimento econômico e tecnológico. Direcionou a nossa educação à supervalorização de determinadas disciplinas acadêmicas, à superespecialização, uma vez que todos os fenômenos complexos, para serem compreendidos, necessitam ser reduzido às suas partes constituintes (MORAES, 1998, p. 43).

Na educação, esse método compreendeu a tendência pedagógica denominada conservadora, cujo paradigma era o da reprodução do conhecimento, que exigia “... a racionalidade, a objetividade, a separatividade, a decomposição do todo em partes fragmentadas” (BEHRENS, 2000, p. 68).

Em sua essência, o método cartesiano tomava como ponto de partida, a universalidade da razão, que impregnou toda história da humanidade. Constitui-se de quatro regras de utilização da indução e da dedução, para que se possa estender a certeza matemática ao conjunto do saber: a regra da evidência; a regra da análise; a regra da síntese; e a regra da enumeração.

Ao reconhecer a superioridade da mente sobre o corpo, Descartes influenciou todo pensamento que, apesar de contestado, permitiu o desenvolvimento científico-tecnológico que perdurou no mundo até o século XX. Entretanto, na educação, trouxe uma visão reducionista, pois seu o método analítico foi interpretado como sendo a explicação mais completa do mundo, "... a abordagem mais válida do conhecimento, ao focalizar as partes, ao conhecer as unidades constitutivas, ao retalhar a visão de totalidade" (MORAES, 1998, p. 42).

Na educação brasileira esse método foi constituído por algumas tendências pedagógicas conservadoras, denominadas tradicional, escolanovista e tecnicista (BEHRENS, 2000, p. 68).

No paradigma conservador a escola deveria preparar intelectual e moralmente o aluno para assumir sua posição na sociedade, mas sem ter preocupação com o conhecimento dos problemas sociais. Assim, o aluno alienava-se da sociedade deixando por conta dela a resolução dos problemas sociais. A experiência do aluno não contava. O que valia, era o conhecimento historicamente acumulado e repassado como verdade absoluta (MORAES, 1998).

A exposição da matéria era verbal, devendo obedecer cinco passos: preparação, apresentação, associação, generalização e aplicação. O professor era o transmissor dos conteúdos; o aluno, um ser passivo que apenas ouvia e devia aprender. A aprendizagem era repetitiva e mecânica e a retenção do conhecimento vinha da repetição (BEHRENS, 2000).

Ainda, segundo a autora, os conteúdos eram repassados como prontos e acabados. O professor mantinha distância do seu aluno, exigindo o máximo de disciplina e obediência e sem aceitar questionamentos, como se os conteúdos não pudessem ser questionados.

Sendo assim, o aluno era visto como um ser totalmente passivo, cuja tarefa principal era a de realizar as tarefas. "O aluno como um indivíduo único e isolado deve ser instruído e precisa assimilar a transmissão dos conhecimentos propostos" (BEHRENS, 2000, p. 45). A simples cópia deveria ser capaz de instruir o aluno em tudo que ele precisaria aprender.

Por isso as atividades docentes fundamentaram-se em quatro pilares: "escute, leia, decore e repita" (BEHRENS, 2000, p. 45). O trato dado à matéria era

seqüencial e ordenado, sem considerar o aluno como um ser inteligente com capacidade para discuti-la.

A avaliação, ainda segundo a autora, era feita por meio de perguntas que exigiam respostas exatas, o que impedia o aluno de ser criativo ou reflexivo.

Com isso, a prática em sala de aula caracterizou-se como conservadora, fragmentada e mecanicista, levando à reprodução do conhecimento e não à produção do conhecimento. O conhecimento era trabalhado como um sistema-padrão que deveria simplesmente ser repassado para as novas gerações, como se não existissem individualidades e diferenças, como se houvesse uma circularidade que deveria ser alimentada e mantida.

Nessas mesmas bases foi criada outra tendência, denominada de Escola Nova.

A escola nova embasou seus pressupostos nessas três correntes de desenvolvimento cognitivo, todavia, manteve a crença de que a escola tinha o domínio sobre o aluno, levando-a a aprendizagem por meio dos processos de assimilação e acomodação.

Por isso, a ela cabia desenvolver o aluno para o mundo, por meio da formação de atitudes que a levariam ao autodesenvolvimento. Para isso, estabeleceu um clima mais favorável, colocando-a como centro do processo ensino-aprendizagem (BEHRENS, 2000).

Nesse processo, o professor “(...) passou a ser um facilitador da aprendizagem, com a função de auxiliar o aluno em seu desenvolvimento e em seus relacionamentos, para fundamentar uma vivência democrática” (KIRSTEN, 2006, p. 18).

O aluno passa a ser visto como um sujeito ativo, aprendendo com as descobertas. “Com liberdade de aprender, participa das experiências de aprendizagem de maneira ativa e desenvolve iniciativa própria” (BEHRENS, 2000, p. 49).

Na visão da autora a metodologia procura valorizar as experiências do aluno e o ritmo próprio que lhe propicia a formação do caráter e da personalidade. Os trabalhos em grupo ajudam nesse processo, pois a socialização é fundamental para a construção do caráter e da personalidade.

A auto-avaliação passa a constar do processo, desprezando os padrões estabelecidos pela escola tradicional, por ser essencial que o aluno busque alcançar suas próprias metas (BEHRENS, 2000, p. 49).

No contexto da ditadura militar que dominou o Brasil a partir de 1964, que propunha um novo modelo político e econômico ao país, surge uma tendência educacional de caráter tecnicista, refletindo no âmbito político, o autoritarismo militar, e no educacional, o enfoque sistêmico seguindo modelo da educação norte-americana. Esta nova abordagem veio atender à necessidade de maior controle das forças políticas dominantes sobre a escola. No aspecto econômico buscou atender às necessidades do mercado que era de formar técnicos e subsidiar a formação de estudantes para o processo de industrialização.

3 PARADIGMA TECNICISTA

Durante a década de 70, em que o regime militar vigorou, foi proposto um novo modelo político e econômico ao país, surgindo, em decorrência, uma tendência educacional de caráter tecnicista. Segundo Kirsten (2006, p. 18-19),

[...] essa tendência reflete, no âmbito político, o autoritarismo militar, e no educacional, o enfoque sistemático de matriz norte americana que se consubstancia nos acordos MEC/ USAID. Tais convênios encaminharam todas as reformas educacionais do país nas décadas de 60/70.

Esta abordagem visava atender à necessidade de maior controle das forças políticas dominantes sobre a educação, procurando subsidiar a formação de estudantes para o processo de industrialização que ora se iniciava.

Essa nova tendência não rompeu com a antiga nem melhorou a qualidade do ensino. No dizer de Libâneo (1986, *apud* LANE, 1994, p. 165):

A pedagogia tecnicista não rompe com a Pedagogia Tradicional (que nunca deixou de existir) e nem com a Pedagogia Nova, introduz na escola os objetivos preestabelecidos para uniformizar o ensino, acentuar as técnicas, simplificar os conteúdos, comprometendo mais ainda a qualidade.

O ensino então se voltou para a competência, para a instrução, com programação prévia, com o professor tendo o controle científico da educação. Pode-se dizer que o professor tornou-se um técnico do ensino. Por isso, a escola ficou sendo a modeladora do comportamento humano, usando técnicas específicas para tal. Os pressupostos de racionalidade, eficiência e produtividade de bases positivistas eram apregoados pelo sistema e o aluno continuou sendo um executor de tarefas, um espectador da realidade. No dizer de Behrens (2000, p. 51), nessa abordagem “O elemento principal [...] não é o professor, nem o aluno, mas a organização racional dos meios. O planejamento e o controle asseguram a produtividade do processo”.

O paradigma tecnicista da educação trouxe a ênfase no produto, enaltecendo a avaliação dos conteúdos específicos, atrelados a objetivos bem configurados. A escola situa-se apenas como uma organização capaz de produzir

elementos adaptáveis ao mercado de trabalho. Por isso, o ensino tem como centro os recursos didáticos.

No ensino superior, essa tendência deu “[...] ênfase às áreas técnicas e extinguiu aquelas que de alguma forma criaram algum tropeço para o poder instituído, ou que não apresentassem ‘retorno’ em curto prazo” (SILVEIRA, 2002, p. 36).

Com isso, pode-se verificar que as reformas educacionais tentavam ajustar a configuração administrativa dos sistemas ao processo de transformação da sociedade. “Tratava-se de ajustar a educação aos valores, habilidades e conhecimentos necessários à sociedade burguesa e, por outro lado, estabelecer correspondência da diversificação da própria sociedade com a estrutura da educação” (CURY, 1983, p. 14).

Segundo Sá (1986, p. 22) a concepção tecnicista,

[...] nada mais é que a representação do atual estágio de desenvolvimento do esforço de ajustamento da educação à ordem social. Mais do que uma corrente do pensamento pedagógico é sistematização da prática que tende a ser dominante como resultado de todo o esforço de adaptação dos aspectos didático-pedagógicos e técnico-administrativos.

No entanto, a questão aqui não é a de criticar ou elogiar o tecnicismo, mas de constatar que nesse paradigma a educação teve uma visão política muito restrita, não servindo para as transformações necessárias, já que essa necessidade não era aventada. Ao contrário, os conteúdos deveriam servir para manter a sociedade do jeito mesmo em que se encontrava, com sua ideologia inalterada.

No ensino da medicina esse paradigma seguiu o modelo flexneriano.

3.1 O MODELO FLEXNERIANO

Pela sua natureza o setor de saúde tem grande importância social. Sendo assim, os cursos de formação de médicos não poderiam seguir com um modelo ultrapassado, que ao invés de tratar a pessoa ocupava-se apenas com a doença, como ocorreu durante o longo período em que o modelo flexneriano imperou nos cursos de Medicina.

Esse modelo teve início em 1910, nos Estados Unidos e no Canadá, pelas mãos do médico Abraham Flexner que com o objetivo de modernizar a prática médica provocou uma divisão do ensino em departamentos. Esse médico promoveu uma avaliação em 155 escolas médicas, “das quais 120 apresentavam condições péssimas de funcionamento” (RODRÍGUEZ, 2003, p. 68). O resultado dessa avaliação foi apresentado num relatório que mostrou a importância de se proceder a uma avaliação periódica desses cursos, para controlar a qualidade da educação médica oferecida, tendo contribuído também na “formação profissional de médicos com uma preparação científica que até então era empírica e anárquica” (RODRIGUES, op. cit., p. 68).

As principais propostas de mudança foram as seguintes:

- definição dos padrões de entrada e ampliação para quatro anos, nos cursos médicos;
- introdução do ensino laboratorial;
- estímulo à docência em tempo integral;
- expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais;
- vinculação das escolas médicas às universidades;
- ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico;
- vinculação da pesquisa ao ensino;
- controle do exercício profissional pela profissão organizada (CAMARGO, *apud* BURGARDT, 2002, p. 34).

No Brasil, o modelo flexneriano começou a ser implantado a partir de 1916, vindo

[...] ao encontro de um modelo de assistência de maior complexidade, baseado na atenção terciária, e consolidou-se no Brasil somente quando se instaurou no País uma política que favorecia interesses internacionais — no caso da Medicina, os interesses de expansão da indústria farmacêutica e do complexo médico-industrial (GROSSEMAN, 2005, p. 26).

O modelo permaneceu por quase todo o século XX nas escolas de medicina do Brasil, e representou grande avanço. Como informa Vieira (2006), na época, seu contexto não permitiu dúvidas.

Oliveira e Aragão (2005, p. 2) assim se expressam a respeito desse modelo:

A essência do modelo flexneriano é concentrada nos aspectos curativos, face à valorização que confere ao diagnóstico e à terapêutica, bem assim, no plano do conhecimento, por prestigiar o processo fisiopatológico, em detrimento da sua causa. À medida que esse conhecimento for preponderante, ele consegue impregnar a prática em todos os seus níveis, provocando um fenômeno de desdeterminação, ao inverso do que acontece com a fisiopatologização. Este modelo é coerente com o conceito de saúde, como ausência de doença, e constitui uma base que permite sustentar a prática da assistência médica nos dias atuais.

O modelo tinha caráter científico e pragmático, era centrado no indivíduo e tinha como linha mestra a ciência positivista. Consistia numa prática que fragmentava o conhecimento e isolava as disciplinas em especialidades específicas e, enfim, separava o conhecimento das ciências básicas dos saberes clínicos. Os alunos eram desengajados dos problemas sociais e só se preocupavam com a racionalidade científica. “Em nome de racionalidade científica e da revolução industrial, objetivou-se formar profissionais com ações competentes, eficazes, eficientes e produtivas”, afirma Behrens (a) (2006, p. 58). Todavia, à época representou uma evolução para a Medicina.

Segundo Carvalho e Ceccim (2006, p. 154), esse tipo de educação em saúde,

[...] foi adquirindo caráter instrumental e de habilitação para fazeres profissionais recortados em ocupações, fragmentados em especialidades e centrados nas evidências de adoecimento diante do processo saúde-doença, em especial nas intervenções por procedimentos e com o uso de equipamentos, em que a saúde ficou compreendida como ausência de doença.

A pedagogia vigente no período, no Brasil, também colaborou para que esse modelo se firmasse, pois tratava as disciplinas como estanques, fragmentando o conhecimento.

Nesse paradigma, a formação médica tinha caráter científico e pragmático, implicando postura "fria", "neutra" e "objetiva", atributos reconhecidos da ciência positivista (OLIVEIRA e ARAGÃO, *apud* KIRSTEN, 2006, p. 11). Na verdade, a sociedade da época demandava esse tipo de educação médica.

Nas várias tendências que permearam o ensino predominava essa separação fragmentadora do conhecimento, baseada em paradigmas que perduraram durante quase o século XX inteiro.

O modelo em questão “[...] distanciou o médico do doente, da visão preventivista e de sua função histórica, como educador [...] (RODRÍGUEZ, 2003 p. 68). Além disso, dificultou a relação paciente/médico, com o segundo portandose com superioridade e o primeiro com humildade. O diálogo era quase inexistente e o tipo mais comum de aula era a que o professor repassava conteúdos que o aluno simplesmente deveria assimilar.

Segundo Aguiar (2001, p. 72), a educação médica centrada no positivismo foi

[...] acusada de negligenciar os aspectos interpessoais do cuidado à saúde, subestimar a importância do trabalho em equipe, insistindo na ênfase na memorização, mesmo num contexto de pesquisa biomédica em que o conhecimento expande-se exponencialmente.

Rodrigues (2003, p. 68), colabora com essa visão ao dizer que esse modelo deteriorou “a visão humanista da medicina” e a afastou “da concepção comunitária, familiar e individual do processo saúde”.

Assim, apesar de o relatório Flexner citado por Rodrigues (2003) ter contribuído de maneira marcante para a melhoria do sistema de ensino médico, deve-se considerar que a sociedade evolui, aparecem novas necessidades que dão origem a novos paradigmas para conduzir a educação de um modo geral e o ensino da medicina de um modo particular.

4 PARADIGMAS INOVADORES DA EDUCAÇÃO

As profundas mudanças pelas quais passava a sociedade do século XX impulsionaram a busca por um novo modelo educacional, tendo como objetivo a eficácia do ensino e a capacidade de intervir na sociedade.

Assim, nos anos 80, apareceram novos paradigmas que buscaram a superação do ensino fragmentário, proliferando várias tendências pedagógicas. Esses paradigmas foram denominados de inovadores e apresentaram uma nova visão que buscou a superação da fragmentação do conhecimento para a produção do conhecimento, propondo “enfaticamente o envolvimento do aluno no processo educativo” (BEHRENS, 2000, p. 60).

Nesse novo paradigma, surgem a visão sistêmica ou holística, a abordagem progressista e o ensino com pesquisa.

A visão holística ou sistêmica entende o mundo em sua totalidade. De acordo com Behrens (2000, p. 63)

A dimensão que se pretende com uma perspectiva sistêmica ou holística é que o homem recupere a visão do todo. Que se sinta pleno, vivendo dentro da sociedade como um cidadão do mundo e não como um ser isolado em sua própria individualidade.

Assim, todas as coisas estão em conexão e fazem parte da compreensão do novo contexto em que está inserida a sociedade, incluindo as instituições escolares assim, como a totalidade do ambiente que transita entre as pessoas e a sociedade (MORAES, 1998).

Segundo a autora, o aluno é visto como um ser indivisível, em constante comunicação com o seu próprio corpo, construindo o seu conhecimento por meio das suas conexões, isto é, corpo, mente, espírito e cérebro. É um ser em crescimento, sujeito da prática pedagógica, que está sempre em interação com o mundo que o cerca e com os outros.

Sendo assim, a educação precisa respeitar a pessoa que existe no aluno, como ser único e valioso, pois, nessa concepção, o homem “[...] é um todo que se identifica consigo mesmo como um ser autônomo e, igualmente, como um elemento essencialmente participante de totalidades maiores” (DÊNIS e CREMA 1991, p.22). Isto significa que o professor deve aceitar as diferenças individuais,

incentivando o respeito às individualidades. Cada um é uma totalidade participante da totalidade do universo e, por isso, merece respeito.

Por isso, nessa visão considera-se “[...] não somente a razão e a sensação, mas também a intuição e o sentimento, transpondo o racionalismo reducionista que valoriza o progresso material e negligência o progresso humano” (BEHRENS, 2000, p. 66).

Cabe à escola transformações. No dizer de Kirsten (2006, p. 22),

Por ser formada por um conjunto de elementos (pessoas, ambiente físico e outros) que interagem e se influenciam mutuamente, a escola está inteiramente inserida nesse contexto precisando buscar um processo de mudança que produzirá mudança em todos os seus elementos formadores, nesse caso, acadêmicos e professores. Para isso, o paradigma holístico ao ser utilizado precisa da visão do todo como uma harmonia: das relações humanas e relações com a natureza.

É nesse contexto que o professor tem um papel fundamental, pois instiga seus alunos a usarem seus cérebros de modo a unir o lado emocional com o racional; a intuição e a sensibilidade; a criatividade e a estética. Essa conexão, segundo Behrens (2000), leva o aluno a perceber e avaliar significados, permitindo assim, uma aprendizagem significativa.

Conforme a autora (2000, p. 72), nessa abordagem, o aluno é “[...] considerado em suas inteligências múltiplas e pelos dois lados do cérebro, e este desafio instiga os professores a reconstruírem suas práticas educativas”.

Sendo assim, a avaliação volta-se “[...] ao processo, ao crescimento gradativo e respeita o aluno como pessoa contemplando suas inteligências múltiplas, com seus limites e suas qualidades” (BEHRENS, 2000, p. 72).

A abordagem progressista, idealizada por Paulo Freire (1996), foi uma tentativa de levar o homem a uma reorganização social, a educá-lo para desempenhar um papel na luta pela transformação histórica. Constitui uma tendência que nasceu a partir de uma necessidade histórico-social.

Segundo Behrens (2000, p. 79),

A pedagogia progressista visa buscar a formação do homem concreto, síntese de múltiplas determinações. Fruto das relações sociais, o homem político pertence a uma classe social determinada. Esse homem pode-se tornar cidadão do seu país e do mundo e construtor da sociedade de da história.

Para Libâneo (1984), esse paradigma voltou-se para os conteúdos culturais e saberes universais que se constituíram em domínios de conhecimento relativamente autônomos incorporados pela humanidade, mas que devem ser permanentemente reavaliados face às realidades sociais.

Para isso, à escola cabe “[...] estabelecer um clima de troca, de diálogo, de inter-relação, de transformação, de enriquecimento mútuo, em que tudo é relacional, transitório, indeterminado e está sempre em processo” (BEHRENS, 2000, p. 80). Segundo a autora (2000, p. 80), o professor é visto como um dos sujeitos do processo ensino-aprendizagem, devendo estabelecer com o aluno, “uma relação horizontal”, por meio do diálogo, facilitando assim, a construção do conhecimento.

De acordo com Freire (1996) o aluno é visto como um ser capaz de produzir conhecimento. Defendeu a relação dialógica e coletiva que valoriza a ação do aluno, dirigindo-o às informações necessárias para produzir conhecimento. Nesse processo, busca com trabalhos individuais e coletivos, instigar os alunos para uma visão do todo, superando assim a fragmentação ocasionada pela influência do positivismo nas atividades escolares.

Assim, nesse paradigma, o aluno é visto como um ser que constrói sua própria história e a da sua comunidade, capaz de produzir o seu conhecimento, sem necessidade de decorar os conceitos repassados pelos professores.

Para dar conta desse processo, a avaliação deveria perder “o caráter punitivo”, empreendendo processo de participação individual e coletivo. Trata-se, agora, de uma avaliação mútua, que o grupo faz para gerar enriquecimento e dar maior significação ao processo educativo (BEHRENS, 2000, p. 86).

O outro dos paradigmas inovadores foi o ensino com pesquisa que, como os dois anteriores, vêem o conhecimento como produzido a partir de conteúdos vivos, concretos e indissociáveis da realidade social. A escola apresenta-se como um instrumento de apropriação do saber e está a serviço dos interesses da população. A educação é mediadora no seio da prática social global, fornecendo ao aluno, um instrumento que lhe permita uma participação ativa na sociedade (LIBÂNEO, 1986).

Para o autor (1986, p. 10) “[...] o manejo e a produção de conhecimento constituem a mais decisiva oportunidade de desenvolvimento [...], ou seja, a

capacidade de ocupar espaço pela via do domínio e da produção do conhecimento”.

A pesquisa torna-se a cada dia, mais fácil de ser feita porque hoje, vive-se a era da informação. Nesse sentido, Behrens (2000, p. 90) diz: “Com a sociedade da informação, o conhecimento ficou disponível na rede informatizada, nas redes de comunicação televisadas. Portanto o acesso ao conhecimento não está mais localizado numa única instituição, mas sim em toda a aldeia global”.

Todavia, as informações podem estar em outras fontes, como a própria vivência do aluno em suas relações. É nesse sentido a afirmação de Chizzotti (1998, p. 16):

As informações podem provir de observações, de reflexões pessoais, de pessoas que adquiriram experiência pelo estudo ou pela participação em eventos, ou ainda do acervo de conhecimentos reunidos em bibliotecas, centros de documentação bibliográfica ou de qualquer registro que contenha dados.

Por isso, o papel da escola é o de propiciar um ambiente favorável à pesquisa, apresentando-se “como um ambiente inovador, transformador e participativo, no qual os alunos e os professores sejam reconhecidos como sujeitos capazes de inovar e de produzir conhecimentos” (BEHRENS, 2000, p. 91).

Nesse processo, o professor não centraliza as ações, pois ele é um orientador do trabalho escolar, mantendo com o aluno, um diálogo construtivo. O professor deve ver o aluno como um ser que aprende, “[...] que atua na sua realidade, que constrói o conhecimento não apenas usando o seu lado racional, mas também utilizando todo o seu potencial criativo, o seu talento, a sua intuição, o seu sentimento, as suas sensações e as suas emoções” (MORAES, 1998, p. 84).

Para Demo (1991, p. 14) “Quem ensina carece pesquisar; quem pesquisa carece ensinar. Professor que apenas ensina jamais o foi. Pesquisador que só pesquisa, é elitista explorador, privilegiado e acomodado”.

Nesse paradigma, o aluno já não é um ser parado, que olha para trás, que simplesmente aceita a autoridade do professor. Ele é um ser que quer construir suas certezas, que quer transformar a realidade e tomar parte ativa na sociedade.

Como afirma Behrens (2000, p. 94), “[...] o aluno precisa ser instigado a avançar com autonomia, a se exprimir com propriedade, a construir espaços próprios, a tomar iniciativa, a participar com responsabilidade, enfim a fazer acontecer a aprender a aprender”.

Para dar conta desses pressupostos a avaliação deve se constituir em “ [...] contínua, processual e participativa” (BEHRENS, 2000, p. 102). Quer dizer, o professor deve acompanhar seus alunos, mas deve exigir dele, a participação em todos os processos utilizados para que haja aprendizagem.

De acordo com Behrens (b) (2006, p. 77) “A escola, em todos os níveis, precisa abrir espaço para relações que priorizem a discussão e o diálogo entre professores e alunos “[...] criando novas possibilidades de construir o conhecimento e de construir sua própria história”.

Trata-se de uma nova postura que fez surgir o chamado paradigma emergente da educação, em cujo contexto, encontra-se uma nova forma de ensino médico.

4.1 PARADIGMA EDUCACIONAL EMERGENTE

Qualquer análise que tenha por objeto a prática da profissão enquanto aluno, não pode prescindir de um estudo da forma como se conduziram as tendências pedagógicas. Como já enfocado neste trabalho, foram muitas as tentativas de modernizar tais práticas, colocando o aluno frente à realidade.

Conforme explicação de Meirieu (1998, p. 49), diariamente desenrola-se nas escolas, discursos “[...] muitos convencionais, saturados de boa vontade e de exortações indulgentes, chegando, muitas vezes, a estabelecer alguns conceitos em torno de ‘evidências’ aceitas e reconhecidas pela maioria dos envolvidos”.

Os paradigmas que se baseavam no positivismo tinham uma visão do conhecimento, como se o aluno fosse um mero espectador. Como bem diz Doll Jr (1997, p.141),

[...] a concepção positivista do conhecimento [...] transcende o observador e o observado, residindo numa esfera distante das experiências ‘tumultuadas’ da vida [...] separa falsamente o conhecedor do conhecido, em seu desejo de criar um ‘objetivo’ transcendente.

Os discursos havidos, “não raras vezes, advém de alguma reforma de ensino, ou da necessidade de se estabelecerem novos paradigmas da ação docente” (BEHRENS, 1996, p. 133). Era necessário mudar, ultrapassando velhos paradigmas. De acordo com Bordenave e Pereira (2005), o tipo de mudança que se consegue é determinado pelos fins e pelas necessidades da sociedade, que variam de sociedade para sociedade e de época para época.

Esta sociedade e esta época precisavam de uma nova abordagem que parece ter vindo para ficar, por apresentar características diferentes da simples reprodução do conhecimento. Trata-se do paradigma emergente, cuja denominação foi proposta por Boaventura Santos. Para Behrens (a) (2006, p. 105) o paradigma emergente exige uma aliança das abordagens sistêmica, progressista e o ensino com pesquisa.

Este paradigma vem desafiando a formação dos alunos que freqüentam a universidade e dentre eles os cursos voltados à saúde, percebendo a “[...] relação dialética entre saúde e educação superior como geradora de um objeto relacional e indissociável [...], demandando a adoção de princípios, estratégias e ações contemporâneas inovadoras” (BRASIL (c), 2006, p. 35).

Na verdade, os pressupostos defendidos por Paulo Freire (1996) conseguiram adeptos no âmbito da educação, mas para a Medicina, só no final do século as faculdades seriam despertadas para a necessidade de um novo modelo. Muito se ouvir falar sobre novas tentativas, muitas foram às tendências pedagógicas e muitos foram os projetos, o que denotava a necessidade de mudança, para readequar o ensino para a realidade brasileira e reagindo contra o modelo flexneriano até então imposto. Segundo Feuerwerker (2006), essa mudança contou com o auxílio de forças externas tais como as próprias instituições de saúde e a elaboração de novas leis para o setor, mas a própria visão do processo saúde/doença serviu como alavanca de mudança. Isso porque “[...] muitos dos problemas com que o sistema médico se defronta provém do modelo reducionista do organismo humano, em que o sistema se baseia” (RODRÍGUES, 2003, p. 69).

Faltava também humanização no trato do processo doença/saúde. Os doentes não tinham nome, eram chamados pelo nome da doença; não havia

diálogo entre o paciente e o médico. Tudo isso, denotava a necessidade de mudança, que deveria começar pelo ensino médico.

Vale dizer que o debate em torno do conceito de saúde tem mobilizado diferentes áreas do conhecimento humano, incidindo diretamente na formação dos profissionais que lidam com a saúde das pessoas. Diversas concepções foram construídas ao longo do tempo.

A tradicional concepção de saúde que a define como ausência de doença apresenta-se limitada. Surgem então, concepções mais amplas como a que preconiza que a saúde e a doença não são estágios estanques e isolados e passam a fazer parte de um mesmo processo.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2000), anunciou a nova concepção de saúde, entendida em sentido mais amplo, como um bem comum, um direito social, um componente da qualidade de vida.

Um exemplo encontra-se no artigo 196 que diz: “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL (b), 2006, p. 7). Esse artigo não reduz esse direito a algumas partes da população, ao contrário, estende-o a todos, sem fazer exceção alguma. As ações devem ser especificadas e gerenciadas por cada Estado da Federação, procurando-se parcerias para a sua execução, de forma a respeitar a igualdade de direitos.

Corrobora com esse pressuposto a Lei Federal de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 ao prever o dever do Estado:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doença e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, famílias, das empresas e da sociedade (BRASIL, 2004, p. 39).

A formação do médico está intrinsecamente ligada a essas questões, devendo para isso, encontrar uma linha mestra capaz de unir humanismo com integralidade, sem fugir das orientações legais existentes.

No ensino da medicina, buscava-se a superação do modelo flexneriano que era feito por meio da divisão em departamentos fragmentando o ensino. Configurava-se pela excessiva especialização e defendia a separação entre corpo e mente. À época, esse modelo representou um avanço para o ensino médico, mas distanciava o doente do médico, o que tornava a medicina pouco humanizada. As principais características do desse modelo eram:

[...] dicotomia entre as ciências básicas e as profissionalizantes; memorização como método de aprendizagem; autoritarismo do professor; passividade dos alunos; aula teórica como método didático de preferência; disciplinas independentes orientadas por departamentos autônomos; aplicações clínicas ensinadas após as ciências básicas; biologia humana e habilidades clínicas estudadas com foco no homem adulto; atenção aos aspectos somáticos das doenças e paciente visto objeto de estudo (ENGELHORN, 1996, p. 190).

Os professores, por sua vez, eram os donos do saber, quando, na verdade, deveriam garantir uma prática médica mais voltada ao diálogo médico/paciente. Nesse sentido, Rodriguez (2003, p. 97) diz que

[...] o médico professor, como líder na implementação das inovações, deve garantir a formação de um médico generalista¹ com saberes teóricos e práticos que lhe permita exercer sua profissão de forma solidária, ética e científica, facilitando a aquisição de padrões de convivência coletiva e de trabalho em equipe.

Embora não dependa de um novo paradigma educacional, requer uma exigência formal de mudança de postura, um amadurecimento relevante da capacidade do médico em tratar as inovações e novas competências para conduzir o aluno. Por isso, era necessário ultrapassar o modelo flexneriano, que via o aluno apenas como capaz de assimilar conhecimentos, e não de produzi-los.

Tardif (2002, p. 128) amplia o significado do trabalho do professor, ao dizer que ele não apenas realiza objetivos, mais atua sobre um objeto. “O objeto do trabalho dos professores são seres humanos individualizados e socializados ao mesmo tempo”. Portanto, as relações entre o médico-professor e seus alunos

¹ Aquela que presta atendimento médico curativo e preventivo à população.

são, primeiramente, relações humanas e depois, relações sociais, em que se inclui a aprendizagem da profissão.

Tudo isso levou a PUCPR a adotar o paradigma emergente que no curso de Medicina, funciona por meio da metodologia do PBL - *Problem-Based Learning*, para fazer frente às demandas bastante diversas na formação do profissional médico em práticas ambulatoriais, atenção básica à saúde e outras, refletindo o desenvolvimento educacional pelo qual passa atualmente o País.

4.2. PBL - *Problem-Based Learning*

A necessária mudança no ensino da medicina vem sendo discutida a várias décadas em todo o mundo, em conferências e encontros. Um exemplo foi o resultado da 2ª Conferência Mundial de Educação Médica, realizada em 1993, da qual resultaram as seguintes diretrizes:

- construir um currículo baseado nas necessidades nacionais de saúde;
- dar maior importância para prevenção de enfermidades e para promoção da saúde;
- tornar o aprendizado ativo e baseado em competências;
- formar professores médicos capacitados como educadores;
- promover a integração da ciência com a prática clínica;
- procurar coordenar a Educação Médica com os serviços de atenção à saúde;
- buscar a formação equilibrada tanto de médicos ‘generalistas’ como de especialistas;
- incentivar a interação multiprofissional;
- capacitar para educação médica continuada (ALMEIDA, 2001)

Essas diretrizes eram dirigidas a todos os cursos de Medicina.

O PBL- *Problem-Based Learning*, que traduzido para o Português significa Aprendizagem Baseada em Problemas, se apresenta como um novo caminho para superar a proposta flexneriana e atender essas diretrizes. Segundo Behrens (2006 (b), p. 27), trata-se de uma metodologia que “partindo de problemas (cases)

que atendesse ao paradigma da complexidade tem adquirido grande projeção na Área da Saúde”.

Foi criado na Universidade de Mac Master, no Canadá em 1969. Nessa metodologia o aluno é conduzido pelo professor a investigar, sistematizar e produzir conhecimento por meio de ações pedagógicas que “provocam a reflexão e a discussão coletiva” (BEHRENS (a), 2006, p.172).

Em outra passagem complementa a autora:

Nessa metodologia, o aluno, em todos os níveis de ensino, especialmente na educação superior, passa a ser provocado a freqüentar os ambientes de sua área de conhecimento desde os primeiros anos dos cursos. Essa atitude educativa tem o intuito de envolvê-lo nas problemáticas apontadas, instigando a aproximação da realidade e a geração da necessidade de aprofundamento teórico-prático (2006, p.175).

O viver em sociedade por si só exige do aluno um raciocínio problematizador para tomada de decisões. O uso do PBL/ABP na formação do médico contribui para formação de um profissional cidadão e de uma pessoa “[...] transformadora da sociedade com atitude ética e fraterna” (BEHRENS (a), 2006 p. 185).

Segundo Hammersley (2007) este tipo de ensino da medicina teve início nos anos 60, ganhando influência e estendendo-se para outras áreas educacionais, mas tomando características próprias em cada área. Na medicina tomou o nome de PBL e tem como base a de trabalhar com problemas reais do cotidiano. Está centrado no aluno como capaz de produzir seu conhecimento, com o acompanhamento de um preceptor.

As principais características desse método são as seguintes: (1) uma aprendizagem ativa colocando os problemas, suas relações sistêmicas e procurando as respectivas respostas por prioridade de abordagem; (2) aprendizagem pelo entendimento aproveitando as oportunidades para pôr em prática as competências adquiridas, desenvolvendo assim um pensamento crítico; (3) aprendizagem integrada pela resolução de problemas, o que obriga ao desenvolvimento de vários tipos de competências de complementaridade; (4) aprendizagem cumulativa por processo contínuo de resolução de problemas progressivamente mais complexos (KONDEK, 2008).

De acordo com Berbel (1999, p. 3) “[...] tem como ponto de partida a realidade vivida, aquela parcela da realidade onde o tema que está sendo ou será trabalhado está acontecendo na vida real”. Traduzindo isso para o ensino da medicina, trata-se de pesquisar o que o paciente está apresentando como sintoma. Difere dos métodos tradicionais, antes utilizados, principalmente porque pode contribuir para o desenvolvimento de alguns atributos profissionais não apenas técnicos considerados importantes para o futuro da profissão, como flexibilidade, humanismo e comunicabilidade, tão importantes no trato com a pessoa doente.

Esse novo enfoque exige um aluno pesquisador, capaz de tomar decisões e de trabalhar em equipe, ter disposição para novas pesquisas, facilidade para a detecção de problemas e compreensão das novas exigências da sociedade.

Porém, para que houvesse mudança real, era necessário um novo currículo, capaz de integrar as disciplinas e provocar mudanças nos alunos e na sociedade. Sobre esse aspecto diz Anastasiou (2005, p. 122):

As descobertas científicas, uma vez socializadas através do saber-escolar, auxiliam na construção dos processos de autonomia dos estudantes que se tornam profissionais. Ao ser socializado, o conhecimento organizado e sistematizado nas propostas curriculares e intencionalmente concebido para servir à transformação da realidade constitui-se em premissa do conhecimento científico do momento seguinte, pois o movimento, a contradição, a mudança qualitativa das sínteses científicas é uma constante.

É exatamente a isso que o PBL se propõe, isto é, produzir um conhecimento transformador tanto do aluno como do seu entorno. Vale lembrar que o ensino médico visa desenvolver no aluno, conhecimentos suficientes sobre doenças, mas também sobre os doentes. Além disso, requer do aluno o desenvolvimento de atitudes sadias para consigo mesmo, pois aprendendo a cuidar de si terá condições de cuidar dos outros.

É importante que os professores entendam que a medicina é uma prática social que tem por objetivo primeiro cuidar do ser humano “[...] em todos os ciclos da vida contribuindo para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde” (GARANHANI, et al., 2005, p. 37).

As próprias Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina determinam a formação de um profissional médico generalista,

humanista, com uma postura crítica e reflexiva e que seja capaz de atuar dentro dos enfoques de promoção à saúde, da prevenção e da assistência de forma integral, com responsabilidade social e compromisso de cidadania (BRASIL (a), 2001). Essa orientação não cabe no antigo modelo, requerendo uma nova postura para garantir a formação deste profissional.

Os princípios gerais da aprendizagem médica referem-se a construir conhecimentos; ativar o conhecimento prévio; elaborar conhecimentos; organizar conhecimentos; contextualizar a aprendizagem; e aprender a colaborar e a cooperar com os grupos e com a comunidade. Trata-se, pois de um processo que exige esforço máximo de aluno e, segundo Perrenoud (2000, p. 70), “[...] aprender exige tempo, esforços, emoções dolorosas: angústias do fracasso, frustração por não conseguir aprender, sentimento de chegar aos limites medo do julgamento de terceiros”.

Nessa metodologia, “os alunos são levados a observar a realidade de uma maneira atenta e irão identificar aquilo que na realidade está se mostrando como carente, inconsistente, preocupante, necessário, enfim, problemático” (BERBEL, 1999, p. 3).

Com isso, o médico-professor já não é o centro das atenções, mas o aluno e o paciente pesquisado, abrindo espaço para discussões sem deixar de lado o desenvolvimento científico. Nessa metodologia, seu papel é o de mediador.

O PBL reconhece a natureza multidisciplinar da aprendizagem e a importância da integração entre a teoria e a prática. Na prática médica, essa integração se faz muito importante, pois um problema pode acarretar conseqüências em outras partes do organismo, exigindo assim, a integração das disciplinas. Os alunos são organizados em pequenos grupos, chamados de grupos tutoriais, contando com a ajuda do professor para as explicações iniciais. O papel do professor é fundamental, pois, de acordo com Soares, Serapioni e Caprara (2001, p. 55), ele tem o dever de

[...] dar suporte ao trabalho do grupo tutorial, zelando para que o grupo conduza de forma apropriada seu processo de aprendizagem. O facilitador desempenha papel fundamentalmente através da apresentação de questões, de interrogações que ajudem o grupo a refletir de forma mais aprofundada sobre suas proposições, auxiliem a percepção de aspectos mais bem esclarecidos, de contradições que requerem maior aprofundamento.

A partir de uma gama de problemas o aluno é desafiado a buscar informações para saber/dominar, analisando problema por problema para adquirir os conhecimentos necessários para cada um deles. Assim, o aprendizado desloca-se da transferência passiva à responsabilização do aluno na procura de novas informações e análises no grupo tutorial, reconhecidas como necessárias à compreensão e resolução dos problemas.

Outro aspecto que chama a atenção nessa metodologia é a mudança de cenário da aprendizagem. A sala de aula já não constitui o único cenário. De acordo com Ferreira, Silva e Aguer (2007, p. 54),

A diversificação dos cenários é compreendida como uma das estratégias para a transformação curricular. Essa estratégia aproxima os estudantes da vida cotidiana das pessoas e desenvolve olhares acadêmicos críticos e voltados para os problemas reais da população.

Por se tratar da inserção do aluno em problemas que se referem à atenção primária à saúde, esta metodologia deve levá-lo a entender a diferença entre um paciente hospitalizado e as doenças comuns da comunidade que podem ser prevenidas. Por isso, o tema é genérico, pautando-se em problemas comuns à população, devendo estar contido na atenção primária à saúde.

As respostas às questões formuladas possibilitam a produção de reflexões para gerar alternativas de soluções. Se for o caso, o aluno deverá redimensionar o problema, como bem orienta Behrens (1996). Vale lembrar que a Reforma Sanitária teve como um dos pressupostos, evitar a excessiva hospitalização, aumentando os cuidados para com as doenças mais comuns, produzidas pela falta de atenção primária à saúde.

Para tanto, a exposição dos problemas pelos professores-preceptores consistem de uma descrição básica das doenças mais comuns, geradas pela atenção primária à saúde. A atenção primária à saúde é tida como alicerce dos sistemas de saúde existentes nos países e por isso, deve merecer discussões entre os alunos dos cursos de medicina.

Assim, os problemas levantados nas aulas precisam estar adequados ao contexto local e ter relevância para a prática profissional, tendo ainda coerência com os conhecimentos já adquiridos pelos alunos. Mas, como diz Juliato (2007, p.

105), não se pode esquecer a necessária formação humana, pois caso contrário, “[...] será um conhecimento parcial e fragmentário”.

De acordo com Berbel (1998), há ainda outras questões a serem praticadas pelos alunos, como as situações para treinamento de habilidades psicomotoras, assim como estágios de várias complexidades, extrapolando, portanto, os aspectos cognitivos. Trata-se assim, de uma abordagem da realidade em todos os seus aspectos.

Para o aluno, isso tem a significação que Juliato (2007, p. 85) dá ao ato de estudar:

[...] dedicar-se a aprender, aproveitar o tempo para o aprimoramento intelectual, esforçar-se para construir sínteses teóricas próprias, dedicar-se ao máximo para dominar conceitos, aplicações e metodologias, enfim, o cumprimento integral das obrigações escolares.

Dessa forma, o aluno de medicina não só cumpre com suas obrigações, mas também aprende a correlacionar novos saberes com conduta de vida e com prática social.

O modelo flexneriano nada exigia dos professores. Nesta nova metodologia os professores-preceptores devem não só ficar à disposição dos alunos para todas as questões que surgirem, como também, observar o aluno enquanto trabalha, avaliando-o.

A metodologia do PBL conforma-se com um dinamismo, impulsionando o aluno para a aprendizagem, valorizando o seu esforço e despertando nele novas habilidades.

Assim, para a prática em atenção primária à saúde, essa metodologia torna-se importante na medida em que prepara a atuação do futuro profissional, despertando-lhe para a reflexão sobre a necessidade de melhorar a prática social existente.

O PBL procura ensinar os alunos a partir de problemas reais, seguindo algumas etapas previamente planejadas. Segundo Gil (2007, p. 95), o planejamento refere-se “a busca de equilíbrio entre meios e fins, entre recursos e objetivos” [...].

Apresenta pouca diferença com a metodologia baseada em problematização. Nesta, escolhe-se um tema a ser trabalhado por todos os

componentes da turma; naquela, os alunos são reunidos em pequenos grupos e cada grupo trabalha com um tema específico. Ambos, porém, são problemas reais, encontrados na comunidade e são dirigidas por etapas. Segundo Berbel (1999, p. 10), “[...] a Metodologia da Problematização tem uma orientação geral como método, dirigida por etapas distintas e encadeadas a partir de um problema detectado”.

Pereira et al (2007, p. 8) explicam que o PBL apóia-se em grupos tutoriais, “[...] que são compostos por um pequeno grupo de estudantes (entre 8 a 12) e, um tutor” e juntos, estudam o caso escolhido. Embora o estudo parta de um caso real, a metodologia requer um planejamento.

O planejamento refere-se às várias etapas, que embora não sejam obrigatórias, recomenda-se aos professores-preceptores a liberdade para conduzir sua disciplina.

O ensino por problematização envolve fases comuns aos PBL e têm como base o grupo tutorial. Em ambos o desenvolvimento segue fases comuns. Berbel (1998) explica as etapas do ensino por problematização: primeiro verifica-se qual é o problema a ser pesquisado, dentro de uma dada realidade, verificando os seus vários aspectos; depois se procura verificar os possíveis fatores associados ao problema e é aí que se percebe a importância da multidisciplinaridade; a busca de informações para resolver o problema compõe a etapa seguinte. Investiga-se o problema até achar as soluções possíveis; uma análise e discussão entre o grupo e o professor-preceptor ou professores-preceptores se segue, até a formulação das hipóteses de solução. Segundo a autora (1998, p. 6), “[...] esta deve ser uma etapa bastante criativa” que deve ser estimulada por permitir que o problema pode gerar outros e outros, o que leva o grupo à novas pesquisas.

Encarar o conhecimento [...] como dinâmico é de fundamental importância, pois é sob essa perspectiva que se pode demonstrar as contribuições que ele vem proporcionando para o desenvolvimento das [...] ciências e, conseqüentemente, para maior progresso e conforto de toda a humanidade (FERREIRA, 1999, p. 74).

Behrens (a) (2006, p. 33) assim detalha as fases do BPL: na primeira o professor faz “[...] a apresentação do projeto que permite aos alunos participarem e entenderem qual a proposta para a aprendizagem”. Na segunda o professor

propõe a contextualização e problematização de um tema, levando os alunos a refletirem sobre os conteúdos necessários para encontrar a solução. Segundo a autora,

Nesta fase, o conhecimento como um todo é focado com base na localização histórica de sua produção. São momentos iniciais de reflexão conjunta quando o papel do professor se centra na provocação que instiga seus alunos para caminharem juntos no processo de busca da produção do conhecimento significativo e relevante (2006, p. 110).

No caso do ensino da medicina, os alunos se sentirão mais responsáveis pela busca de novos conhecimentos, pois partem do estudo de um paciente real, com problemas reais. Além disso, ajuda a reforçar a ação comunitária, pois a problematização enfoca a necessidade de atendimento das pessoas da população.

A terceira fase refere-se à problematização que, segundo Behrens (a) (2006, p. 33) “[...] se torna o coração da proposta”. É o momento em que os alunos se apropriam do projeto de ensino e o professor torna-se o mediador de aprendizagem. Em outra passagem, diz a autora: “[...] essa fase não se limita a repassar conteúdos, mas problematizá-los, para que os alunos sejam provocados para a pesquisa individual e saibam como localizar os conteúdos nas variadas fontes de informação” (p. 112).

A quarta fase corresponde à exposição teórica dialogada, o que remete aos ensinamentos de Paulo Freire (1996), antes citado, para quem sem diálogo não há aprendizagem. Assim, não há apenas exposição didática de conteúdos, mas principalmente encaminhamentos para a busca do conhecimento. Sobre esse aspecto diz Behrens (a) (2006, p. 34):

Este momento precisa ser usado para abordar de maneira geral os assuntos a serem tratados. A exposição didática terá a função de instigar os alunos a pesquisar nos mais variados recursos, para enriquecer o processo de investigação e produção do conhecimento, levando em consideração a necessidade de compartilhamento das informações encontradas. Essa fase não se limita a repassar conteúdos, mas problematizá-los, para que os alunos sejam provocados para pesquisa individual e saibam como localizar os conteúdos nas variadas fontes de informação.

A quinta fase é a que desencadeia a pesquisa individual e, segundo a referida autora (BEHRENS (a), 2006, p. 113), essa ação instiga “o aluno para iniciar-se como pesquisador”.

A pesquisa é muito importante em qualquer ramo do conhecimento, pois “Cada filiação de conceitos, cada sucessão de experiências levanta a questão de seus fundamentos e de suas alternativas” (PERRENOUD, 2000, p. 36). O médico como educador promove e assegura a evolução do conhecimento, utilizando as tecnologias que permitem a pesquisa. Motivando o aluno a usá-las. Bem motivado, o aluno procurará recursos que o levem à solução do problema, produzindo assim o conhecimento necessário ao caso. De acordo com Minayo (1994, p. 25),

[...] a pesquisa é um labor artesanal, que se não prescinde da criatividade, se realiza fundamentalmente por uma linguagem fundada em conceitos, proposições, métodos e técnicas, linguagem esta que se constrói com um ritmo próprio e particular.

Essas particularidades são consideradas pelo professor-preceptor, quando for propor o trabalho a ser realizado. No entanto, deve haver um equilíbrio entre o trabalho individual e o coletivo, como diz Behrens (2000, p. 113):

O equilíbrio entre o trabalho individual e coletivo deve ser observado pelo professor por dois motivos significativos: primeiro o de estimular individualmente os alunos a buscarem os referenciais necessários para a pesquisa; e o segundo, para que este esforço seja promulgado e valorizado perante os colegas. Não se trata de instalar a competitividade, mas de valorizar o envolvimento e a competência na investigação desencadeada pelo aluno.

Os alunos não são orientados apenas para a procura em livros didáticos, mas em todo e qualquer recurso que a modernidade oferece como sites, revistas, entrevistas e outros. Segundo Behrens (1996, p. 39) a função de professor, “[...] implica descobrir caminhos de intermediação no processo pedagógico”. Essa intermediação pode ser feita também na orientação do material necessário para o desenvolvimento dos trabalhos.

Todavia, não pode haver coerção no caso de um aluno pesquisar mais que o outro ou se obtiver maiores ou melhores fontes de pesquisa. A orientação deve servir de estímulo suficiente para que ele procure o máximo de recursos para a

sua pesquisa. “Os alunos aprendem de forma mais eficaz quando têm necessidade de conhecer ou resolver um problema”, afirma Garcia (1999, p. 166). Assim, a procura de material pode se constituir num dos problemas a serem resolvidos pelo aluno, que se sente incentivado para isso, gerando a competição entre os componentes do grupo.

A sexta fase é a produção do texto individual, fase em que contará com a ajuda do professor-preceptor, para não incorrer em erros grosseiros nem simplesmente copiar teorias já prontas, pois para Behrens (b) (2006, p. 116), essa fase não corresponde a “escrever qualquer coisa, mas estruturar a produção do texto individual dentro de categorias estabelecidas na exposição inicial do conteúdo”. O aluno deve ter ciência de onde começa e de onde termina a questão a ser estudada. Também aprende que toda pesquisa realizada deixa uma sensação boa para quem a faz. Isso por si só é um incentivo para fazê-la. Ele deve ser lembrado ainda, de que sua pesquisa poderá servir de ampliação de conhecimento de todo o grupo.

A sétima fase refere-se à discussão crítica, fase essa que envolve todos os alunos, pois eles deverão, em conjunto, “[...] discutir, refletir, comparar as obras pesquisadas, discordar, argumentar sobre suas pesquisas e as de seus colegas” (BEHRENS (a), 2006, p. 117). No entanto, o espírito de equipe deve prevalecer, pois o trabalho final derivará de todo o grupo.

Aqui, o aluno começa a demonstrar maior segurança sobre sua capacidade, pois já pesquisou o assunto, às vezes exaustivamente. A discussão também lhe dá oportunidade de melhorar sua capacidade de diálogo.

O resultado dessa discussão é a aproximação da teoria para com a prática, possibilitando ao aluno, ver-se como agente de intervenção da realidade. De acordo com Vasconcellos (1999), todo estudo e toda reflexão aí produzidos devem servir para fundamentar possíveis soluções.

A produção de texto coletivo compõe a oitava fase. É a ocasião em que os alunos, divididos em três ou quatro elementos por grupo, discutem suas produções, todas em torno do mesmo assunto, para daí derivar outro texto, com as várias contribuições individuais. “Nesse processo, os alunos aprendem como elaborar produção própria e defender suas idéias e sua pesquisa, ao mesmo

tempo em que compõem com seus companheiros, uma coleção coletiva [...]” (BEHRENS (a), 2006, p. 118).

A nona fase refere-se à produção final, correspondendo ao coroamento do processo. Segundo Behrens (a) (2006, p. 118), “[...] é importante que o professor permita que os alunos escolham, desde o início do processo, como gostariam de realizar esta etapa”. Essa finalização pode vir em forma de exposição didática, montagem de painel, encenação, organização de evento, jornal, revista ou qualquer outra, desde que as decisões sejam tomadas de comum acordo entre os grupos formados.

A décima e última fase do PBL é denominada de avaliação do projeto. Segundo Behrens (a) (2006, p. 40-1) é recomendando que professores e alunos dêem suas impressões. Esse é o momento que “permite que possam ser corrigidos os percursos que não foram muito produtivos ou que não propiciaram aprendizagens significativas”. O aluno deverá saber como será avaliado e, se não conseguir atingir o grau necessário, poderá ter nova chance de avaliação por meio de uma prova. Deve-se frisar, porém, que o processo exige avaliação contínua, pois todos os passos do aluno são observados pelo professor.

Pode-se perceber que essas fases conferem com a metodologia da problematização, que deixa livre as orientações para a sua aplicação. Tanto a metodologia de problematização quanto o PBL são baseados na aplicação à realidade. Em ambas as atividades propostas são intencionais, organizadas

[...] para realização do propósito maior que é preparar o estudante/ser humano para tomar consciência de seu mundo e atuar também intencionalmente para transformá-lo, sempre para melhor, para um mundo e uma sociedade que permitam uma vida mais digna para o próprio homem (BERBEL, 1999, p. 10).

Segundo Behrens (b) (2006), o PBL é uma forma de exprimir o paradigma emergente porque envolve o aluno em todo processo, referenda a sua participação como partícipe da construção do seu conhecimento e é incitado à pesquisa, fato que ele deverá ter em conta em toda a sua vida profissional.

Para que essa nova forma de aprender tenha sucesso é necessário, segundo Behrens (b) (2006), que as aulas teóricas sejam reduzidas, maior envolvimento dos alunos, organização diferenciada de atividades, resultados

consensuais; utilização de todos os recursos didáticos possíveis, valorização da produção individual, aproveitamento da vivência do aluno e valorização do diálogo entre outras ações próprias ao professor-preceptor.

O diálogo faz parte da necessária comunicação entre grupos. Além disso, perfaz a formação, pois no exercício da função médica, a comunicação é imprescindível. A esse respeito (SOUBHIA et al., 2005, p. 111), diz que nessa atividade, é necessário: “Comunicarmo-nos através de um olhar compreensivo, que enxerga além das aparências, que percebe como um raio-X, além do imediato, do material [...]”.

Com a comunicação o conhecimento é transferido de um para outro, em caráter individual e grupal, unindo teoria e prática, atendendo assim, à própria natureza do curso.

No pensamento de Andrews (2007), mesmo que os resultados causem alguma decepção, são intelectualmente desafiadores, pois novas pesquisas podem ser desencadeadas, trazendo resultados mais satisfatórios e promovendo competências.

Para Lima (2006), embora possa se constituir em juízo de valor, a competência é algo que não pode ser observada diretamente. No caso do futuro médico, é algo que vai sendo construído devagar e que o professor-preceptor pode inferir pela observação e análise do desempenho do aluno no grupo, ao longo de todo o processo.

O trabalho multidisciplinar também se faz importante nesta modalidade de ensino, pois os temas desenvolvidos, normalmente “precisam [...] de algo que cada vez se faz com mais precisão e menos empiricamente, na medida em que se sucedem estudos e aportes ao entendimento dos fenômenos [...]” (OSÓRIO, 2005, p. 113).

Segundo Berbel, (1998, p. 144) em todo o processo,

[...] desde o observar atento da realidade e a discussão coletiva sobre os dados registrados, mas principalmente com a reflexão sobre as possíveis causas e determinantes do problema e depois com a elaboração de hipóteses de solução e a intervenção direta na realidade social, tem-se como objetivo a mobilização do potencial social, político e ético dos alunos, que estudam cientificamente para agir politicamente, como cidadãos e profissionais em formação, como agentes sociais que participam da construção da história de seu tempo, mesmo que em pequena dimensão.

No entanto, é também necessário que os alunos se conscientizem que a aprendizagem prossegue por toda a vida profissional. Como nas palavras de Affimi e Américo (2007):

Para que o aluno tenha condições de 'aprender a aprender' é necessário que ele defina seus objetivos de aprendizagem e desenvolvam a capacidade responsável de auto-avaliação. É importante que tenha a plena consciência que a busca e aquisição de conhecimento é um processo contínuo que perdurará toda a vida profissional do indivíduo.

Essa noção se contrapõe “[...] à de aprendizado como algo pronto, acabado, ou seja, fica clara a noção de aprender a aprender por toda a vida” (MORAES e MANZINI 2006, p. 122). Além disso, vai ao encontro do preconizado pela citada 2ª Conferência Mundial de Educação Médica de que a educação médica deve prosseguir por toda a vida do profissional.

A adoção desse paradigma pelo Curso de Medicina da PUCPR, busca atender os princípios de uma formação ética e humanista, servindo à comunidade em que está inserida. No entanto, é necessário provocar uma discussão sobre a ética na profissão, de modo a evitar que o profissional se depare com dilemas dessa natureza no exercício de sua profissão. Assim, desenvolverá no aluno, também seu juízo crítico.

No conjunto de ações relativas ao êxito da metodologia, pode-se encontrar críticas, formuladas com o intuito de legitimar e consolidar definitivamente a adoção desses novos parâmetros, superando as dificuldades que podem ser encontradas no cotidiano das aulas.

A importância para a disciplina de Atenção Básica à Saúde é inquestionável, pois além de partir da realidade da comunidade, transfere aos alunos, futuros profissionais da saúde, grande parte da responsabilidade das ações de preservação da saúde. No exercício de sua profissão, ele se confrontará diariamente com uma multiplicidade de problemas que poderiam não existir se tivesse sido dada atenção primária. Segundo Stein (2007), as evidências dos benefícios dados à Atenção Primária à Saúde são amplas, desempenhando papel importante na promoção da equidade com que a saúde deve ser tratada.

O futuro médico precisa ter consciência de que a sua relação com o paciente, no caso de Atenção Básica à Saúde, é de longa duração sendo-lhe

necessário conhecer as dificuldades que a grande maioria da população encontra para conseguir manter sua saúde.

5 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Organização Mundial da Saúde definia a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência da doença ou enfermidade.

Etimologicamente a palavra saúde vem do latim *salus* que se refere ao atributo principal dos inteiros, intactos, íntegros. No entanto, de acordo com Almeida Filho e Rouquayrol (2002), pode ter se originado também da palavra latina *salvus* que denota a superação de ameaças à integridade física dos sujeitos.

Segundo Akerman et al (2006, p. 128), “Saúde é uma qualidade inata do homem e ainda segundo a tradição aristotélica é um dos bens que cooperam para a produção da felicidade, objetivo maior da vida”.

A promoção da saúde faz parte de um fenômeno social. De acordo com Campos (2006, p. 53), “Os fenômenos sociais, entre eles a saúde e a doença das pessoas, resultam da interação de uma multiplicidade de fatores”.

A designação promoção da saúde, segundo Westphal (2006, p. 640) envolve quatro funções da medicina: “Promoção da Saúde, Prevenção de Doenças, Tratamento dos Doentes e Reabilitação”. Para o autor, significa também, ações de educação em saúde, bem como ações estruturais desencadeadas pelo Estado.

Andrade, Barreto e Bezerra (2000, p. 786), ampliam a promoção da saúde para a compreensão de,

[...] no mínimo: a promoção de uma nutrição adequada e de um abastecimento suficiente de água potável; o saneamento básico; a saúde da mãe e da criança, incluindo o planejamento familiar; a imunização contra as principais enfermidades infecciosas; a prevenção e a luta contra as doenças endêmicas locais; a educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e controle correspondentes; o tratamento apropriado para as enfermidades e os traumatismos comuns.

Já a prevenção primária corresponde à “[...] medidas gerais, educativas, que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos (comportamentos alimentares, não-ingestão de drogas, tabaco, exercício físico e

repouso, contenção de estresse), para que resistam às agressões dos agentes” (WESTPHAL, 2006, p.640).

A atenção primária, segundo Stein (2007, p. 28), refere-se ao

[...] nível do sistema de saúde acessível a todo problema novo e necessidade, além de cuidar de problemas crônicos e condições própria da vida, prestando atenção ao longo do tempo, centrado na pessoa mais que na enfermidade, que oferece atenção aos transtornos mais comuns e que coordena e integra o atendimento prestado em outros serviços ou por outros profissionais.

Também faz parte desse processo, a vigilância, que tem o propósito de “[...] detectar os primeiros sintomas da doença para a rápida instituição e isolamento, substituindo por meio de uma conduta mais sofisticada a prática restritiva de quarentena” (WALDMAN, 2006, p. 490).

A vigilância articulada a outros aspectos como o acesso de todos à saúde e a qualidade dos serviços da área, é considerada essencial à saúde pública.

No Brasil, o desenvolvimento da atenção à saúde se deu com a vinda da corte portuguesa, tendo o Rio de Janeiro como centro das ações sanitárias do país e a criação da Academia Imperial de Medicina (1829), que servia como órgão consultivo do Imperador nas questões ligadas à saúde (COHN, 2000).

A saúde pública apareceu após a proclamação da república que nada mais era do que: “[...] um novo campo do conhecimento, voltado para o estudo e a prevenção das doenças e para o desenvolvimento de formas de atuação nos surtos epidêmicos” (COHN, 2000, 250).

Segundo Ferreira e Buss (In BRASIL, 2002) durante os anos de 1930-40 a busca por assistência médica se dava preferencialmente em centros urbanos, em duas alternativas, a assistência privada ou a hospitalar. Aqueles que detinham maior poder aquisitivo tinham assistência médica um pouco mais desenvolvida, enquanto aqueles que não possuíam recursos eram internados em hospitais filantrópicos e Santas Casas de Misericórdia. A assistência médica era prestada pela Previdência Social, criada na década de 20 pela Lei Elói Chaves, aplicada no governo de Getúlio Vargas e organizada em caixas de aposentadorias e pensões (CAPs), estruturadas por empresas e administradas e financiadas por empresários e trabalhadores.

Barata (2006, p. 462), ao discorrer sobre as desigualdades no Brasil, diz que em saúde,

[...] o conceito de desigualdade incorpora [...] a idéia de uma repartição desigual produzida pelo próprio processo social, isto é, a percepção de que o acesso a bens e serviços e a um dado nível de saúde está fortemente determinado pela posição que os indivíduos ocupam na organização social.

Dessa forma, era necessário superar a idéia de controlar a saúde, centrada apenas na enfermidade. Nunes (2006, p. 298) informa que na década de 60 ampliou-se o debate em quase todo o mundo, para uma prática preventivista da medicina. Esse debate abriu “[...] caminho para a busca de uma abordagem positiva nesse campo, visando superar a orientação predominante centrada no controle da enfermidade”.

Segundo Minayo (2006, p. 95), “[...] os temas relativos à saúde e à higiene foram sendo incorporados às pautas de reivindicações dos trabalhadores”. No Brasil, o primeiro ato nesse sentido foi a estruturação do atendimento por categorias profissionais, organizando-se Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) com a presença financeira e administrativa do Estado na prestação de serviços à Previdência. Essa substituição foi feita em 1966 pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) (BRASIL, 2002).

Para os autores, as principais características desse modelo foram:

- a) uma pretendida extensão da cobertura previdenciária para a quase totalidade da população urbana e rural;
- b) o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;
- c) a criação, mediante intervenção estatal, de um complexo médico-industrial;
- d) o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado em termos de lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento da produção privada desses serviços.

Ainda de acordo com Ferreira e Buss (In: BRASIL, 2002) o modelo médico-assistencial privatista assenta-se no tripé:

- a) o Estado como o grande financiador do sistema, através da Previdência Social e como prestador de serviços aos não integrados economicamente;
- b) o setor privado nacional como o maior prestador de serviços de assistência médica;
- c) o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos.

Faleiros et al (2006) citam que, em 1971, para garantir aos trabalhadores do campo os direitos previdenciários, foi criado o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL); depois foi a vez do Plano de Pronta Ação (PPA) elaborado para acelerar o atendimento dos casos médicos de urgência.

Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência Social (MPAS) que, incorporado ao INPS, livrava-se das imposições do Ministério do Trabalho, tentando garantir a saúde dos assegurados. Para tentar conter a onda de corrupção e pagamentos ilegais de aposentadorias e pensões o governo criou a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV). Por fim, em 1975, foi criado o Sistema Nacional de Saúde, cujo objetivo era o de baratear e tornar mais eficaz as ações de saúde em todo país. Somente em 1976 foi determinado o pagamento obrigatório do “salário insalubridade” para atividades arriscadas, que podiam resultar em enfermidades ou morte dos operários.

Diante da situação de saúde no país houve a necessidade de uma Reforma Sanitária que objetivava mudanças sociais com transformações básicas, buscando um sistema de saúde que atendesse a todos, começando a entrar em vigor por meio de uma reforma administrativa do Sistema de Saúde sob a forma de descentralização nos estados e municípios (FALEIROS, 2006).

Na América Latina, a saúde coletiva teve maior ênfase a partir de alguns movimentos específicos na área. Como informa Campos (2006, p. 59),

A medicina social latino-americana [...], a saúde coletiva no Brasil [...] e o movimento de promoção à saúde no Canadá [...], ainda que com diferença

de ênfase, todos ressaltam a importância da organização social na resultante sanitária em um dado território e em uma época específica.

O primeiro desses movimentos teve como resultado um relatório produzido em 1974, encabeçado pelo Canadá, denominado Lalonde: Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses, reforçado pelo Relatório Eppp – Alcançando Saúde para Todos, de 1986, estabeleceram bases para

[...] importantes movimentos de convergência na conformação de um novo paradigma formalizado na Conferência de Alma-Ata (1978) com a proposta de Saúde para Todos no ano 2000 e a estratégia de Atenção Primária de Saúde que alcançou destaque especial na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), com a promulgação da Carta de Ottawa, e que vem se enriquecendo com a série de declarações internacionais periodicamente formuladas nas conferências sobre o tema (BRASIL, 2002, p. 7).

A Declaração de Alma-Ata indicava que a conquista de alto grau na área da saúde exigia a intervenção não só do setor de saúde, mas de outros setores sociais e econômicos, porque a manutenção da saúde depende desses outros setores. Partia do princípio de que a população tem o direito à saúde individual e coletiva, o que exige planejamento dos governos e da saúde em geral (BRASIL, 2002).

Em 1981 ocorreu ainda no Canadá a Primeira Conferência Nacional de Saúde, ocasião em que foi introduzida a idéia de que o “contexto social era um poderoso determinante da saúde porque moldava o comportamento individual (...)” (BRASIL, 2002, p. 12), mas admitia que a escolha dependia do estilo de vida e da classe social do indivíduo. Por isso, a intervenção governamental nos estratos mais pobres da população se fazia premente na promoção da saúde.

Por promoção da Saúde, a Carta de Ottawa, promulgada em 1986 propôs como “(...) o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002, p. 19).

Segundo essa Carta, são pré-requisitos para a saúde a paz, a habitação, a educação, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, os recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade (BRASIL, 2002, p. 20).

Ainda segundo esse documento, para alcançar a equidade, é necessário capacitar pessoas. Entende-se que os Cursos de Medicina estão incluídos nessa capacitação.

A luta para que a saúde fosse um direito de todos e um dever do Estado foi o lema da VIII Conferência Nacional de Saúde e uma das bandeiras do Movimento Sanitário. Segundo o relatório dessa Conferência, a saúde é potencialmente capaz de abranger vastíssimos setores da população, pertencentes a diferentes grupos, classes e estratos sociais. Essa Conferência foi realizada em Brasília em 1986, reunindo cerca de quatro mil pessoas para discutir a reforma sanitária a ser implantada pelo governo (FALEIROS et. al, 2006).

A ampliação do acesso aos direitos sociais ocorreu com a Constituição de 1988. A proteção social, até então praticamente restrita aos contribuintes do sistema previdenciário, foi estendida à população em geral, embora constasse alguma variação quanto ao conjunto de benefícios a serem cobertos. Também foi alcançada a universalização dos serviços de saúde e de assistência social.

Vasconcelos e Pasche (2006, p. 531) apontam a formulação e a implantação do Sistema Único de Saúde como resultado do movimento da reforma sanitária. Segundo esses autores, “O Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política”. A proposta foi a de modificar a situação de desigualdade na área da saúde, tornando o atendimento obrigatório e gratuito, financiado pelos impostos pagos pela população.

Tem como base a Atenção Primária à Saúde, o que, segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2006, p. 7, é baseado no “[...] enfoque amplo para organização e operação de sistemas de saúde que fazem do direito ao nível de saúde o mais elevado possível seu principal objetivo, maximizando a equidade e a solidariedade”.

Para Stein (2007, p. 30),

A atenção básica deve ser consolidada no Brasil, como estratégia de fortalecimento do SUS, promoção de melhorias na saúde do indivíduo, sua família e comunidade e conseqüente redução das iniquidades produzidas pela desigualdade social vigente em nosso país.

Kloetzel (2007) complementa esse pensamento, ao dizer que a atenção primária deve ser consolidada se não por convicção, que o seja por uma questão de economia.

Segundo a Constituição de 1988, as diretrizes do SUS são:

- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- participação da comunidade (VASCONCELOS e PASCHI, 2006).

Para Conh (2000, p.232) “A Constituição Federal contempla a saúde como um direito social e dever do Estado, prevendo a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) universal no acesso, igualitário no atendimento assistencial e equânime na distribuição dos recursos”.

Fazem parte do SUS as unidades de saúde, os hospitais, os laboratórios, os hemocentros e o setor privado que participa da prestação de serviços, por meio de contratos que possuem. O SUS é também responsável pela elaboração das políticas voltadas à área da saúde.

O processo de municipalização da saúde teve início em 1992 com ações voltadas para Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

A portaria de nº 648/GM de 28 de março de 2006, aprovada pelo Ministério da Saúde, regulamenta a implantação e operacionalização das ações voltadas à atenção primária à saúde como a publicação de manuais e guias que detalham as ações, a competência de cada unidade (secretarias municipais, estaduais e do próprio Ministério de Saúde, assim como das equipes de atenção básica). Também dá ênfase à saúde da família, como estratégia de operacionalização da atenção primária (BRASIL (b), 2006).

A descentralização, o planejamento e a administração em saúde estão representados pelos Distritos Sanitários, sendo incluso os conceitos de cidadania, territorialidade e organização de serviços para resolver problemas de saúde no território e “(...) constituíram na mudança mais significativa no aspecto político-administrativo da reforma no Sistema de Saúde no Brasil” (VASCONCELOS e PASCHE, 2006, p. 536).

De acordo com Drumond Jr (2006), o espaço privilegiado para as ações de atenção primária à saúde e epidemiologia, encontra-se na esfera municipal e em unidades de saúde.

Vale lembrar, que a epidemiologia trata do processo saúde-doença no coletivo. Para Drumond Jr. (2006, p. 449),

A epidemiologia amplia sua capacidade de contribuir nos serviços de saúde quando articula o saber específico, nuclear da disciplina, com outros saberes necessários à abordagem dos problemas por meio da ampliação do conhecimento, do acompanhamento e da avaliação das ações de saúde.

Sob a influência desse movimento de atenção primária à saúde, as diretrizes curriculares aprovadas em 2001 advogam “(...) uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para um médico capaz de atuar na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência” (FERREIRA, 2007. p. 2), o que envolve as funções do profissional de saúde, antes apontado por Westphal (2006). O enfoque especializado deve ser ofertado aos outros níveis de atenção à saúde.

De acordo com Starfield (2002, p. 136) “Os médicos que praticam a atenção primária devem tolerar a ambigüidade porque muitos problemas nunca alcançam o estágio de um diagnóstico que possa ser codificado utilizando a nomenclatura padrão de diagnóstico”. Também por isso o PBL se torna importante, pois assim, os alunos vão se familiarizando com os problemas que vão parecer ambíguos no exercício da profissão.

Pelo exposto, pode-se depreender que o PBL é uma das grandes vantagens do atual tipo de ensino da disciplina, já que articula os saberes necessários à compreensão do todo.

5 METODOLOGIA

A metodologia tem várias abordagens e o pesquisador adota a que mais se enquadra em sua pesquisa. Neste caso, a abordagem qualitativa foi eleita como metodologia para esta pesquisa, de natureza descritiva, que segundo Andrade (1999), faculta a observação de fatos, seus registros, análises, classificação e interpretação, sem que o pesquisador interfira neles. Isso significa que os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não manipulados pelo pesquisador.

Lüdke e André (1986, p. 112) trazem maior esclarecimento sobre esse tipo de pesquisa, ao dizerem:

A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta e o pesquisador como seu principal instrumento [...] Os dados coletados são predominantemente descritivos [...]. A preocupação com o processo é muito maior do que com o produto [...], o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida são focos de atenção especial pelo pesquisador [...]. A análise dos dados tende a seguir um processo indutivo.

No caso desta pesquisa, o ambiente é o Curso de Medicina da PUCPR, com seus alunos, especialmente a metodologia do PBL para a Atenção Básica à Saúde. Os dados colhidos permitem subsídios para fundamentar a pesquisa.

O estudo de caso compõe a técnica da pesquisa. Para Triviños (1987, p. 134), o estudo de caso “É uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente”. Nesta definição encontram-se suas características que podem ser dadas por duas circunstâncias: a natureza e a abrangência da unidade. Neste caso, a natureza relaciona-se ao desenvolvimento de uma metodologia específica — o PBL —, na prática de uma dada disciplina — a Atenção Primária à Saúde. A abrangência é justamente o Curso de Medicina da PUCPR.

Importante dizer que se trata de uma única fonte para guiar a pesquisa. Todavia, um roteiro objetivo e habilitado ajuda o pesquisador durante todo o processo de realização do estudo, direcionando-o para a definição dos dados a serem coletados e para a definição das estratégias para a sua análise.

Nessa mesma linha de pensamento encontra-se Michaliszyn e Tomasini (2004, p. 42), para quem o estudo de caso refere-se a um “estudo profundo e

exaustivo de indivíduos e instituições em particular, de maneira a permitir o seu amplo e detalhado conhecimento”.

Nesta pesquisa, os indivíduos que compõe a amostra são alunos do Curso de Medicina da PUCPR e o universo da pesquisa a instituição PUCPR, demonstrados na tabela 1.

A escolha da amostra considerou a matriz curricular do curso que insere o aluno na metodologia no 2º período, portanto no 3º período. Isso porque esses alunos já desenvolveram atividades dentro da proposta do PBL. A escolha do 9º período ocorreu por marcar o término das atividades dentro da metodologia.

Período	Total de alunos	Total de respostas
3º período	91	74 – 81%
9º período Turma A	58	39 – 67%
9º período Turma B	60	27 – 45%
Total Geral	201	140 – 70%

Tabela 1 – Composição da amostra da pesquisa.

O instrumento da pesquisa foi um questionário (Apêndice nº1) estruturado com 11 perguntas, com respostas fechadas e abertas.

Antes da aplicação do questionário, o projeto foi entregue ao Comitê de Ética que o validou. Também foram tomados outros procedimentos legais, como a anuência, por escrito, do diretor do curso e assinatura de termo de livre consentimento pelos participantes (Apêndice).

A coleta de dados foi feita em duas fases distintas: a primeira refere-se à análise bibliográfica; a segunda análise documental sobre a metodologia utilizada na PUCPR para o Curso de Medicina; e a terceira é o questionário estruturado e distribuído aos alunos, cujas respostas serviram de subsídios para a verificação da utilidade do PBL para o estágio de saúde de família e comunidade, um dos objetivos desta pesquisa.

Os participantes da pesquisa foram codificados em 3-1, 3-2..., 3-n; 9A-1, 9A-2..., 9A –n; 9B-1, 9B-2..., 9B-n, salvaguardando assim o anonimato. Ressalta-se que a aplicação dos questionários foi realizada por professores colaboradores e não pelo pesquisador.

Após o levantamento e categorização, previamente definida ao longo da análise do material coletado, as respostas dos alunos foram correlacionadas, à luz da teoria antes expostas, procurando responder ao problema aqui levantado.

7 LEVANTAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

7.1 CARACTERIZAÇÃO DO UNIVERSO DA PESQUISA

O Curso de Medicina da PUCPR passou a adotar o PBL como metodologia de ensino-aprendizagem em 1999, mas sua preparação começou a ocorrer, em 1994, quando as coordenações, tanto do Curso como da própria Universidade sentiram a necessidade de mudanças pedagógicas para fazer frente às diversas demandas na formação do profissional médico.

Para isso, uma comissão de docentes e gestores foi conhecer escolas médicas consagradas no Canadá e nos Estados Unidos, com o intuito de verificar os modelos de formação adotados. O modelo de formação médica da Universidade de Dalhousie no Canadá atendia as necessidades sentidas para a realidade brasileira.

A partir do ano de 1995 até meados 1998 foi desenvolvido um intenso programa de capacitação profissional, que contou com testes pedagógicos e trocas de experiências interinstitucionais. Esses fatos levaram vários professores da PUCPR ao Canadá e de alguns professores de lá para a PUCPR. Ao final desse período havia sido construído, a várias mãos, um novo currículo para o Curso de Medicina da PUCPR, baseado na metodologia PBL.

A implantação desse novo projeto pedagógico iniciou de uma maneira sólida, dado o investimento feito em capacitação e planejamento desenvolvidos nos quatro anos precedentes.

7.1.1 Projeto Pedagógico

A missão do curso de medicina da PUCPR é de propiciar um ambiente onde os alunos possam "aprender a aprender". O objetivo é atingir a excelência científica voltada ao bem do paciente e instrumentalizar os alunos, mesmo depois de formados para construir uma relação médico/paciente adequada. E ainda, torná-los capazes de desenvolver suas habilidades técnicas, com um raciocínio clínico lógico e eficaz, voltados para a atenção à saúde e solução das doenças, pautados pelos melhores preceitos humanistas, éticos, morais e cristãos (PUCPR, 2007)

Tendo como base a missão da instituição e do curso, foram estabelecidos os objetivos para serem atingidos de uma forma madura e consistente. São eles:

- Processo ensino-apredizagem contextual;
- Assistência de excelência;
- Pesquisa de alto nível na graduação;
- Programa de Educação Continuada.

O modelo curricular foi desenhado de modo adequado e concordante com a missão, objetivos e meta, preservando todos os avanços conquistados com o modelo moderno de currículo implantado em 1999, agora definido como um modelo pedagógico de “aprendizagem cooperativa”, que ao final ficou estruturado em quatro eixos de atividades (fig. 1), a saber: 1) eixo teórico com as fases pré-clínica, clínica e ser médico, 2) eixo de práticas ambulatoriais com as atividades de estágio em saúde da família e comunidade (ESFC) e estágio em práticas ambulatoriais comunitárias de especialidades (EPACE), 3) eixo de práticas hospitalares com as práticas hospitalares e internato e o 4) eixo de pesquisa com o trabalho de conclusão da fase clínica (PUCPR, 2007).

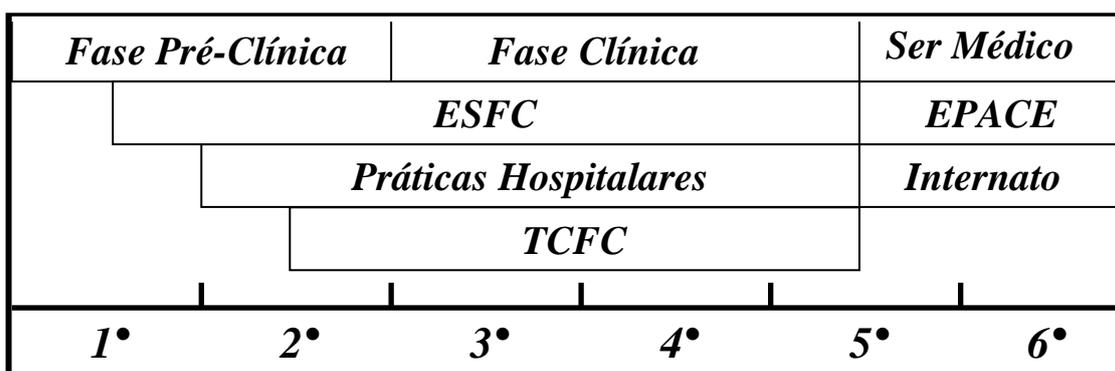


Figura 1: Eixos de atividades do Curso de Medicina da PUCPR.

A aprendizagem cooperativa tem os seguintes pressupostos essenciais: 1) Interdependência entre os membros do grupo, 2) desenvolvimento de habilidades sociais como: liderança, comunicação, resolução de conflitos, 3) interação olho-olho 4) importância do desempenho individual – grupo, 5) processo do trabalho

em grupo interdisciplinar, 6) distribuição apropriada de tarefas aos membros nos grupos e 7) trabalho constante com *feed-back* (PUCPR, 2007).

7.1.2 Modelo Curricular

7.1.2.1 Eixo teórico

O eixo teórico se inicia no primeiro período e se estende até o nono período do curso, correspondendo a 46,1% da carga horária total do curso. É dividido em uma fase inicial, denominada de pré-clínica com 22,7% da carga horária do curso e seguida de uma segunda fase denominada de clínica com 23,4% da carga horária do curso (PUCPR, 2007).

A fase pré-clínica tem a duração de quatro semestres e apresenta como eixo central de estudo e discussão os aspectos morfo-fisiológicos das estruturas do corpo humano. O modelo pedagógico é o da problematização e a metodologia seguida é a do PBL, que valoriza a discussões de diferentes cenários em pequenos grupos de até 10 alunos. Esta fase tem também atividades práticas de laboratórios e conferências (PUCPR, 2007).

Os Programas de Aprendizagem deste eixo nesta fase ficaram distribuídos da seguinte maneira:

- 1º PERÍODO – Fase Pré-Clínica
 - Funções Biológicas I
 - Introdução ao Estudo da Medicina
 - Processos do Conhecer
- 2º PERÍODO – Fase Pré-Clínica
 - Funções Biológicas II
 - Cultura Religiosa
 - Filosofia
- 3º PERÍODO – Fase Pré-Clínica
 - Funções Biológicas III
 - Ética
- 4º PERÍODO – Fase Pré-Clínica

- Fisiopatologia da Agressão e Defesa
- Deontologia

Os Programas de Aprendizagens de Funções Biológicas I, II e III abordam conteúdos integrados de anatomia, fisiologia, histologia, biologia celular e do desenvolvimento e bioquímica. No primeiro período a atenção versa sobre as estruturas da pele, músculos e ossos; no segundo período os assuntos centrais focam as estruturas internas do corpo humano em seus diferentes aparelhos e sistemas, com exceção feita aos conteúdos sobre glândulas e sistema nervoso central que são tema de abordagem no terceiro período. As aulas práticas de anatomia acontecem em dois cenários de estudo, o primeiro com peças anatômicas em cadáveres ou em peça plastinada e o segundo, através de imagens radiológicas, tomográficas, ecográficas, ressonância magnética e outras (PUCPR, 2007).

O Programa de Aprendizagem de Fisiopatologia da Agressão e Defesa no quarto período aborda, de forma integrada, os conteúdos de microbiologia, imunologia, parasitologia e patologia geral.

Os demais programas de aprendizagem constantes nessa fase são eminentemente teóricos incluindo: processos do conhecer, cultura religiosa, filosofia e ética. São denominados de programas institucionais e são obrigatórios em todos os cursos da PUCPR. O programa de introdução ao estudo da medicina no primeiro período visa apresentar aos alunos os objetivos do curso e instrumentalizando-os sobre a melhor forma de desenvolverem suas habilidades no modelo de aprendizagem cooperativa. O programa de deontologia desenvolve especificamente assuntos sobre ética médica (PUCPR, 2007).

A fase clínica tem a duração de cinco semestres e apresenta como eixo central de estudo e discussão dos aspectos fisiopatológicos do complexo saúde-doença das afecções mais comuns da comunidade. O método pedagógico é o do mestre-aprendiz, que valoriza a discussões de diferentes casos clínicos em grupos de até 15 alunos. Esta fase tem também atividades práticas de laboratórios e conferências, dando conta da metodologia do PBL (PUCPR, 2007).

Os programas de aprendizagem desse eixo nesta fase ficaram distribuídos da seguinte maneira:

- 5º PERÍODO – Fase Clínica
 - Infecção
 - Neurociências
 - Patologia Especial
 - Bases Terapêuticas
 - Medicina do Trabalho
- 6º PERÍODO – Fase Clínica
 - Respiração e Circulação
 - Digestão e Excreção
 - Medicina Legal
- 7º PERÍODO – Fase Clínica
 - Glândulas e Sangue
 - Locomoção
 - Técnica Operatória e Cirurgia Experimental
 - Geriatria/Oncologia
- 8º PERÍODO – Fase Clínica
 - Órgãos dos Sentidos
 - Anestesia e Cirurgia
 - Psiquiatria
- 9º PERÍODO – Fase Clínica
 - Saúde da Mulher
 - Crescimento e Desenvolvimento
 - Genética

Nesta fase são discutidos, de forma integrada, assuntos referentes às diferentes clínicas como doenças infecciosas e parasitárias, neurologia, cardiologia, angiologia, pneumologia, gastroenterologia, nefrologia, hematologia, endocrinologia, reumatologia, ortopedia, oncologia, geriatria, otorrinolaringologia, dermatologia, oftalmologia, anestesiologia, cirurgia, psiquiatria, ginecologia, obstetrícia e pediatria. A integração dos assuntos confere com os parâmetros do paradigma emergente, antes expostos (PUCPR, 2007).

O programa de aprendizagem Ser Médico tem duração de três semestres e compreende atividades no 10º, 11º e 12º períodos. Essa atividade tem como um dos objetivos, reunir a turma para discussões sobre diferentes problemas e posturas da atividade profissional médica além de ser um momento de reencontro do grupo. O Ser Médico I aborda assuntos de administração e empreendedorismo; o Ser Médico II discute assuntos sobre técnicas do processo de tomada de decisão e direito médico profissional; e o Ser Médico III tem por objetivo o desenvolvimento e treinamento de habilidades de comunicação, apresentação e motivação (PUCPR, 2006).

7.1.3 Eixo de Práticas Ambulatoriais

7.1.3.1 Estágio de saúde da família e comunidade

O objetivo geral dessa atividade é proporcionar aos alunos do curso de medicina uma vivência acadêmica voltada para as necessidades sociais, com base no contexto das políticas públicas de saúde e ético/científicas necessárias à formação do profissional médico em Atenção Primária à Saúde (PUCPR, 2005).

Como objetivos específicos práticos, encontram-se o Reconhecimento da importância do conceito de territorialização em saúde no trabalho do médico, bem como as potencialidades e vulnerabilidades no processo saúde doença; o estabelecimento da correlação existente entre o modo de vida da comunidade e o processo saúde doença e da prática do controle social a participação efetiva dos profissionais da saúde e da comunidade na construção do SUS; o desenvolvimento de habilidades técnicas na prática da medicina ambulatorial e comunitária e do relacionamento interpessoal com a família ou comunidade e com os membros da equipe de saúde; a realização de ações de vigilância epidemiológica na comunidade; o acompanhamento e auxílio em consultas médicas ambulatoriais e domiciliares, sob supervisão; a participação de ações programadas em saúde para promoção e prevenção de agravos relacionados à saúde da criança e adolescente, da mulher, do adulto, do idoso, no combate à Aids/DST, na saúde mental e na saúde do trabalhador, bem como no planejamento em saúde; e o desenvolvimento de ações de Atenção Primária à Saúde junto a pessoas, famílias e comunidade (PUCPR, 2005).

Além desses objetivos ainda constam os teóricos, que envolvem o conhecimento das políticas públicas de saúde no Brasil; levar os alunos à capacidade de correlacionar os marcos históricos brasileiros e internacionais com o desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil; a identificação das bases legais da construção e viabilidade do Sistema Único de Saúde brasileiro e da hierarquização dos serviços de assistência a saúde no Brasil; a caracterização dos serviços de atenção a saúde no Brasil; a diferenciação das atividades e competências profissionais dos integrantes da equipe de saúde nos serviços de atenção a saúde; o conhecimento da estrutura física e orgânica dos serviços de atenção à saúde; a identificação das estruturas e dos modelos administrativos nos serviços de atenção a saúde e das bases conceituais e metodológicas da epidemiologia; a caracterização das principais ações de promoção e prevenção em saúde desenvolvidas pelas políticas públicas de saúde com foco voltadas na assistência; correlacionar o estudo da epidemiologia com os principais programas de atenção a saúde nas áreas: criança, adolescente, mulher, adulto, idoso, saúde mental, saúde do trabalhador, AIDS/DST; o conhecimento das bases conceituais da atenção primária a saúde; e o reconhecimento do modelo de atenção a saúde da família estratégias de promoção e prevenção eficazes de melhorar a qualidade de vida da comunidade (PUCPR, 2005).

7.1.3.2 Metodologia

A metodologia tem como base o PBL, assim desenvolvido:

1. O programa de aprendizagem de Práticas Ambulatoriais Comunitária é desenvolvido em módulo de Conferências, Práticas de Laboratório e Práticas de Campo.
2. O módulo de conferências ocorre do 2º ao 9º período do curso, seis vezes por semestre letivo, com duração de 3 horas aula, no período da manhã ou tarde, perfazendo um crédito teórico. Tem por objetivo instrumentalizar o aluno para as práticas de campo com o desenvolvimento de temáticas específicas por período. É realizado presencialmente com a participação de todos os alunos.

3. O módulo de Práticas de Laboratório ocorre no 2º período do curso, com duração de 4 horas aula semanal, no período da manhã ou tarde, perfazendo 72 horas aula no semestre. Tem por objetivo capacitar o aluno em procedimentos básicos relacionados ao cuidado do cliente e a técnica de sutura. Os grupos são de 15 alunos. A avaliação desse módulo dá-se de forma contínua e processual, em atividades individual e coletiva, a nota atribuída é somada à avaliação da parte prática de campo deste período.
4. As Práticas de Campo em Ambulatórios ocorrem do 2º ao 9º período do curso, uma vez por semana, conforme o calendário acadêmico, com duração de 4 horas aula, no período da manhã ou tarde, com um total de 72 horas aula no semestre letivo. São desenvolvidas nas Unidades de Saúde pertencentes à rede municipal de saúde da Cidade de Curitiba, localizadas nos Distritos Sanitários do Boa Vista, Boqueirão, Cajuru, CIC, Pinheirinho e Portão. Os alunos são divididos em grupos de no máximo seis alunos e são supervisionados por profissionais médicos. O desenvolvimento segue áreas temáticas e por períodos, de forma progressiva, processual e contínua, de modo a acompanhar o aprendizado acadêmico conforme o Projeto Pedagógico do Curso. Os supervisores médicos são contratados especificamente para o desenvolvimento dessas práticas, recebendo capacitação pedagógica para o desenvolvimento das ações propostas. No início de cada período letivo, os alunos e supervisores recebem orientações específicas focadas sobre a proposta das práticas ambulatoriais desenvolvidas no semestre. Durante o processo de desenvolvimento dessas práticas em ambulatórios, os alunos desenvolvem projeto específico por período, conforme roteiro próprio. A avaliação é feita conforme os seguintes quesitos: frequência do aluno, desenvolvimento de um projeto específico do período, avaliação do médico supervisor. Ao final do período letivo, os alunos apresentarão em forma de seminário as conclusões dos

projetos desenvolvidos ao longo do semestre acadêmico (PUCPR, 2005).

7.1.3.3 Áreas temáticas por período:

As áreas temáticas estão assim distribuídas:

- 2º período: reconhecer o Sistema Único de Saúde como Rede Integrada de Assistência, os serviços e territorialização em saúde, o controle social em saúde, a comunicação interpessoal com a comunidade e a equipe de saúde.
- 3º período: realizar procedimentos básicos e suturas em pacientes adultos, visitas domiciliares.
- 4º período: acompanhar o diagnóstico, a evolução e o tratamento médico de agravos de notificação obrigatória, reconhecendo os fluxos da vigilância epidemiológica.
- 5º período: realizar sob supervisão a avaliação de pacientes adultos: exame físico, anamnese médica e registros pertinentes no prontuário do paciente.
- 6º período: realizar sob supervisão o acompanhamento de pacientes inscritos em programas de atenção a saúde conforme protocolos de assistência utilizados na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba em ambulatório e domicílio.
- 7º período: participar no processo de planejamento de ações programadas para prevenção e promoção a saúde do indivíduo, família e comunidade, conforme o planejamento local de saúde.
- 8º período: desenvolver sob supervisão ações de atenção à saúde da família segundo os protocolos do Programa de Saúde da Família.
- 9º período: Desenvolver sob supervisão ações de atenção à saúde a mulher, a criança e ao adolescente segundo protocolos da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PUCPR, 2005).

A PUCPR procura seguir os princípios do PBL, preocupando-se com uma formação médica mais humana e voltada para a realidade ao unir a teoria com a prática.

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 médicos foram aprovados em programas de residência médica, em diversos serviços pelo país. Acredita-se 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 que o caminho está certo.

7.2 ANÁLISE DOS DADOS

A pesquisa feita entre os alunos do 3º e 9º períodos constou de 11 perguntas abertas e fechadas, com algumas subdivisões. No 3º período o questionário foi distribuído para 91 alunos e obteve devolução de 74; no 9º período A foram distribuídos 58 questionários e 30 foram respondidos; no 9º período B foram distribuídos 60 e respondidos 27. Os resultados são agora apresentados.

Pelo levantamento dos dados dos participantes os alunos foram identificados por sexo e idade, obtendo-se o seguinte resultado:

- 3º período – 39 alunos do sexo masculino e 35 do feminino;
- 9º período A 17 alunos do sexo masculino e 22 do feminino;
- 9º período B – 9 alunos do sexo masculino e 18 do feminino.

Interessante perceber a presença maior de alunos, participantes da pesquisa, do sexo feminino no 9º período e um equilíbrio entre os alunos do 3º período

Quanto à idade, a tabela nº 2 traz os resultados.

PERÍODO	17 a 19	20 a 22	23 a 25	26 a 28	29 a 31	ACIMA de 32
3º	31	32	9	1	-	1
9º A	-	10	20	7	-	2
9º B	-	4	18	3	2	-

Tabela nº 2 – Idade dos alunos (Fonte: instrumento da coleta de dados do Projeto de Pesquisa/2008).

As idades encontram-se de acordo com o período que estão cursando, havendo pouca discrepância.

Para a obtenção de informações sobre o PBL, procurou-se saber se o aluno tinha informações sobre a metodologia de ensino aplicada no Curso de Medicina da PUCPR antes do seu ingresso. Foi possível levantar:

- 3º período: 35 disseram sim e 39 disseram não;
- 9º período A: 11 disseram sim e 29 não;
- 9º período B: 3 disseram sim e 24 não.

Esse resultado de maioria para a resposta negativa mostra que a metodologia ainda não é muito conhecida da população não acadêmica. Além de ser recente, em Curitiba apenas a PUCPR já a adotou, demonstrando a preocupação da Universidade em mudar para fazer frente às demandas bastante diversas na formação médica, como foi dito anteriormente. Mostra também a insatisfação dos alunos e a sua percepção da metodologia.

Um desdobramento da questão teve o objetivo de saber onde a informação foi obtida. Para elucidar, transcrevem-se alguns depoimentos que contribuem na investigação, informando que entre parêntesis, encontra-se o período e o número correspondente ao aluno. Assim, na designação dos sujeitos, o número 3 refere-se ao período em que se encontra o aluno; o número seguinte corresponde ao que lhe foi dado para a identificação:

Tinha conhecimento que a PUCPR utilizava o método das universidades mais famosas do mundo. Obtive por comentários aleatórios de acadêmicos e professores, inclusive professoras de outras universidades (3-5).

Tive acesso no cursinho em que eu estudava, com os professores que lá trabalhavam (3-7).

Vagamente. Apenas queria falar que o método da PUC era diferente, que era um método “canadense”, mas o seu funcionamento era desconhecido (3-13).

Obtive a informação ao investigar algumas instituições para a qual prestei vestibular. Assim, verifiquei a metodologia diferenciada (3-15).

Enquanto estava no cursinho conversando com colegas que tinham irmãos cursando medicina na PUCPR (3-27).

Através do site da PUCPR (3-34).

Através de amigos cujos pais eram médicos [...] (3- 41).

Por meio da escola que estudei (3-56).

Recebi informações através de um professor do Curso de Medicina da PUCPR e de uma aluna [...]. Ambos me explicaram a estrutura e o funcionamento do PBL de uma forma que me pareceu muito atraente e positiva (9A-4).

Obtive informações com amigos que já freqüentavam o Curso (9A9).

Por meio de uma palestra sobre cursos universitários no pré-vestibular do Exponente (9A-21).

Com alunos que já estudaram na PUCPR (9A-27).

Obtive informações no site da PUCPR e nos cursinhos onde estudei em Londrina e Maringá (9A-38).

Com alunos que tinham ingressado anteriormente (9B-6).

Tinha interesse em saber como era o método de ensino da Faculdade em que iria estudar e já tinha interesse em fazer esse método (9B-19).

O pai de uma ex-aluna conversou com o meu pai que me repassou a informação (9B-25).

Essas respostas demonstram a facilidade em obter informações na atualidade, visto que a Internet foi uma das fontes. A esse respeito, Behrens (a) (2000, p. 90) disse: “Com a sociedade da informação, o conhecimento ficou disponível na rede informatizada, nas redes de comunicação televisadas [...]”.

Pode-se perceber também, que a população de estudante tem interesse em conhecer os métodos pelos quais vai se submeter ao ingressar numa faculdade. Mas, principalmente, mostra que a PUCPR está realmente inserida em sua comunidade, pois sua metodologia já é conhecida entre os profissionais e nos cursinhos que preparam os aspirantes ao Curso.

A compreensão sobre a Metodologia PBL foi a indagação seguinte.

Para melhor elucidar a questão, as contribuições dos alunos serão classificadas pelas categorias: consonância com a realidade; estímulo ao estudo; professores orientadores do ensino; fomento à pesquisa; provoca a discussão; inovação no processo de aprendizagem; prevenção, proteção e controle de doenças; fatores sociais; prática em posto de saúde; iniciar o contato entre o médico e o paciente; e medicina da família.

Consonância com a realidade:

Destacam-se algumas falas sobre essa temática, como as que seguem:

É uma forma de tornar o estudo mais relacionado com a realidade médica [...] (3-1).

Aprendizado já relacionado com casos médicos verdadeiros, ou seja, que mostram a realidade de casos que encontraremos depois de formados (3-50).

[...] Há maior contato com o paciente no período pré-clínico que em outras faculdades (3-70).

Trata-se de uma metodologia em que aprendemos sobre os temas envolvidos na medicina de modo prático, aplicando o tema na vida real (9A-3).

É uma metodologia em que o aluno desde o 1º período do curso está de frente com casos clínicos e tem que buscar em fontes diversas a resolução do caso (9A-21).

Aprendizado através de casos clínicos (9A-31).

É uma metodologia que coloca o aluno em contato com casos clínicos desde o início da faculdade, estimulando assim, o desenvolvimento de um raciocínio clínico desde o início (9A-38).

É encarar a teoria baseando-se na discussão de casos práticos, enfocando prática clínica [...] (9A-39).

Aprendizado através de casos clínicos reais, fugindo um pouco da teoria, pondo os alunos a conviver desde cedo com o dia-a-dia (9B-9).

É dado aos alunos um caso [...] na maioria das vezes real, e a partir dele são feitas perguntas, as quais são discutidas em seções tutoriais (9B-18).

O estudo é baseado em casos práticos e estimula a investigação, orientando o estudo para a discussão do tema em grupo (9B-21).

Pode-se perceber que os alunos compreendem que não são meros espectadores do processo de aprendizagem, mas participantes e atuantes da realidade médica. Assim, os alunos têm conhecimento de que sua aprendizagem

é baseada em conteúdos vivos, como postulou Libâneo (1994), e que a educação deve fornecer ao aluno, um instrumento que lhe permita uma participação ativa na sociedade.

Estímulo ao estudo:

Das falas dos alunos que alicerçam essa categoria, pode-se destacar algumas construções relevantes:

A metodologia do PBL é uma intrigante forma de aprendizado, onde o mais importante é o interesse do aluno e a sua disposição para o estudo [...] (3-5).

O aluno adquire uma autonomia que lhe facilita a resolução de quaisquer problemas que apareçam até pelo fato de se tornar autodidata. O PBL contribui para uma formação desde o começo voltada para a solução de problemas que é a base da clínica e que contribui para o raciocínio clínico (3-13).

O PBL desperta no aluno, a responsabilidade de constituir seu aprendizado. Compreender que a exposição do acadêmico à prática ambulatorial de atenção primária logo no início do curso trata-se de uma importante ferramenta para tal (3-15).

O método é muito interessante. De início é meio difícil se adaptar, porém com o hábito que se cria os obstáculos tornam-se um trampolim para a aprendizagem (3-16).

Ele visa aguçar no aluno a vontade de estudar sobre o assunto em questão, dando aos acadêmicos de medicina, desde o começo, um fundamento clínico/prático para que o esteja sendo estudado. Assim, ele pode estudar conteúdos relacionados ao caso da semana, sem que necessariamente seja um tópico obrigatório. No começo é como se estivéssemos brincando de médico, e depois, com o avanço do curso, tem a cobrança implícita de saber contextualizar assuntos com as matérias já estudadas (3-22).

É uma metodologia que induz o aluno a aprender por si só, além de um pensamento mais solidário e humano do médico (3-26).

É um método que faz com que o aluno esteja sempre estudando [...] (3-48).

É uma metodologia que induz o aluno a aprender por si mesmo, usando como mecanismo de aprendizagem os casos clínicos (3-54).

O PBL trabalha o interesse do aluno pelo estudo [...] (3-67).

O PBL é uma metodologia de ensino que tem características boas e ruins. Quando deparamos pela primeira vez com o PBL é assustador, pois as mudanças do ensino tradicional são enormes. Mas apesar das dificuldades o PBL faz com que o aluno estude muito mais, além da interação, da troca de conhecimentos com os colegas (3-71).

Na minha compreensão o sistema de ensino PBL estimula a busca pelo conhecimento e o esforço para a aprendizagem. É um ponto positivo para o aluno que, tendo consciência da importância do conhecimento, busca a perfeição do conhecimento científico daquilo que se estuda, Compreendo também que o PBL estimula a prática [...] (3-74).

Metodologia que faz com que o aluno procure nos livros e estudo sozinho aprenda a ser autodidata, pois a resolução dos casos clínicos ocorre antes da aula do professor (9A-1).

Estímulo ao desenvolvimento de raciocínio lógico e apurado voltado para a clínica médica. /Estímulo ao estudante de vir em busca do conhecimento e maior facilidade de criar uma base de conhecimentos e situações (9A-13).

Esta metodologia tem como pró obrigar o aluno a estudar [...] (9A-28).

Metodologia que incentiva os alunos a estudarem [...] (9A-36).

Segundo Garcia (1999, p. 166) “Os alunos aprendem de forma mais eficaz quando têm necessidade de conhecer ou resolver um problema”. As falas dos alunos deram a perceber a verdade dessa citação, ao compreenderem que o método provoca neles o estímulo ao estudo o que realmente é um dos princípios da metodologia.

Todavia, percebe-se que os alunos do 3º período foram os que mais citaram essa categoria, provavelmente por estarem se adaptando ao novo paradigma, pois recém saíram de um paradigma conservador.

Professores orientadores do ensino

Algumas falas dos alunos que comprovam essa categoria:

A metodologia PBL é uma intrigante forma de aprendizado, onde o mais importante é o interesse do aluno e sua disposição para o estudo. Os professores são apenas responsáveis de apresentar o problema para posterior resolução pelos alunos e cabe ao professores, orientar os estudos dos alunos para serem mais objetivos (3.5).

[...] O sistema é fundamentado num tutor que orientará os alunos a resolverem um problema proposto [...] (3-8).

Essa metodologia considera o processo de aprendizagem tendo o aluno como fator ativo, ou seja, é o aluno que busca e constrói o seu conhecimento. O papel do tutor é permear essa construção, auxiliando os alunos, porém não sendo o centro da aprendizagem. Quem determina a qualidade do conhecimento é o aluno, e seu interesse está diretamente ligado ao desempenho (3-58).

[...] O aluno aprende por si e depois “confere” com o professor (3-67).

[...] Os casos estudados [...] em conferências, o professor confirma a matéria antes vista [...] (3.73).

O método via uma aprendizagem mais integrada aluno-professor. Tem o objetivo de fazer o estudante participar e interagir com os orientadores [...] (9B-12).

Poucos alunos do 3º período perceberam o professor como orientador do estudo; apenas um aluno do 9º período demonstrou essa percepção. No entanto, nesse processo, o professor não centraliza as ações, pois ele é um orientador do trabalho, mantendo com o aluno, um diálogo construtivo como preconiza Moraes (1998). Os alunos pesquisados demonstram carecer de maiores explicações sobre esse processo, pois um dos princípios da metodologia é a de que o professor deva atuar como orientador do ensino.

Fomento à pesquisa

Dos depoimentos dos alunos participantes foi possível distinguir estas contribuições:

Acredito que seja uma forma de os alunos [...] buscarem sozinhos as informações [...] (3-23).

É um método que faz o aluno estar sempre estudando, pesquisando [...] (3.49).

Metodologia que busca desenvolver o conhecimento através de casos práticos ou elaborados, fazendo com que o estudante, mesmo que ainda não tenha a solução de imediato possa ter os instrumentos necessários para saber de que modo agir, buscar o conhecimento (3-55).

Entendo que com este tipo de aprendizagem os alunos aprendem muito mais a estudar (pesquisar) [...] (3-62).

A metodologia PBL no meu entendimento é o aprendizado baseado em casos clínicos e busca do conhecimento em diversas fontes: livros, jornais, Internet [...] (9A-7).

É um método que obriga o aluno a procurar respostas aos problemas incentivando a pesquisa individual. O aprendizado é realizado através da apresentação de problemas que devem ser solucionados pelo aluno antes que ele tenha aula sobre o assunto. Posteriormente há um fechamento do raciocínio com uma aula expositiva onde o aluno pode tirar dúvidas e complementar o que estudou em casa (9A-8).

Baseia-se em solução de casos clínicos/problemas clínicos onde o aluno deve buscar informações por conta própria, sem limitar-se às disciplinas teóricas do módulo, a fim de abranger as múltiplas áreas do conhecimento

envolvidas e necessárias para o entendimento do caso problema a (9A-13).

É uma metodologia em que o aluno desde o 1º período do curso está de frente com casos clínicos e tem que buscar em fontes diversas a resolução dos casos (9A-21).

O PBL é um método de ensino em que os estudos são norteados por problemas, neste caso, por casos clínicos. Além disso, esta metodologia induz ao raciocínio clínico e instiga a curiosidade do aluno em procurar mais sobre os assuntos (9A-24).

O PBL é o método que prioriza a busca do conhecimento pelo próprio aluno. Em frente a um problema, o aluno deve buscar resposta, assim fazendo o conhecimento sobre o assunto, ao mesmo tempo em que seu conhecimento sobre casos clínicos desde o início da faculdade (9A-26).

A pesquisa é outro dos pressupostos do PBL, sendo mesmo uma das etapas do seu desenvolvimento, como explicado por Berbel (1998), quando diz que a busca de informações para resolver o problema compõe uma das etapas do método, investigando-se o problema até achar as soluções possíveis. As várias soluções devem servir, inclusive, como incentivo a novas pesquisas. No entanto, as respostas dos alunos indicam que ainda não descobriram esse aspecto, pois a categoria foi pouco citada.

Provoca a discussão

A discussão foi apontada pelos alunos bem como a indicação dos tutores foi muita citada, selecionando-se as seguintes manifestações como exemplo:

Trata-se de uma metodologia que faz o aluno estudar o conteúdo previamente às conferências (ministradas pelos professores). Além disso, busca a discussão dos alunos (matéria) com colegas supervisionadas por um professor (tutor) (3-14).

[...] As sessões tutoriais são o cenário [...], pois nelas, além de proporcionar a discussão clínica de casos, dão a oportunidade ao aluno, montar seus conhecimentos e discuti-los (3-18).

A aprendizagem consiste no estudo baseado em um caso clínico e a discussão junto do grupo (3-30).

É um método em que um grupo de alunos se reúne para discutir um caso, buscando dados científicos para a sua resolução (3-36).

O PBL é um método à base de discussão de casos [...] que tem como base o esforço individual (3-42).

Baseado em casos clínicos onde o aluno deve procurar os casos importantes e estudá-los, para depois, em uma conversa com outros alunos, expor o que aprendeu [...] (3-60).

É uma aprendizagem que propõe a discussão de casos, suposição, hipóteses, etc. [...] (3-69).

Na minha visão, trata-se de uma abordagem mais investigativa em relação ao conhecimento médico, familiarizando o aluno com a resolução de casos clínicos e discussões em grupo (9A-4).

[...] Antes de ir para o tutorial o aluno deve ter estudado sozinho o caso para discutir na sessão, sendo avaliado diante da mesma (9A-9).

É um aprendizado do que foi discutido em casos clínicos em que a queixa principal e os dados clínicos são relacionados com o assunto que posteriormente será discutido em conferência (9A-22).

Método que se baseia na apresentação de um caso clínico (problemático) e toda a discussão a respeito da patologia em questão, o paciente, sua fisiologia e outros aspectos do paciente, organismo e relação com o médico (9A-53).

É um método que ensina através de discussões sobre casos clínicos e coloca a maior responsabilidade sobre o aluno (9A-27).

É uma metodologia na qual os alunos estudam através de casos clínicos, um assunto pré-determinado, e depois, realizam uma discussão sobre os tópicos pré-estudados (9A-34).

Baseia-se na discussão de casos clínicos nos quais se prepara antes da discussão e que é depois complementado (9B-4).

Discussão de caso (9B-8).

Método de ensino que visa fazer com que o aluno exercite o raciocínio clínico; poucas aulas e muita discussão do assunto (9B15).

Aprendizado por discussão de casos relacionando matérias, discutindo em pequenos grupos através de questionamento (9B17).

O ensino é baseado em casos práticos e estimula a investigação e orientam o estudo para discussão do tema em grupo (9B-21).

O ensino é baseado em discussão de casos desde o 1º período da faculdade [...] (9B-25).

Lembrando o que antes foi afirmado por Behrens (a) (2006, p. 77) “A escola, em todos os níveis, precisa abrir espaço para relações que priorizem a discussão e o diálogo entre professores e alunos “[...] criando novas possibilidades de construir o conhecimento e de construir sua própria história”. É exatamente a isso que o PBL se propõe e os alunos pesquisados demonstram ter essa compreensão.

A discussão parece ser responsável pelo aumento dos conhecimentos e para uma reflexão sobre o assunto estudado, como disse ainda a autora (2006) e se espera ter esse efeito sobre os alunos.

Segundo Behrens (b) (2006), a discussão crítica faz parte da sétima fase proposta para o desenvolvimento da metodologia na PUCPR. A pesquisa, categoria anteriormente vista, dá poder de argumentação aos alunos para discutir os casos entre si e por isso deve ser mais valorizada. De qualquer forma, a discussão foi entendida pelos alunos como parte importante do processo.

Inovação no processo de aprendizagem

Das contribuições levantadas foi possível detectar como a inovação foi vista por alguns alunos pesquisados. Alguns exemplos são as seguintes falas:

O PBL é um modelo inovador de educação que tem o objetivo de tornar o aluno capaz de se auto-ensinar (3-8).

Compreendo ser um método novo e totalmente diferente do habitual de toda a vida estudantil e busca “obrigar” o aluno a estudar [...] (3-10).

Acredito que o PBL acerta em pontos fundamentais para a formação médica e peca em outros. O que mais se mostra inovador para mim é a introdução do acadêmico desde o 1º ano em US. Isso nos amadurece mais cedo para as situações que enfrentaremos na nossa futura vida prática (3-21).

Eu acredito que o PBL forneceu mudanças significativas para o Curso de Medicina. Acredito que estamos nos preparando muito bem para o futuro, melhor do quem o PBL (3-46).

O PBL é um método em que o aluno é “obrigado” a estudar todos os dias. Não é como no método tradicional que o aluno estuda na véspera da prova pela fotocópia do caderno de um aluno dedicado. O PBL privilegia os alunos mais dedicados. Comparando os dois métodos de ensino, os alunos do PBL têm mais horas de estudo fora da sala de aula (9A-2).

É oportuno lembrar que o PBL faz parte dos paradigmas inovadores que buscaram a superar a fragmentação do ensino, propondo “[...] enfaticamente o envolvimento do aluno no processo educativo”, como afirmou Behrens (2000, p. 60). No entanto, foram poucos os alunos que tiveram essa percepção.

A inovação deve estar presente na área educacional, pois de acordo com a citada autora (2000, p. 91), um ambiente inovador faz com que alunos e

professores “[...] sejam reconhecidos como sujeitos capazes de inovar e de produzir conhecimentos”.

Outras categorias foram lembradas pelos alunos, mas pouco citadas como a autonomia; o fato do aluno tornar-se o centro do processo; a humanização da medicina que a metodologia promove; e a interdisciplinaridade.

Pode-se perceber mais de uma categoria na fala dos alunos e que todos os que tiveram suas falas aqui reproduzidas sabem o que é o PBL e o aprovam, entretanto, alguns vêem falhas, como a má condução da avaliação; o pouco preparo de alguns professores em conduzir a metodologia; a superficialidade de alguns temas; a má condução do aluno nas unidades de saúde além de falhas da própria Universidade na condução da metodologia. Os seguintes exemplos fazem uma crítica à Universidade, mostrando a necessidade de ajustes na condução da metodologia:

O método PBL utiliza evidência médica, os casos clínicos para despertar curiosidade no aluno, fazendo-o estudar motivado em descobrir e desvendar o caso. Entretanto, o método aplicado hoje nas escolas de ensino até o 2º Grau não utiliza esse método o que dificulta, uma vez que já estou acostumado durante 10 ou mais anos, com o método tradicional. Interessante que o PBL apresenta aulas/conferências após as sessões de estudo, mas essas ainda não desempenham sua função aqui na PUCPR, que é direcionar o aluno no que estudou, e endossar com a experiência e o conhecimento do professor (3-7).

Forma confusa, mal acabada e fora do contexto para aplicar forjadamente um método que obteve algum sucesso em países longe da nossa realidade, havendo, portanto, desencaixe em relação à continuidade da nossa forma de ensino médio e nossa forma de aprender. É uma forma de termos menos aulas e ocupar a carga horária com matérias menos relevantes para nossa formação, usar do sempre PBL como argumento (9B2).

Aprender usando casos clínicos, automaticamente dependente do autodidatismo e sendo necessário estudar antes dos casos. Falta de bases para direcionamento de estudo (9B-20).

É um método de ensino baseado em estudo de casos clínico e este é discutido por um grupo de alunos com a supervisão de um tutor (que deveria ser um médico) (9B-24).

O ensino é baseado em discussões de casos desde o 1º período da faculdade. Aulas teóricas ficam reduzidas e passamos a ter mais tutorias, discussão de casos clínicos com um grupo teoricamente reduzido de alunos e um tutor teoricamente para tal (9B25).

A falta de preparação dos professores pode ser vista:

Quando atualizado de forma coerente, isto é, com preparação adequada dos tutores e professores, quando é disponibilizado sugere aos acadêmicos e quando tem o apoio da maioria, pelo menos dos professores, tende a ser positivo (9-B6).

Além da crítica aos professores, pode-se perceber uma crítica também à Universidade, quando diz que o curso não é atualizado. Todavia, esse aluno aprova o método.

A crítica à condução da metodologia nos postos de saúde pode ser vista no seguinte exemplo:

Tutorial muito bom. Posto de saúde (US) muito ruim. Portanto, o método é muito bom, mas deve ser aperfeiçoado.

A superficialidade da matéria também foi citada:

Esta metodologia tem como pró o fato de o aluno se obrigar a estudar, porém pela falta de aulas que isso acarreta gera uma superficialidade no assunto que muitas vezes é ignorada (9A-28).

Essas falhas também poderão ser vistas em respostas a outras perguntas. Por isso, são aspectos que merecem ser revistos.

O exemplo que segue faz uma crítica à avaliação:

Em termos de conhecimento, é apreciável o sistema PBL, pois permite o compartilhamento de informações entre colegas sobre o assunto em questão. Mas em termos analisados não condiz com a capacidade/nível de conhecimentos do aluno, uma vez que a avaliação é feita baseada no conteúdo apresentado pelos alunos nas sessões tutoriais. Por exemplo, um aluno que tem pleno conhecimento sobre o assunto será mal avaliado se esse mesmo aluno tiver dificuldades de falar em público (3-32)

Percebe-se que esse aluno compreende a metodologia, mas vê falhas no sistema de avaliação. É o caso do professor perceber a dificuldade do aluno em falar em público antes de proceder a avaliação, pois segundo o PBL são muitos os fatores a serem avaliados, não se atendo somente à exposição oral dos alunos.

Compreende-se que todo processo de inovação requer ajustes e que só a experiência pode promovê-los. Afinal, como bem acentuou Chizzotti (1988), é por meio de informações que se adquire experiência. Quem sabe esta pesquisa

possa servir para provocar os ajustes necessários, pois a PUCPR está aberta para tal.

Foi pedido aos alunos, que procedessem a uma avaliação sobre a utilização da metodologia ABP/PBL aplicada no Curso de Medicina da PUCPR

Os resultados estão contidos na tabela nº 3.

QUESITO	3º PERÍODO	PERÍODO 9ºA	PERÍODO 9º B	TOTAL
Não sabe	2	-	-	2
Não atingiu o esperado	10	5	8	23
Atingiu parcialmente	40	25	17	82
Atingiu satisfatoriamente	19	9	2	30
Atingiu plenamente	3	-	-	3

Tabela nº3 – Avaliação do PBL (Fonte: instrumento da coleta de dados do Projeto de Pesquisa/2008).

Esse resultado demonstra a necessidade de ajustes na aplicação da metodologia em questão, pois apenas três alunos disseram ter atingido plenamente, sendo que 82 do universo pesquisado apontam um atingimento apenas parcial da metodologia.

A avaliação se constitui num processo contínuo, como consta no próprio PBL, pois como disse Behrens (a) (2006, p. 41), ao se referir à avaliação dos alunos pelos professores, é um momento que “[...] permite que possam ser corrigidos os percursos que não foram muito produtivos [...]”. Isso se aplica também ao Curso em que o PBL está sendo aplicado, pois é a oportunidade de se fazer ajustes para poder atingir o grau máximo.

Foi solicitado também aos alunos, para comentar a sua resposta, que estão a seguir colocadas, por ordem de referência.

Pode-se verificar que grande parte das falas faz referência ao despreparo de professores/tutores, como nas seguintes falas:

As pessoas visam somente à nota, falam muito, porém pouco valor no aprendizado ocorrendo muitas brigas, os professores são extremamente mal preparados o que desestimula os alunos a estudarem (3-42).

Acredito que nem todos os professores da PUC sabe como funciona a metodologia e por conseqüência a aplica de modo errado nos alunos (9A-3).

Na prática, o PBL depende muito da disciplina. Em algumas disciplinas o PBL foi uma oportunidade excelente de termos contato com o verdadeiro raciocínio médico, através das orientações do professor. É uma forma diferenciada de fixar o conteúdo, buscando a sua compreensão. Entretanto, em muitas disciplinas as discussões do PBL fogem ao tema e privam o aluno de uma compreensão mais aprofundada do assunto que poderia ser dado com alguém mais qualificado nas conferências. Mas de uma forma geral, o PBL é excelente. Apenas precisa de uma carga horária maior de conferências para aprofundamento (9A4).

Imagino que a parte de discussão de caso foi muito bem elaborada, porém as aulas que deveriam melhorar o conhecimento e esclarecer as dúvidas dos alunos, nem sempre foram satisfatórias. Além disso, existem matérias que são extremamente teóricas e deveriam ser tratadas assim, não podendo ser feito casos clínicos em cima. Deveria ter tido mais aulas expositivas (9A-8).

Houve poucas aulas teóricas, não atingindo a necessidade dos alunos. Os tutores são, na grande maioria, fracos, tanto no conhecimento quanto no método de avaliação. A tutorial auxilia apenas quem fala mais e não quem sabe mais e tem mais qualidades (9A-10).

A proposta das discussões de caso é interessante, mas na prática temos que estudar sozinhos, o professor não dá um direcionamento e por isso, ficamos perdidos sem saber o que é mais adequado estudar. Também deveriam existir aulas teóricas (9B-8).

A preparação de professores, médicos ou não, necessita conter uma preparação científica suficiente para ajudar os alunos a construir seus conhecimentos, mas também, uma preparação didática, pois do contrário não saberão conduzir nem as aulas teóricas nem as sessões tutoriais e cabe à Universidade promover esse preparo.

Outra referência dos alunos aponta para a necessidade de mais aulas teóricas:

Acredito que o aluno precisa certas vezes de uma aula expositiva, devido a complexidade de certos assuntos (3-39).

Considero que apesar do objetivo do PLB ser o aprendizado por si mesmo, as conferências deixam a desejar. Deveriam ser mais rigorosas e mais explicativas, fazendo uma união do sistema tradicional (aulas) adicionando o PBL, que é a tutorial (3-63).

É muito conteúdo a ser vencido sem muito tempo, não sabemos selecionar qual o assunto primordial para a prática clínica da matéria a ser estudada. Não temos aulas correspondentes das matérias a serem estudadas na grande maioria das vezes. Então, o assunto fica sem o enfoque que deveria. A vantagem do método é que fez a gente ter um contato mais próximo das práticas hospitalares (9A-18).

Pode-se inferir que esses alunos ainda não compreendem que eles são co-participes da construção do seu próprio conhecimento e denotam querer receber conhecimentos “mastigados” como era feito no ensino tradicional. No entanto, conforme Behrens (b) (2006), o PBL é uma forma de exprimir o paradigma emergente porque envolve o aluno em todo processo e referenda a sua participação como partícipe da construção do seu conhecimento. Isso, porém não isenta o professor de se preparar adequadamente para as suas aulas, seja nas sessões tutoriais, nos estágios ou em simples exposições de matérias. Mas é preciso mostrar ao aluno que ele é participante ativo da construção do seu conhecimento.

As falhas no processo de avaliação foram novamente citadas:

Gosto do PBL porque como os tutoriais valem nota acaba sendo obrigado estudar, diferentemente, se eu tivesse apenas aulas, deixaria para estudar somente um dia antes da prova. Por outro lado, as notas da tutorial são muito subjetivas e dependem do tutor, estando seu semestre nas mãos dele. O PBL também é bem utópico, mas nunca será perfeito, porque muitos enrolam os tutores (3-6).

A questão do aprendizado é positiva. Porém, existe um problema com relação às notas. É certo que um tutor é diferente do outro e isso nunca entrará em consenso. Portanto, um aluno que tira uma nota em uma sessão tutorial provavelmente não tiraria a mesma nota com outro. Isso acarreta um grande problema: o aluno se esforça bastante e tira uma nota relativamente baixa devido ao seu tutor e vê outro aluno tirando uma nota maior, acaba desanimando para estudar. A solução poderia ser: abaixar o peso que a nota do tutorial tem na nota final (3-11)

Muitas vezes você se sente pressionado a falar, pois se não falar não ganha nota. Às vezes, o professor faz perguntas para além do caso ou, muitas vezes, acima do nível esperado para o momento e deixa de comentar o que realmente é relevante para o caso no momento da discussão. É nessas horas que eu vejo como teria sido mais importante ter as informações básicas antes, durante uma aula, por exemplo, do que ir às tutorias que muitas vezes não acrescentam nada (9A-9).

Acredito que assim como outros alunos no início ficamos um pouco perdidos com o método. Alguns professores também ficaram. O que eu acredito é que tinha atrapalhado os estudos no início, previamente às matérias básicas. Creio eu também que os métodos de avaliação eram prejudiciais a alguns alunos e favoráveis a outros (9A-15).

É mister lembrar aqui, que a avaliação deve ser voltada ao crescimento gradativo do aluno, respeitando como pessoa, seus limites e qualidades, como informou Behrens (2000). Torna-se importante à Universidade um novo olhar

sobre isso, verificando as razões do aluno ou esclarecendo melhor o processo assim como aos professores, responsáveis que são pela avaliação.

Há críticas também às sessões tutoriais, como mostra as seguintes falas:

Através do PBL, com certeza estudei muito mais do que se fosse pelo ensino tradicional. Porém, a falta de tempo é um grande problema para estudar para as tutoriais, pois outras disciplinas nos sobrecarregam muito com trabalhos e outros. Mas vejo o PBL como um ensino que faz o aluno estudar muito e também aprender (3-71).

Precisa de melhora. É um método melhor, comparado ao tradicional. Os professores da US deveriam selecionar os pacientes e os da tutorial deveriam ser médicos ou, pelo menos, estudar o conteúdos das aulas [...] (9A-12).

Já valeu pela ousadia de mudar o método de ensino tradicional que, claramente, se mostra (...) inadequado às necessidades do profissional atual. Porém, devido às necessidades comerciais do negócio ensino, há excesso de alunos por aula tutorial afastando ou dificultando uma postura mais ativa dos alunos em relação ao método (9A-14).

Apesar de termos “convívio” com casos clínicos desde o início da faculdade, existem dificuldades frente aos mesmos. Falta algo mais voltado para a prática. Muitas vezes, não sabemos se a quantidade e a qualidade do nosso estudo são satisfatórias apesar de haver as conferências. Mesmo assim, o assunto nem sempre fica “bem resolvido”. Em minha opinião falta mais orientação (9A-26).

O método foi mal implantado. Não cumpre os objetivos e é mal estruturado. Sobrecarrega os alunos e os torna quase que completamente autodidatas; exige muito e oferece pouco; mal nos sobre tempo para qualquer atividade de laser. Após um dia cheio temos que chegar cansados em casa e estudar conteúdos enormes para discussão tutorial no dia seguinte (9B-12).

Na teoria o método tem muitas vantagens sobre o convencional, pois desde o início já temos “contato” com casos clínicos, o que nos permite avaliarmos o paciente e toda a condição que o envolve. Porém na prática, o método não se mostrou tão eficiente, pois o número de alunos é muito grande, o que torna a discussão pouco produtiva e às vezes, bagunçada. E algumas tutoriais os professores não têm capacidade adequada para conduzir os alunos ou até mesmo corrigi-los (9B-24).

Há ainda quem sugira a reorganização das atividades desenvolvidas nos Postos de Saúde, como registrado pelo aluno aqui citado como 9B-26.

Em algumas matérias o PBL é muito bem feito e estruturado, mas em outras, o método não funciona como, por exemplo, em Pneumologia. Mas como estudamos falando da Atenção Primária, considero o estágio nas US muito bom, mas existem pontos a serem mudados. Por exemplo: em algumas matérias não temos aula prática porque o Curso colocou como prática de estágio das unidades. Isso não é realidade. Por exemplo, em Ginecologia, não temos aulas práticas e também não vimos muitos casos na US. Isso é uma queixa geral (9B-26).

Importante lembrar aqui, que a organização dos grupos tutoriais serve para dar suporte à metodologia, como disseram Soares, Serapioni e Caprara (2001, p. 55). Assim, cabe aos tutores zelar para que o grupo conduza de forma apropriada seu processo de aprendizagem, dispondo-se a tirar as dúvidas e ajudar na percepção dos vários aspectos necessário ao entendimento da matéria, o que, segundo esses alunos, não está sendo feito, cabendo à Universidade a verificação desse fato para corrigi-lo.

É importante também registrar algumas falas de alunos que bem avaliam, mesmo sabendo que o processo ainda precisa de ajustes:

Estou satisfeito com o emprego do PLB e acredito ser um diferencial potencializador em comparação a outros cursos que utilizam métodos tradicionais (3-16).

Não é um método 100% satisfatório, sempre há suas falhas. Entretanto, é um método muito satisfatório, vendo que o nível de aprendizagem é muito maior do que pelo método tradicional (3-24).

Realmente o método do PBL mantém o aluno informado e estudando o tempo todo. Além disso, os alunos têm contato, ainda na fase pré-clínica, com termos clínicos que facilitam a assimilação de outras matérias com a propedêutica, por exemplo. No entanto, a forma como o PBL é aplicado e a forma de avaliação, principalmente, mantém o aluno em uma situação de estresse constante (3-37).

É um incentivo aos estudos, mas, no entanto, sobrecarrega muito o aluno, que acaba por deixar de lado as aulas práticas em prol da sessão tutorial (3-49).

Com o PBL o aluno aprende como e onde procurar informações e conhecimentos e também, aprende melhor o conteúdo que foi estudado, por discutir em sala de aula e depois, ter a oportunidade de tirar suas dúvidas [...] (9A-2).

Acho que com o método o aluno aprende a buscar respostas em fontes diferentes, e aprende desde o começo a lidar com problemas (casos) que enfrentará em sua vida profissional (9A-21).

De alguma maneira, muito desses alunos acreditam no método, apenas achando que deve sofrer melhorias. Importante, porém, perceber, que as críticas feitas devem servir de fundamento a melhorias que o processo requer.

Como o tema específico deste trabalho são as práticas de Atenção Primária, foi perguntado aos alunos a sua compreensão sobre isso.

Nesta questão opta-se também por estabelecer categorias, por facilitar o processo de encontrar similaridades nas respostas.

Prevenção, proteção e controle de doenças

Os exemplos das contribuições dos alunos são os seguintes:

É uma pré-consulta que antecede à doença; é utilizar de um pensamento para prevenir ao invés de dar remédios (3-26).

Orientações feitas para prevenir e prover a saúde (3-34).

A Atenção Básica à Saúde é integração médico-comunidade, consultas de rotina, promoção e prevenção da saúde (3-42).

Aquelas que dizem respeito à prática da cidadania que visa à promoção e proteção da saúde, ou seja, que previsões o estabelecimento e a manutenção do bem-estar e da saúde, além de evitar o adoecimento (3-52).

Aquelas que estão voltadas à prevenção/educação, visando antecipar-se à moléstia ou cuidar da mesma ainda em estágios iniciais (3-58).

São os três Ps da Medicina: Proteção, Promoção e Prevenção (3-66).

Práticas de Atenção Primária à Saúde são aquelas que visam a prevenção, a promoção da saúde. Através delas, você orienta, ensina as pessoas para que possam ter uma qualidade de vida melhor (3-72).

[...] Controle de doenças crônicas (9A-12).

Atender pessoas com intuito preventivo (9A-15).

Atendimento primário como clínica médica em diversas áreas, com base na prevenção de doenças (9B-7).

Atender nas US, visando à promoção da saúde e prevenção de doenças (9B-10).

Atender nas Unidades de Saúde, valorizando a promoção de saúde (9B-16).

Contato com partes de atenção primária, atuando principalmente na prevenção e tratamento de enfermidades crônicas e acompanhamento contínuo de pacientes [...] (9B-17).

São práticas realizadas nas unidades básicas de saúde, voltadas à prevenção de doenças (9B-23).

É o contato dos alunos com as unidades de saúde [...] que visam o encontro dos alunos com o paciente e o acompanhamento fora do ambiente hospitalar, na parte de prevenção e orientação (9B-24).

Retomando a exposição feita no levantamento teórico deste trabalho, segundo Westphal (2006, p. 640), a designação promoção da saúde envolve quatro funções da medicina: “Promoção da Saúde, Prevenção de Doenças, Tratamento dos Doentes e Reabilitação”, mas significa também, ações de

educação em saúde, bem como ações estruturais desencadeadas pelo Estado. A maior parte dos alunos tomados como exemplo demonstra ter entendido apenas uma parte funções, pois em nenhum momento foram citadas as ações de reabilitação.

O fato de a ação de prevenção pertencer ao Estado também foi compreendido (9B-10, 9B-16, 9B-23 e 9B-24), notadamente pelos alunos do 9º período.

A prevenção também foi citada como uma forma de se exercer a cidadania (3-52); o aspecto educativo da ação (3-58 e 3-74); e o atendimento contínuo do paciente (9B-17).

Importante esclarecer que todos os depoimentos dos alunos dos 9º período a esse respeito foram aqui registrados. Esperava-se, que por se encontrarem em períodos mais adiantados do curso, sua compreensão sobre a matéria seria mais completa. No entanto, os alunos do 3º período demonstraram maior compreensão que eles.

Fatores sociais

Alguns dos fatores sociais apontados no levantamento teórico foram listados pelos alunos:

Atender as necessidades básicas de uma comunidade, como hipertensão, diabetes e fatores sociais como higiene e inserção de crianças nas escolas (3-4).

[...] compreende as ações necessárias, básicas para se ter uma vida digna na sociedade (saúde, educação, saneamento básico) (3-43).

Atuar na sociedade e compreender o estado da saúde do brasileiro (3-46).

A prática da atenção primária é aquela que leva a população à tentativa de solução que envolve problemas bio-psico-sociais, além de estar voltada para a prevenção e promoção da saúde (3-61).

PAPS é o atendimento básico à população que está na base da pirâmide, atendendo a maior fatia dessa população. Deveria resolver grande parte dos problemas e encaminhar apenas problemas mais complexos aos setores especializados da pirâmide. As práticas visam integrar o aluno à realidade e treiná-los para um possível mercado futuro (9A-19).

São as atividades realizadas no posto de saúde, que teoricamente deveriam ser uma ótima oportunidade de colocar os conhecimentos em prática, conhecer uma realidade diferente da nossa e poder de alguma forma ajudar a comunidade [...] (9A-38).

Todas as contribuições dos alunos a esse respeito são as transcritas, o que possibilita inferir que a grande maioria dos alunos pesquisados não percebe que os fatores sociais influem diretamente na saúde do cidadão. No entanto, segundo Berbel, (1998, p. 144) uma metodologia que tem como base um problema envolve “o observar atento da realidade (...) mas principalmente a reflexão sobre as possíveis causas e determinantes do problema”, o que inclui os problemas sociais.

Além disso, a promoção da saúde faz parte dos fenômenos sociais, como apontou Campos (2006) e resultam da interação de uma multiplicidade de fatores, não percebidos pelos alunos.

Prática em posto de saúde

Vários foram os alunos que entenderam a atenção primária à saúde como o simples fato de dar atendimento em postos de saúde:

São as práticas usadas pelos postos de saúde [...] e que não envolve procedimentos de emergência (3-6).

Prevenção e promoção da saúde na US mais próximo à comunidade [...], procedimentos básicos) (3-13).

Práticas feitas em US que fornecem o básico em um atendimento médico [...] (3-20).

São as práticas que nós acompanhamos no PSF, bem como o serviço das agentes comunitárias, as reuniões com grupos específicos, ou seja, os programas com os hipertensos. Por exemplo, a prática do médico, atendendo de forma geral, os pacientes, tentando resolver seus problemas para que seu quadro não evolua para uma especialidade, enfim, envolve promoção e prevenção (3-22).

É a atenção, o atendimento prestado na Unidade de Saúde [...] (3-27).

Medicina da família na US (3-29).

A atenção primária é aquilo que é feito nas unidades de saúde: uma triagem para filtrar, organizar e dinamizar o atendimento médico e o cuidado com a saúde (3-37).

São ações efetuadas nos postos e unidades de saúde. Compreendem o primeiro contato que a população tem com a assistência à saúde (3-56).

É o atendimento na unidade de saúde onde o indivíduo faz sua consulta e o médico o atende e o examina, verificando quais suas necessidades e, se necessário, encaminha-o ao especialista (9A-9).

[...] é a atuação do que aprende na teoria em unidades básicas de saúde, reconhecendo situações em que se deve encaminhar a situação que não pode ser resolvida nas próprias UBS, lembrando que a UBS deve resolver a maior parte das doenças da população em geral (9A-24).

Compreende a vivência do dia-a-dia nas unidades básicas de saúde, porém muito dependente do perfil e conhecimento do preceptor que pode fazer desta uma experiência única e excelente na faculdade (9A-28).

Posto de Saúde, na fase de semiologia básica e problemas comuns da nossa comunidade (9B-2).

Entendo como a vivência prática (estágio) no sistema de saúde pública, na atenção básica de saúde (Unidade de Saúde) (9B-3).

Na Unidade de Saúde, atender pacientes na grade maioria das vezes e na maior parte do tempo, sozinhos e, quando acompanhados, ao lado de um profissional sem a menor capacidade de ensino e sem a menor instrução para exercer a prática da medicina (9B-4).

A ida do aluno ao posto de saúde, contato com a prática médica, com pacientes e com profissionais da área de saúde. Porém, a falta de experiência de alguns preceptores torna prejudicial ao nosso aprendizado (9B-19)

Os alunos, desde o início da faculdade, acompanham os serviços médicos prestados nas Unidades de Saúde SEMPRE orientados por um médico responsável em atender demandas, com tempo para discussão do caso visto em consulta (9B-25).

Momento no qual os alunos podem ter contato com o atendimento no SUS em atenção primária, aprendendo alguns temas de maior relevância e menor complexidade e a tomar condutas médicas (9B-27).

Como visto anteriormente, a atenção básica à saúde não se reduz ao atendimento nos postos de saúde, pois, como ensina Westphal (2006, p. 640) corresponde também à “[...] medidas gerais, educativas, que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos [...]”, não se limitando, portanto, ao atendimento nos postos. Se assim fosse, a atuação da vigilância sanitária seria inócua.

Percebe-se ainda, na fala dos alunos, o apontamento de falhas como o despreparo dos professores, antes citado (9A-10 e 9B-4), confirmando a necessidade de melhoria nesse aspecto, mas também, que essa prática proporciona a ampliação dos conhecimentos necessários ao exercício da profissão (9A-6).

Iniciar o contato entre o médico e o paciente

Alguns alunos compreendem que a atenção básica à saúde é uma forma de iniciar o aluno no relacionamento com o paciente. Comprovam isso as seguintes contribuições:

Minha compreensão sobre a prática de atenção primária é a introdução ou inserção do aluno no contato com pacientes (3-21).

Na realidade, compreendo como uma atividade feita na unidade básica de saúde, que primeiramente é realizada para aproximar o médico do paciente, mas no meu estágio isso não aconteceu. Fizemos atividades totalmente desnecessárias (3-36).

São as atividades que aproximam o aluno do “ser médico”, antes de se formar e ainda traz um aprendizado clínico muito importante junto com ele (3-59).

[...] É a aproximação do estudante com a população (3-62).

É o contato do estudante com pacientes, desde o início. Acho inútil já que não sabemos muito que fazer. O tempo poderia ser usado em estudo (3-69).

É a oportunidade de criar uma relação médico-paciente, que não é possível na atenção terciária. Na prática, são consultas supervisionadas em que desenvolvemos habilidades médicas fundamentais: anamnese, exame físico, raciocínio, diagnóstico. Solicitação de exames e orientação terapêutica. Especialmente na atenção primária, aprendemos a lidar com o SUS e o sistema informatizado, nos familiarizando com o PSF. As visitas são excelentes oportunidades de conhecer a vida do paciente e de sua família (9A-4).

Como são o funcionamento e a rotina de uma unidade saúde básica, e logo, o estudante tem a oportunidade de convívio com pacientes diversos e diferentes sintomas clínicos que no futuro perceberá a importância deste contato inicial (9A-22).

É o contato dos alunos com a Unidade de Saúde e sua equipe visando o encontro dos alunos com os pacientes (e o acompanhamento) fora do ambiente hospitalar, na parte de prevenção e orientação (9B-24).

Apesar de não se reduzir à aproximação do médico com o paciente, por ter como *locus* o posto de saúde, não há como negar a facilidade em promovê-la, ocasião que o futuro médico tem oportunidade de dialogar e conhecer o seu paciente. O diálogo é defendido pelos educadores, como Behrens (b) (2006) e Paulo Freire (1996) citados neste trabalho. O diálogo com o paciente pode promover o entendimento do seu problema para além de sua doença. Afinal, como dito anteriormente, o futuro médico precisa ter consciência de que a sua

relação com o paciente, no caso de Atenção Básica à Saúde, é de longa duração sendo-lhe necessário conhecer as dificuldades que a grande maioria da população encontra para conseguir manter sua saúde.

Medicina da família

Alguns alunos entendem a atenção primária à saúde como aquela voltada para a família:

Medicina familiar em US (3-28).

Consiste numa atividade de inclusão com a medicina da família e da comunidade (3-30).

Medicina da família (3-51).

São as aulas nas Unidades de Saúde e as teóricas sobre saúde da família e comunidade (3-64).

Estratégias em saúde da família e comunidades (3-70).

Atender/acompanhar uma família, observar a histórica familiar (9B-14).

A fala desses alunos demonstra que eles valorizam a experiência do médico da família, desenvolvida no Posto de Saúde, no entanto, é uma visão parcial, pois a Atenção Primária à Saúde não se refere apenas à medicina da família, como já explicitado neste trabalho. Todavia, faz parte do segundo semestre do curso, efetuado nas Unidades de Saúde e tenha sido citado por Stein (2007) e pela Portaria 648/GM, de 2006 (BRASIL (b), 2006) como estratégia na promoção de melhorias para a saúde do indivíduo e de sua família e também, pela Portaria nº 648. Pode residir aí esse entendimento do aluno.

Outros aspectos apontados foram: serve para desafogar os hospitais (3-5); iniciação em práticas hospitalares (3-11); faz parte da medicina generalista (3-22; 3-44) visitas às casas, com agentes de saúde (3-40). Essas são ações que podem conter a Atenção Primária à Saúde, mas não correspondem ao seu significado.

A maioria dos alunos demonstra entendimento sobre a Atenção Primária a Saúde e seu papel na prevenção de doenças, além da necessidade de controle para prevenir possíveis epidemias.

Alguns, porém criticam a preparação dos preceptores, alguns veladamente, como é o caso do aluno aqui denominado de 9B-19, citado na categoria prática em posto de saúde (“[...] Porém, a falta de experiência de alguns preceptores torna prejudicial o nosso aprendizado”), e outros, mais intensamente como exemplificado pela fala do aluno 9B-4: “Na Unidade de Saúde, atender pacientes na grande maioria das vezes na maior parte do tempo, sozinhos e quando acompanhados, ao lado de um profissional se a menor instrução para exercer a prática da medicina”.

A avaliação do processo de desenvolvimento das Práticas de Atenção Primária à Saúde (Práticas Ambulatoriais) durante a formação em Medicina na PUCPR foi o tema da questão seguinte. As respostas constam da Tabela nº 4.

QUESITO	3º PERÍODO	PERÍODO 9ºA	PERÍODO 9º B	TOTAL
Não sabe	4	-	-	4
Não atingiu o esperado	9	16	13	38
Atingiu parcialmente	27	19	13	59
Atingiu satisfatoriamente	32	4	1	37
Atingiu plenamente	1	-	-	1

Tabela nº 4 – Avaliação do desenvolvimento das Práticas Ambulatoriais (Fonte: instrumento da coleta de dados do Projeto de Pesquisa/2008).

Grande parte dos alunos (38) diz que não atingiu os objetivos esperados e a maioria, que o processo de desenvolvimento das Práticas voltadas à Atenção Primária da Saúde atingiu apenas parcialmente os objetivos. Esse resultado pode denotar uma falta de organização no processo.

No entanto, desde a 2ª Conferência Mundial de Educação Médica, realizada em 1993, as diretrizes aponta para a necessidade de dar maior importância para a prevenção de enfermidades e para promoção da saúde, bem como procurar coordenar a Educação Médica com os serviços de atenção à saúde, como informou Almeida (2001).

Além disso, a mudança de cenário deveria servir para mostrar ao aluno a realidade social da qual faz parte a Atenção Primária à Saúde. Entende-se que o Posto de Saúde é o espaço privilegiado para as ações de atenção primária à saúde, como já informado por Drumond JR (2006). Importante lembrar também, que um dos objetivos do PBL é o de transferir aos futuros profissionais da saúde,

parte da responsabilidade das ações de prevenção. Em questões anteriores foi possível constatar críticas aos condutores desse processo (tutores) e pode estar aí assentada a má avaliação do processo.

Diante desse quadro, torna-se necessária uma reflexão sobre o processo, para como orienta Behrens (1996), redimensionar o problema para gerar alternativas de solução.

Não há como isentar a Universidade por essas respostas. Assim, resta verificar como estão sendo tratadas as práticas de Atenção Primária à Saúde, principalmente os aspectos que estão sendo negligenciados para que o aluno consiga ver a sua importância. Afinal, é por meio dessa prática que o aluno é despertado para a necessidade da prevenção de enfermidades na promoção da saúde, ao mesmo tempo em que cumpre um dos pressupostos do PBL, que é a integração entre a teoria e a prática.

Ainda sobre o assunto, foi questionada aos alunos, sua consideração sobre a inclusão das Práticas de Atenção Primária à Saúde no processo de formação em Medicina, para o futuro profissional. As respostas estão na tabela nº 5.

QUESITO	3ª PERIODO	PERIODO 9º A	PERÍODO 9º B	TOTAL
Não sabe	-	-	-	-
Sem importância	1	1	1	3
Pouco importante	7	4	3	14
Importante	20	19	16	55
Muito importante	42	15	-	57

Tabela nº 5 – Inclusão das Práticas de Atenção Primária à Saúde na formação (Fonte: instrumento da coleta de dados do Projeto de Pesquisa/2008).

Confirmando a visão por eles demonstrada em questões anteriores, verificamos que essa prática os leva a ter contato com pacientes, familiarizando-os com a profissão. Para exemplificar: na categoria Iniciar o contato entre o médico e o paciente, o aluno (3-69) disse o seguinte: “É o contato do estudante com pacientes, desde o início”. Na verdade, esse é o primeiro momento em que os alunos têm a oportunidade de verificar a importância social da prática da medicina.

E ainda, o fato de levar os alunos até os postos de saúde, representa uma oportunidade para que eles consigam achar possíveis soluções para os

problemas que farão parte do seu cotidiano. Como anteriormente afirmado, a Atenção Primária à Saúde parte da realidade da comunidade, transfere aos alunos, futuros profissionais da saúde, grande parte da responsabilidade das ações de preservação da saúde. Recorrendo novamente a Stein (2007), as evidências dos benefícios dados à Atenção Primária à Saúde são amplas, desempenhando papel importante na promoção da equidade com que a saúde deve ser tratada.

Questionados sobre mudança da sua expectativa “do ser médico”, entre o seu ingresso no Curso de Medicina na PUCPR até o presente momento, as respostas referem-se a duas categorias: sim e não, sendo que 46 responderam negativamente; 74 afirmativamente e 11 deixaram a questão em branco. Entre os que disseram sim, algumas das contribuições foram:

Sim, tive a oportunidade de me aproximar um pouco mais da profissão na realidade, tirando a visão platônica da medicina que muitos acadêmicos têm ao escolher seguir a profissão (3-17).

Após o ingresso no curso vi a real responsabilidade do médico, que não deve ter só conhecimento técnico ou teórico, mas também, saber reconhecer o lado humano (3-33).

Sim. Hoje é possível ter uma visão mais generalizada da importância da prevenção e proteção na prática da medicina. Foi possível reconhecer as novas “tendências” da atuação (3-52).

Sim porque durante o curso, começamos a ter uma noção do que representa a figura do médico. Ele não é apenas um ser com capacidade de curar, ele também deve educar a população para prevenir as doenças. E também a figura social do médico, suas atitudes, seus exemplos e sua forma de vida e a dos seus pacientes (3-54).

Sempre há mudanças quando saímos de uma perspectiva para uma realidade. Com os estágios temos como ter uma noção real do ser médico. Perde-se um pouco aquele encanto e passamos a encarar e observar melhor os problemas e as dificuldades da profissão e isso nos ajudam a planejar melhor o futuro e organizar a formação de forma a prevenir um despreparo que poderia ser prejudicial (3-58).

Sim, agora vejo o médico de forma mais humana e não com uma visão de que ele sabe tudo e também, valorizo mais o seu trabalho por saber o que ele passou (3-59).

Sim. Ao entrar na universidade eu tinha uma visão mais idealizada e sonhadora de ajuda ao próximo. Após, eu vi que muitas injustiças ocorrem e que ajudar é possível [...] (9A-1).

Sim. Quando ingressamos no curso eu tinha expectativas de poder ajudar a “salvar” todos os pacientes. Durante o curso vi que isso nem sempre é possível, devido à doença, seus estágios ou pela falta de recursos físicos

e/ou intelectuais dos pacientes. Mas ainda tenho a convicção e a certeza de que valia a pena trabalhar só pelo salário do final do mês. Se for para trabalhar é para fazer algo que gosto e que vai ajudar o paciente de algum modo, nem que seja só um conforto para ele e a família frente a uma situação complicada como a morte (9A-2).

Com certeza a visão idealista foi substituída por uma preocupação mais real frente ao futuro do paciente e ao ser próprio. A dificuldade e o desgaste da profissão ficam mais evidentes. Em especial se lidando com os pacientes do SUS, a preocupação ideal é algo que não me envolvia antes, mas agora envolve como fazer para garantir a tais pacientes um atendimento adequado, com exames e a terapêutica sendo feitos em tempo ágil? Essa preocupação passa a fazer parte do “ser médico”. E a preocupação com erros médicos também é muito diferente da visão romântica do começo do curso (9A-4).

Sim. O médico não deve ser intocável e muito objetivo. Deve estruturar uma forte relação médico-paciente ver o ser doente como um todo. Observar onde seu paciente está inserido (situação ambiental, econômica [...]) (9A-6).

Sim. No curso você aprende as dificuldades em muitas questões que o “ser médico” enfrenta diariamente (9A-36).

Sim, pois com o passar do tempo vamos amadurecendo e percebemos como realmente é “ser médico”. Acho que as coisas mais importantes durante a minha faculdade tem sido o meu estudo, os meus estágios extracurriculares e conversas com os professores fora do horário de aula (9b-1).

Sim. Ser médico é muito mais sério do que as pessoas imaginam ao entrarem numa Universidade (9B-26).

A humanização foi um dos aspectos que chamou a atenção dos alunos (3.13; 3-33; 9A-6). Como antes afirmado, no modelo antigo, os doentes não tinham nome, eram chamados pelo nome da doença; não havia diálogo entre o paciente e o médico. Essas respostas mostram a compreensão sobre a nova maneira de encarar a ação médica.

A superação do ensino reducionista foi um dos fatores citados pelos alunos (3-13 e 3-59).

O fato de que o médico é um cidadão comum, real, uma figura não idealizada também foi observada pelos alunos (3-33; 3-54; 3-59; 9A-2) e como tal, deve contribuir para mudar a sociedade “[...] com atitude ética e fraterna” com disse Behrens (a) (2006), p. 185). Apesar de se situarem como pessoas comuns, ao mesmo tempo, suas vidas e atitudes devem seguir padrões modelares, pois como disse um dos alunos (3-54), eles servem de exemplos para seus pacientes.

Todas as transcrições revelam um aluno reflexivo², o que os aproxima da determinação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL (a), 2001), ao dizer que o médico formado deve ter uma postura crítica e reflexiva.

A abrangência da competência do médico para o exercício da profissão foi outro item lembrado pelos alunos (3-54; 3-58 e 9A-4). Vale lembrar o que Lima (2006) disse a respeito da competência, isto é, que ela é algo que vai sendo construído devagar. Assim, embora não se achem ainda competentes, têm a certeza de que precisarão dela durante toda a vida profissional.

A certeza de que já não meros espectadores da realidade da profissão foi enfatizada pelos todos os alunos, que passaram a ver-se no papel que desempenharão no futuro, isto é, como alguém que se coloca inteiramente à disposição do paciente, esquecendo-se do lazer e até mesmo da família.

Todos eles percebem as dificuldades que terão que superar no cotidiano da profissão e por isso, demonstram maior valorização a ela.

Entre os alunos que não apontaram mudança de expectativa, selecionou-se o seguinte:

Não, apenas confirma em mim a expectativa do “ser médico” e mostrou-me que esta prática está mais próxima do que eu imaginava (3-61).

Ao ingressar no curso, percebi que a realidade do médico no Brasil é mais complicada do que me parecia. Ainda assim, continuo com as mesmas expectativas (3-64).

Não, entrei sabendo que terei que me dedicar muito para isso e já esperava sentir o que sinto hoje: com sono (durmo pouco) e tendo que estudar em fins de semana (3-67).

Por conversar com médicos da família sempre tive uma visão muito realista do que é ser médico. Por isso, não houve mudança da minha expectativa (9A-8).

Não, porque sempre tive a idéia de que ser médico é ter como foco principal o pacto e a inclusão desse ensino PBL como mais prática e maior contato com a Medicina real (9B-19).

Algumas observações feitas pelas respostas dos alunos que disseram sim cabem também aqui, como a de que eles vêm as dificuldades tanto da profissão como da vida de estudantes e a de mostrarem-se reflexivos com a futura

² Que reflete; que procede com reflexão.

profissão, denotando amadurecimento para enfrentarem o desafio do “ser médico”.

Na questão seguinte procurou-se saber se o aluno conhecia ou não a Estratégia em Saúde da Família e o papel do médico nesse contexto:

Acredito que parcialmente. Creio que o papel do médico deve estar associado ao de outros profissionais da área de saúde para a plenitude do sucesso da estratégia em saúde da família (3-11).

Sim, o médico não “cuida” apenas da enfermidade do paciente, mas de todo o contexto no qual o paciente está envolvido e inserido: psicológico, social e biológico (3-14).

Sim, eu acho. O papel da medicina é indicar métodos de prevenção, além de fazer com que cada vez mais e mais pessoas estejam se prevenindo de doenças (3-50).

Sim. Estratégia da saúde da família considera o indivíduo como ser integrante de uma sociedade, inserido numa família e que encara seus problemas de doença a partir de um pouco de vista que, muitas vezes, é influenciado pela sociedade que o cerca. O PSF tem como objetivo considerar o todo que envolve o paciente e o médico tem o papel de articular o processo (3-58).

Sim, é uma aproximação acerca da saúde, no que diz respeito à preparação e cura da sociedade. O médico tem uma participação, pois ele é a figura que a sociedade escolheu (pela sua atuação) para tratar as pessoas. Portanto, seu contato íntimo é importantíssimo (3-62).

O médico atenderá a família como um todo e não cada integrante separadamente, já que muitos problemas podem ser resolvidos conversando com a família (3-67).

Sim. A estratégia é de um médico mais generalista, em que o próprio “Médico da família” cuide de todos os problemas e de todos os membros de uma família (3-68).

Creio que a Saúde da família seja fundamental para a formação do médico, porque é nesse contexto que o estudante de Medicina entende seu papel de futuro médico na sociedade (3-72).

Sim. A estratégia visa resolver os problemas de saúde ou, pelo menos, minimizar diante de sua raiz. Abrange a base da saúde. O papel do médico é entender seu paciente tendo o conhecimento do contexto de vida desses pacientes, o atendimento individualizado (9A-6).

A estratégia é atender o indivíduo dentro de sua comunidade, verificando quais são suas necessidades e problemas. O papel do médico é ter acesso às casas das famílias e saber sobre a comunidade em que está atuando (9A-9).

O papel do médico é promover a saúde, não só através do tratamento de doenças como de preveni-las e melhorar a qualidade de vida do paciente (9A-21).

Sim, o médico no programa medicina da família e comunidade tem um papel fundamental de educador e preceptor (9A-23).

Aparentemente é cuidar da saúde básica para depois encaminhar para a atenção secundária (9B-13).

Interferir na vida do paciente (saúde, hábitos de vida) antes de se ter um agravamento das enfermidades ou prevenir o seu aparecimento (9B-24).

Nessa fala reside uma das muitas importâncias atribuídas ao PBL, isto é, a de promover a conexão do aluno com a realidade médica, pois o leva a perceber e avaliar significados importantes, como diz Behrens (2000), para o desenvolvimento da profissão. Os significados aqui compreendidos referem-se não somente à prevenção da saúde, mas também, ao papel de educador que o médico desenvolve junto às famílias.

Outras contribuições apresentam o médico no contexto social:

A estratégia seria a prevenção à doença, na maior parte dos casos e o médico entra nesse contexto como a pessoa que estará à frente desse objetivo. Outro aspecto também de grande importância é que a saúde da família visa não apenas abordar a doença, mas todos os aspectos do paciente, sua família, trabalho e o lado psicológico (9A-24).

Acredito que seja uma atenção maior ao paciente, porém, inserido num contexto familiar e social, vendo o paciente e suas inter-relações e com isso, trabalhando não só o curso, mas a prevenção (9A-25).

Sim, o médico tem o papel de atuar prevenindo, promovendo e tratando doenças, dentro do contexto BIO-PSICO-SOCIAL, valorizando não só o paciente atendido, e sim, o paciente e sua família (9A-26).

Sim. O médico além de atender ambulatoriamente se preocupa com o contexto social no qual o paciente vive, por isso, faz visitas em casa e atende a família inteira (9A-33).

Sim, nas práticas de PSF conseguimos ver a atuação do médico na comunidade e perceber a importância (9B-14).

Importante lembrar aqui, o papel da escola na formação médica, que no dizer de Kirsten (2006), deve situar-se num contexto social, provocando nos alunos a necessidade de mudanças. Ao inserir os alunos, desde cedo, no contexto social que fará parte de suas vidas futuras, a escola está introduzindo o aluno na realidade, preparando-o para o seu enfrentamento.

Ao trazer o paciente para junto do estudante, a escola também está lhe dando a oportunidade de adquirir um conhecimento imparcial e completo, pois

como já disse Juliato (2008, p. 105), do contrário, “[...] será um conhecimento parcial e fragmentário”.

A prática da medicina não pode prescindir da visão social, pois é a intervenção médica que pode mudar hábitos que incidirão na prevenção de doenças e na melhoria da qualidade de vida, como bem disseram os alunos.

No entanto, houve também críticas:

A estratégia é acompanhar as famílias, criar um vínculo, ser “médico da família”, porém com a gente, isso não aconteceu, pois mudamos de unidades, de equipe, de preceptor, de horário e raramente acompanhamos um paciente por mais de dois minutos seguidos (9B-16).

A estratégia em Saúde da Família aproxima os estudantes da vida cotidiana das pessoas e de seus problemas, como já informaram Ferreira, Silva e Aguer (2007). Se estiver havendo na falha na adoção dessa estratégia ela merece ser revista, pois dela poderá depender o entendimento do seu papel no contexto social.

Para aprofundar o assunto, foi perguntado aos alunos como está sendo a sua formação em Prática em Atenção Primária à Saúde, também chamada de práticas ambulatoriais. As respostas encontram-se na seguinte tabela:

QUESITO	3ª PERÍODO	PERÍODO 9º A	PERÍODO 9º B	TOTAL
Não sabe	2	-	1	3
Sem importância	3	3	2	8
Pouco importante	15	9	14	38
Importante	31	20	8	59
Muito importante	22	7	1	30

Tabela nº 7 – Processo de formação nas Práticas Ambulatoriais (Fonte: instrumento da coleta de dados do Projeto de Pesquisa/2008).

As práticas ambulatoriais deveriam figurar como muito importantes, já que coloca os alunos face à realidade da profissão, diferente do que ocorria no modelo flexneriano. Entretanto, importante obteve o maior número de respostas, vindo em segundo lugar a opção de pouco importante. As seguintes falas traduzem essas respostas:

A oportunidade de contato com a atenção primária à saúde está sendo aproveitada por muitos alunos, mas às vezes, alguns preceptores bloqueiam, impedem acadêmicos de dar suas opiniões nas atividades. Porém, é mais uma chance de aprender a ter contato, a lidar com pessoas de classes distintas (3-17).

Acredito que o 2º período foi muito mais estimulante, porque tivemos a prática e a teoria dadas pela professora XX e, em seguida, fomos para os postos de saúde colocar em prática o que havíamos aprendido. No 3º período, acredito que o objetivo de educação em saúde é bom, porém não deveria ter parado as práticas hospitalares, que foram aplicadas no 2º período. Acho isso lamentável (3-34).

Não estamos tendo o contato devido com as práticas ambulatoriais. As práticas são substituídas por aulas inoportunas, desnecessárias e sem compreensão alguma. Essas aulas em questão deveriam ser mais práticas e menos teóricas (3-54).

Considerando o período em que iniciei esta prática, acredito e considero importante. No período presente, acredito que meu preceptor poderia ser mais atencioso e dedicado no “ensino” de seus alunos na US (3-64).

[...] na minha US não tem nada para fazer, passamos a maior parte do tempo conversando do que “botando a mão na massa” (3-66).

Esta prática é muito importante, pois este tipo de prática, muito médicos já formados não conheceram durante o período acadêmico. Em certos pontos é muito limitada, pois depende da US, dos outros profissionais de saúde e dos preceptores, a execução de certas práticas (3-68).

O ideal do projeto é maravilhoso, mas a demanda atendida nas US nem sempre correspondem. Atendemos muito e aprendemos pouco. Seria melhor ter apenas um semestre bem dado, do que ficar matando tempo ou se em cada período fosse cumprido o planejado, poderia ser algo bom para o nosso crescimento médico (9A-1).

A prática em atenção primária à saúde é muito importante, porém vários fatores acabam interferindo na nossa formação. Eu tive um professor muito bom, que me incentivava ao estudo, mostrava casos novos, fazíamos visitas freqüentes; já outros professores e também unidades de saúde (estrutura e profissionais) não muito agradáveis. Professores que não acrescentavam nada e que muitas vezes se confundiam. Esta segunda situação foi a mais freqüente (9A-6).

As práticas ambulatoriais não são aproveitadas como deveriam porque desde o 3º semestre vemos o mesmo tipo de paciente (hipertenso e diabético). E mesmo quando há mudança no PA os funcionários do posto não colaboram e não marcam pacientes mais específicos. Além disso, há muita diferença entre os preceptores, alguns dão a impressão que são mais despreparados do que nós. E a única coisa que ensinam é como não ser um péssimo médico (pois os exemplos negativos também ensinam). Há carga horária é grande demais o que torna as práticas cansativas e repetitivas. Se tivéssemos apenas um semestre bem feito poderíamos aprender mais (9A-8).

Acredito que oito períodos é muito tempo dedicado para uma única cadeira. Há cadeiras tão importantes quanto, entretanto são vistas em apenas dois meses. A escolha das unidades deveria ser levada em conta, pois muitas pessoas não têm carro e o tempo desperdiçado em ônibus

chega a ser de até 4 horas (2 para ir e 2 para voltar). Há alguns preceptores que não têm a mínima capacidade de ensinar alunos. Além disso, alguns profissionais da unidade de saúde que atrapalham o andamento das nossas atividades (9A-15).

Acho que não temos a demanda que propõe em cada módulo/semestre. Sei que isso não se aplica em todas as unidades de saúde, mas, eu particularmente não tive muito sucesso. São muitos alunos em cada unidade para apenas um tutor, e esse não consegue dar conta de oferecer todos os alunos no momento da consulta. Mas, em contrapartida, foi através desse contato com a atenção primária que mudou a minha visão da unidade de saúde (9A-18).

[...] tem um inconveniente que é o deslocamento às unidades de saúde. No meu caso, parece que sempre os meus tutores sabiam qual era o objetivo dessa proposta, mas de acordo com comentários de outros grupos, parecia que era mais uma mão-de-obra barata. Também há uma relação quanto ao fato que a princípio fomos convocados para ser mais auxiliares, só que realmente esperávamos ser. Acho que teria que ter uma melhor atenção em relação a parte organizadora desse projeto (9A-22).

As práticas são pouco importantes para a minha formação, uma vez que nos postos, muitas vezes faltam aulas para atendermos, discutimos pouco os casos, os locais são muito distantes e por isso perdemos muito tempo indo a um lugar para vermos muitas vezes apenas os pacientes (9B-1).

É preciso dividir melhor o grupo em mais consultórios durante o estágio, para não ficar mais que dois alunos por consultório (9B-2).

A formação prática nas práticas ambulatoriais é de extrema importância, porém não está cumprindo o seu papel. Os preceptores não estão todos capacitados, as US não fornecem estrutura adequada, os grupos são grandes e as mudanças constantes de US dificultam a criação de vínculos (9B-17).

Depende muito de quem nos acompanha como professor orientador. E realmente as práticas em atenção primária teriam melhor qualidade se tivéssemos um suporte hospitalar (tanto quanto estrutural e profissional), pois como divulgado nos meios de comunicação, os profissionais mais bem capacitados são aqueles que passaram por uma residência médica prévia (9B-18).

[...] sinto que está com grande defasagem devido à falta de experiência e conhecimento da preceptora. Sei da importância de tal prática, porém me sinto prejudicado pelo baixo aproveitamento (9B-19).

Não acho pouco importante para a população, muito pelo contrário. Mas como me interessa muito mais pela área cirúrgica, dou menos ênfase a isso. E acho que quando vamos ao posto de saúde não fazemos nada efetivo. Falta direção, me sinto perdendo tempo na verdade. Queria praticar ambulatorios nas especialidades, para saber atender todos os casos possíveis e com direcionamento e didática (9B-20).

Considero a prática muito importante para a formação, mas os objetivos propostos pelo projeto não estão sendo cumpridos nos postos de saúde. Em muitos períodos a ida ao posto não foi proveitosa porque os preceptores não seguem as atividades propostas pelo PA. Nesse período, por exemplo, nosso objetivo é atenção à gestante, parte ginecológica. Entretanto, ainda não fizemos um exame ginecológico de pré-natal (9B21).

As críticas que esses alunos fazem são as mesmas observadas em outros questionamentos: preceptores “mal preparados”, necessidade de mais organização e estruturação das atividades, defasagem em relação ao projeto inicial. Apesar das ressalvas, praticamente todos os alunos acham importantes.

Muitas vezes, mais importante que o professor/preceptor é a organização das atividades, pois sendo mal organizadas, tudo parece ruim, inclusive a direção dada pelo preceptor.

Entretanto, esse fator não isenta a responsabilidade do preceptor em bem conduzir as atividades. Seria interessante se ele propusesse aos alunos uma avaliação da atividade, pois assim, os problemas poderiam ser resolvidos antes de se tornarem insolúveis, pois quem já concluiu a atividade não tem mais tempo de resolvê-los. Lembrando o que disse Behrens (2000), no PBL todas as atividades requerem maior envolvimento dos alunos e valorização do diálogo entre os alunos e seus professores, o que parece não estar ocorrendo.

Entre aqueles que fizeram comentários favoráveis encontra-se:

O PSF e SUS eram instituições que antes eu discriminava e agora, trabalhando neles, aproximei-me pelo estágio, o conceito e organização (3-45).

Acho muito importante desde os primeiros anos de faculdades, praticar e ter contato com o sistema de saúde. A formação médica fica mais completa e o aprendizado mais estimulante.

Com as práticas ambulatoriais temos o primeiro contato com o ambiente hospitalar, bem como com os pacientes. É um começo muito válido porque passamos a criar vínculo com a medicina (3-48).

Uma vez que há uma tendência na introdução das práticas em atenção primária à saúde em todos os currículos da PUCPR tem se mostrado importante para a minha formação, uma vez que temos nos preparado melhor (3-61).

O “ser médico” é uma soma de conhecimentos teóricos e práticos, não podendo restringir-se a conferências (3-63).

Aprendi como é o trabalho no objetivo do médico na atenção primária à saúde, que é diferente do médico que trabalha em consultório próprio, no hospital terciário e no pronto-socorro (9A-25).

Aprendi a organização de uma unidade de saúde, a equipe multidisciplinar que trabalha nela, aprendi a atender os pacientes e encaminhá-los (9A-27).

Sabendo que 80-90% das doenças podem ser solucionadas em ambiente primário, o acompanhamento da atenção primária está sendo importante para a minha formação (9A-33)

Acredito em uma medicina muito mais preventiva que sanativa. Neste parâmetro as práticas ambulatoriais estão sendo muito importantes [...] (9A-39).

É uma forma de contato prático com a medicina, uma vez que atendemos várias esferas de uma mesma família (9B-3).

Não há como negar a preocupação da PUCPR para com o desenvolvimento educacional dos estudantes de Medicina ao disponibilizar a prática em postos de saúde, embora talvez deva ainda merecer melhor desenvolvimento, o que parece ter sido entendido por alguns alunos.

Por ser o foco deste trabalho, questionou-se ainda, se a distribuição dos conteúdos curriculares consegue dar atendimento à necessidade do aluno nas Práticas de Atenção Primária à Saúde (práticas ambulatoriais). As respostas são as constantes na seguinte tabela:

QUESITO	3º PERÍODO	PERÍODO 9ºA	PERÍODO 9º B	TOTAL
Não sabe	3	1	2	6
Não atingiu o esperado	18	7	8	33
Atingiu parcialmente	31	21	15	67
Atingiu satisfatoriamente	19	10	2	31
Atingiu plenamente	2	-	-	2

Tabela nº 8 – Distribuição dos Conteúdos Curriculares (Fonte: instrumento da coleta de dados do Projeto de Pesquisa/2008).

As respostas confirmam a questão anterior, pois a maioria dos alunos diz que atingiu apenas parcialmente, denotando a necessidades de ajustes.

Deve-se considerar que nessa metodologia a aprendizagem já não é mecânica e repetitiva, ao contrário, espera-se que os alunos dela participem ativamente. Talvez esteja assentado nisso o fato deles perceberem a matéria como necessitando de melhor estruturação, para não comprometer a sua qualidade. Além disso, é por meio das práticas ambulatoriais que o aluno tem início à relação com o seu público alvo, isto é, o paciente.

Nessa perspectiva, vale lembrar os ensinamentos de Paulo Freire, quando ele diz que “a educação não pode ser uma prática de depósito de conteúdos

apoiada numa concepção de homens como seres vazios, mas de problematização dos homens em suas relações com o mundo”. Já que o PBL se propõe a apresentar problematizações ou conteúdos vivos aos alunos, como no dizer de Libâneo (1994), as práticas ambulatoriais tornam-se cenários privilegiados, pois os levam à realidade da profissão.

Parafraseando Behrens (b) (2006), as práticas ambulatoriais podem tornar-se o coração da medicina e por isso, compreende-se que há necessidade de uma constante avaliação dos procedimentos referentes à Atenção Básica à Saúde.

Nessa mesma linha, os alunos foram questionados sobre se a atuação do preceptor contribuiu na formação em Práticas de Atenção Primária à Saúde (práticas ambulatoriais). As respostas correspondem ao seguinte quadro:

QUESITO	3º PERÍODO	PERÍODO 9ºA	PERÍODO 9º B	TOTAL
Não sabe	1	-	-	1
Não atingiu o esperado	7	8	12	27
Atingiu parcialmente	24	25	8	57
Atingiu satisfatoriamente	26	5	1	32
Atingiu plenamente	10	1	-	11

Tabela nº 9 – Atuação do Preceptor (Fonte: instrumento da coleta de dados do Projeto de Pesquisa/2008).

Novamente essas respostas confirmam o que foi apontado anteriormente pelos alunos, demonstrando a necessidade de ajustes, pois a grande maioria disse que a atuação do preceptor fez com que apenas parcialmente a Atenção Primária à Saúde tenha contribuído para com a formação do aluno. No entanto, um dos princípios do PBL é que o preceptor deve acompanhar a formação do aluno para que ele consiga produzir seu conhecimento. Além disso, devem ficar disponíveis aos alunos para todas as questões que surgirem, ajudando assim, em sua formação como um todo. Se isso não ocorrer, os alunos não serão estimulados para a aprendizagem.

Percebe-se, porém, grande discrepância entre as respostas dos alunos do 3º período e os do 9º período. Pode-se questionar se os primeiros têm maior desejo de inserir-se nas atividades das unidades de saúde que os demais.

Solicitados para comentarem suas respostas, eis alguns exemplos:

Falta ao que me parece, experiência aos preceptores para estimular e ensinar aos estudantes sua posição e ação frente aos problemas básicos de cada Unidade de Saúde. “Perdemos” muito tempo sem fazer nada nos postos, tempo esse que poderia ser utilizado com mais visitas às famílias da comunidade. Falta também uma maior aproximação entre o estudante e o paciente. É carente de informações e ensinamentos. Muitas vezes vemos e participamos de procedimentos sem nenhuma explicação, ou seja, enquanto é feito tal procedimento seria legal ir explicando aos alunos a situação para desenvolver o caso [...] (3-4).

No 2º período o preceptor apresentou-se de forma atenciosa e correta. Ele ensinou de forma correta e profissional todos os procedimentos. No atual período a preceptora apresenta-se com muito interesse mesmo que, com experiência, relativamente pequena no PSF. (3-21).

O preceptor enfatiza mais o lado da medicina da família, trabalhos sociais, não atentando para as práticas ambulatoriais em si (3-33).

Minha preceptora é uma pessoa além de preparada profissionalmente, é aberta a novas idéias e comprometida com o nosso aprendizado e desenvolvimento. Criativa, sempre busca opções novas para o nosso aprendizado (3-39).

Meu preceptor é muito mal preparado e a PUC é extremamente desorganizada, fato vergonhoso para o preço que pago. É lamentável a parte do curso à atenção primária à saúde (3-42).

Por enquanto os preceptores souberam gerenciar as atividades de acordo com a proposta do currículo e com a necessidade de formação generalista previamente estabelecida (3-52).

No 2º período, aprendi muito com o meu preceptor, sendo a presença dele fundamental. No 3º período, não há tanto engajamento por parte do preceptor e, por isso, não estou aprendendo tanto (3-56).

O preceptor não sabe o que fazer (3-66).

Meu preceptor comenta diversos conteúdos, até sobre coisas que não estudei, enriquecendo meu vocabulário e tendo maiores conhecimentos já sabendo o básico sobre assuntos desconhecidos (3-67).

Houve ocasiões em que o preceptor mais atrapalhou para a minha formação. Ele fazia projeções dos seus problemas de ordem pessoal nos pacientes. A troca constante de preceptores (seis em três anos e meio) e também de posto de saúde (3 postos em três anos e meio) atrapalham, pois quando você está criando vínculo com pacientes e funcionários do local, o grupo é colocado em outro lugar (9A-2).

Alguns preceptores são muito bons e capazes de transmitir conhecimento teórico-prático e nos orientar. Outros não fazem, e ficamos à nossa própria sorte. Tomamos atitudes e orientações com os pacientes que não sabemos se são corretas (9A-5).

Preceptores atenciosos, porém deveriam “dar uma aula”, ou até mesmo uma revisão sobre a doença vista (fisiopatologia, terapia, citologia...); deveriam selecionar melhor os pacientes de acordo com a matéria vigente dos alunos; mais de dois alunos por consultório é inadmissível; pontualidade dos preceptores (geralmente atendido), selecionar pacientes

no horário em que os alunos chegam para evitar ociosidade dos alunos (comum acontecer) (9A-13).

Depende muito do preceptor. No meu caso passei por vários preceptores, muitos bons, muitos ruins. Deveria haver uma melhor fiscalização e seleção dos mesmos, pois há muita diferença de posto para posto. Tem alunos que não têm praticamente nada (“pura matação”); tem outros que vêm de práticas repetidas que acabam não acrescentando em nada (9A-15).

Em partes somente. Houve muita troca de unidade e de preceptores. Já tive preceptores bons, mas atualmente o preceptor não está preparado e nem tem conhecimento do funcionamento da unidade nem da medicina da família (9A-21).

Desde o começo tivemos a convivência com vários preceptores. Alguns excelentes e atualizados, com interesse na preceptoría e alguns, felizmente a minoria, que apesar do interesse devem ter um conhecimento maior do funcionamento da unidade de saúde antes de realizar tal atividade (9A-28).

Muitas vezes os preceptores não estão preparados para ensinar (9A-32). A atuação do preceptor é diretamente proporcional ao aproveitamento das práticas ambulatoriais. Se o preceptor é bem informado as práticas são boas. Mas o mais comum é os preceptores serem despreparados e desatualizados, ensinando condutas totalmente controversas das que aprendemos nas aulas teóricas (9A-34).

Alguns preceptores eram um pouco desinteressados e fugiam do foco esperado para o período (9A-37).

Os preceptores discutem pouco, os casos que são vistos. Muitas vezes a conduta dos preceptores não está de acordo com o que vemos na faculdade (9B-1).

Existiu preceptor que nos ajudou a crescer como médicos e nos ensinou; porém outros deixam a desejar. Também acho dificuldades nos postos, ponde nem sempre temos apoio e pacientes (9B-7).

Mudamos muito de preceptores ao longo dos anos, inclusive nem mesmo somente mudamos de proposta, não tenho uma continuidade do trabalho. Os preceptores não são preparados de maneira qualitativa, sendo muito diferentes as metodologias. Acho que, infelizmente, aprendi muito pouco com os preceptores que tive (9B-16).

O preceptor é fundamental, pois deve guiar-nos na prática e exercício da Medicina. Porém, o preceptor parece desconhecer as práticas preconizadas e as condutas adequadas para a maior parte das enfermidades. Não temos qualquer acompanhamento, ficando a critério, as condutas e prescrições (9B-17).

Não existe didática nem acompanhamento quando vamos ao posto de saúde e ficamos muito tempo sem fazer nada. Aprendi mais com os plantões extracurriculares nesse sentido (9B-20).

Percebe-se que em todas essas transcrições dos alunos foram citados o desempenho dos preceptores. Embora alguns alunos tenham elogiado, a maioria

registrou críticas severas a eles. No entanto, seu desempenho é crucial não só para a condução de todo o processo, como também, na formação do aluno nas Práticas de Atenção à Saúde. Além disso, deve-se lembrar que é por meio dessas práticas que o aluno é despertado para a responsabilidade que ele deve ter para com os problemas sociais. Como já citado por Behrens (2000, p. 79), a pedagogia deve buscar “[...] a formação de homem concreto”. Concretos são os problemas sociais que o médico se deparará ao longo de sua vida profissional e por isso, o preceptor não pode se furtar a colocar o estudante frente a essa realidade tão concreta do qual as práticas ambulatoriais fazem parte.

A desorganização foi outro aspecto apontado pelos alunos, que prejudica o contato social. A Universidade deve dispor de todos os recursos possíveis para preparar o aluno de Medicina não só para tratar as enfermidades, mas principalmente privilegiando o seu contato com os sujeitos do processo, isto é, a população a ser atendida, de modo a produzir vínculos, esta, outra das queixas dos alunos. A rotatividade dos alunos nos postos de saúde impede a criação de vínculos.

A formação generalista passa pelas práticas ambulatoriais. Importante recorrer novamente a Rodriguez (2003, p. 97), quando diz que o médico professor deve garantir “a formação de um médico generalista com saberes teóricos e práticos [...], o que só será possível com organização e boa condução do processo.

Por último, deve-se registrar também a queixa sobre a falta de didática dos preceptores. A didática não se refere apenas à exposição de conteúdos, mas, como diz Behrens (b) (2006), principalmente a encaminhamentos para a construção do conhecimento o que, segundo os alunos, está faltando aos preceptores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa foi motivada pela visualização da necessidade de inserção dos alunos do Curso de Medicina na Atenção Primária à Saúde, tema aqui abordado, cuja prática ambulatorial permite uma aproximação ao mesmo tempo com o Sistema de Saúde e com a realidade a ele vinculada. A importância da pesquisa reside justamente nessa aproximação.

A metodologia PBL é potencialmente favorável a esses e a outros aspectos da formação médica, mas, sobretudo à verificação da necessidade de maior humanização da prática médica, o que pode ser permitido pelo cotidiano dos alunos nos postos de saúde.

A adoção do PBL pela PUCPR levou em consideração o desenvolvimento de uma medicina cooperativa, de modo a consolidar nos estudantes, os princípios contidos na Constituição Brasileira sobre o direito de toda a população à saúde.

Inicialmente utilizada nas pesquisas sociais, atualmente a pesquisa qualitativa também é utilizada nas pesquisas em saúde coletiva, portanto, devido à natureza deste estudo optamos por utilizá-la, através da técnica de Estudo de Caso que se caracteriza pelo estudo aprofundado dos indivíduos e instituições.

O problema levantado foram as repercussões entre os alunos do Curso de Medicina da PUCPR sobre a implantação do eixo de práticas ambulatoriais em Atenção Primária a Saúde numa metodologia PBL/APB.

O objetivo geral da pesquisa foi o de proceder a uma análise da repercussão entre os alunos do Curso de Medicina da PUCPR sobre a implantação do eixo de práticas ambulatoriais numa metodologia PBL.

Os participantes da pesquisa foram selecionados entre os alunos, que atuam no estágio de saúde da família e comunidade do curso de medicina e cursavam os seguintes períodos: 3º e 9º, por entender-se que são fases significativas da evolução do processo de aprendizagem do curso. A participação desses alunos foi livre e voluntária, tendo assinado um termo de livre consentimento livre e esclarecido, para utilização de suas contribuições para a pesquisa. A análise da pesquisa se deu pelo método de categorização do conteúdo do discurso dos participantes.

Ao analisar o material coletado, inicialmente em relação à metodologia PBL, foi possível verificar que os alunos compreendem que não são meros espectadores do processo de aprendizagem, mas participantes e atuantes, ou seja, estão em consonância com a realidade, como disse o aluno 3-1: “É uma forma de tornar o estudo mais relacionado com a realidade médica [...]”; sendo estimulados ao estudo, como se pôde observar em uma das falas transcritas, a saber: “Na minha compreensão, o sistema de ensino PLB estimula a busca pelo conhecimento e o esforço para a aprendizagem [...] (3-74). Porém, não identificam o professor como o orientador do ensino (Aprender usando casos clínicos, automaticamente dependente de autodidata [...] (9B20); e não evidenciam o fomento à pesquisa ([.Forma confusa, mal acabada e fora do contexto [...] (9B20, que são pressupostos teóricos da metodologia PBL. Como balanço final dessa análise, percebeu-se a aprovação por parte dos alunos da inovação no processo de aprendizagem, dando conta assim, de um dos objetivos propostos.

Outro objetivo da pesquisa foi identificar a percepção dos alunos quanto aos conceitos e práticas da atenção primária a saúde, que representam a mudança do modelo fragmentado para o modelo de atenção integral a saúde. No entanto, esse aspecto ainda não foi percebido por eles, seja na descrição de conceitos, seja na descrição das práticas, inclusive não valorizando as unidades básicas de saúde, mantendo a visão medicocêntrica. Há que se considerar, porém, a crítica feita aos preceptores na condução dessas práticas.

Chama atenção o entendimento dos alunos em relação à medicina de família, como uma forma de interação do médico com o paciente e a sua comunidade, aparecendo neste entendimento o papel do médico na prevenção de doenças, porém não surgindo questões de promoção a saúde.

A formação do preceptor da prática ambulatorial e dos professores demonstrou ser fator preponderante para que a metodologia atinja os objetivos, ou seja, a formação do médico dentro das demandas hoje existentes, inclusive trabalhando melhor o processo de mudança de paradigma, do conservador para o emergente, pelo qual o aluno passa ao ingressar no curso de medicina da PUCPR.

O desafio da gestão deste processo de mudança deve ser vencido pela PUCPR, buscando aperfeiçoar as questões administrativas e de parcerias para o

desenvolvimento dos programas de aprendizagem e didático-pedagógicas visando à qualificação dos preceptores e professores.

O estudo aponta a necessidade de análise, junto aos profissionais das unidades de saúde, que servem de campo de prática para a PUCPR, de suas visões sobre o processo de formação de novos profissionais médicos na metodologia PBL.

Por ainda se tratar de uma experiência recente, ainda há necessidade de adequação da metodologia à realidade da comunidade em que a PUCPR está inserida e na sua estrutura, para melhor atender aos pressupostos do paradigma emergente da educação.

Apesar de os alunos se perceberem como integrantes da construção do seu conhecimento é fundamental para o êxito total da aplicação do PBL, a persistência num programa de melhorias, buscando cada vez mais a participação dos alunos, principalmente nos aspectos que visam o atendimento das políticas sociais voltadas à saúde.

Todavia, em Curitiba a PUCPR apresenta-se como pioneira ao adotar a metodologia do PBL e frente a outras instituições que oferecem estágios em atenção primária à saúde. Portanto, O ensino descentralizado em serviços de saúde apresenta-se como um desafio a ser vencido pela PUCPR.

A limitação desta pesquisa, que não pôde abranger todos os alunos, impediu a verificação de todos os ajustes necessários à metodologia em questão, o que novos estudos poderão apontar.

REFERÊNCIAS

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 ampliado de saúde, às mudanças tecnológicas e à realidade. In: ARRUDA, Bertoldo Kruse Grande de (Org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco, 2001.

AKERMAN, Marco et al. Saúde e desenvolvimento: que conexão? In: CAMPOS, et al (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ALMEIDA, Márcio José. A educação médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Nº 25 – Vol. 2 – mar/ago 2001.

ALMEIDA FILHO, Naomar de e ROUQUAYROL, Maria Alice. **Introdução à epidemiologia**. 3. ed. São Paulo: Medse, 2002.

ANASTASIOU, Lea das Graças Camargos. A re-organização curricular: do currículo grade ao integrado. In: PEREIRA, Maurício José Lopes; COELHO, Elza Berger Salema e DA ROS, Marco Aurélio. **Da proposta à ação**. Currículo integrado do curso de graduação em medicina da UFSC. Florianópolis: UFSC. 2005.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha e BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, et al (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico**: elaboração de trabalhos na graduação. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ANDREWS, Richard. Entre Cila e Caribde: a experiência de desenvolver uma revisão sistemática em educação. In: THOMAS, Gary e PRING, Richard (orgs). **Educação baseada em evidências**: a utilização dos achados científicos para a qualificação da prática pedagógica. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BARATA, Rita Barradas. Desigualdades sociais e saúde. In: CAMPOS, et al (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

BEHRENS, Marilda Aparecida. **Formação continuada dos professores e a prática pedagógica**. Curitiba: Champagnat, 1996.

_____. **O paradigma emergente e a prática pedagógica**. 2. ed. Curitiba: Champagnat, 2000.

_____. (a). **Paradigma da complexidade**: metodologia de projetos, contratos didáticos e portfólios. Petrópolis: Vozes, 2006.

_____. (b). O paradigma da complexidade e o ensino por problematização na área de saúde. In: BEHRENS, Marilda Aparecida e GISI, Maria Lourdes (orgs.). **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 de 1998.

_____. A metodologia da problematização e os ensinamentos de Paulo Freire. In: BERBEL, Neusi Aparecida Navas (org.). **Metodologia da problematização**: fundamentos e aplicações. Londrina: Ed. Uel, 1999.

BORDENAVE, Juan Díaz e PEREIRA, Adair Martins. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 2. ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 2005.

BRASIL. **Lei n.8.80, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Ministério da Educação, 1990.

_____. **Constituição Federal de 1988**. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições técnicas, 2000.

_____. **Resolução CNE/CES 4/2001**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Ministério da Educação, 2001.

_____. **Lei n.9.094, de 20 de dezembro de 1996**. Dispõem sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Medicina. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 2001.

_____. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **100 anos de saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. (a). **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. (b). **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. (c). **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BURGARDT, Célia Inês. **A aprendizagem baseada em problemas na fase pré-clínica do curso de medicina da PUCPR** (Dissertação de Mestrado). Curitiba: PUCPR, 2002.

CAMPOS, Gastão Wager de Souza. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, et al (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CARVALHO, Yara Maria de e CECCIM, Ricardo Burg. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

COHN, Amélia. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

CURY, Carlos R. Jamil. **Educação e contradição**. 3. ed., São Paulo: Cortez, 1983.

CYPRINO, Eliana Goldfarb e TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizagem por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas.

DEMO, Pedro. **Pesquisa: Princípio Científico e Educativo**. São Paulo: Cortez, 1991.

DÊNIS e CREMA, Roberto. **O novo paradigma holístico**. São Paulo: Summus 1991.

DOLL JR., William E. **Currículo: uma perspectiva pós-moderna**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

DRUMOND JR., Marcos. Epidemiologia em serviço de saúde: conceitos, instrumentos e modos de fazer. In: CAMPOS, et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ENGELHORN, Carlos Alberto. **O desafio da metodologia da solução de problemas no ensino médico**. (Dissertação de mestrado). Curitiba: PUC, 1996.

FALEIROS, Vicente de Paula et al. **A construção do SUS: História da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FERREIRA, José Roberto. Das diretrizes curriculares ao pró-saúde. In: BRASIL, **Os desafios do ensino da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

FERREIRA, Márcia Donegá. Como superar dificuldades em matemática elementar no ensino da física. Um estudo através da metodologia da

problematiza. In: **Metodologia da problematização**: fundamentos e aplicações. Londrina – PR: Eduel, 1999.

FERREIRA, José Roberto e BUSS, Paulo Marchiori. Atenção primária e promoção da saúde. In: BRASIL. **As cartas de promoção à saúde**; Brasília: Ministério da Saúde. 2000.

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**. n. 31, 2007.

FEUERWERKER, Laura C. M. Gestão dos processos de mudanças na graduação em medicina. In: MARINS, João José Neves et. al. **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2006.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

GARCIA, Carlos Marcelo. **Formação de professores**: para uma mudança educativa. Porto – Portugal: Porto, 1999.

GIL, Antonio Carlos. **Didática do ensino superior**. São Paulo: Atlas, 2007.

GARANHANI, Maria Lúcia et al. Princípios pedagógicos e metodológicos do currículo integrado de enfermagem. In: DELLAROZA, Maria Solange e VANUCHI, Marli Terezinha. **O currículo integrado do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina**: do sonho à realidade. São Paulo: Hucitec. 2005.

GROSSEMAN, Suely. Um olhar sobre o processo de mudança curricular do curso de Medicina: do contexto global ao contexto da Universidade Federal de Santa Catarina. In: PEREIRA, Maurício José Lopes; COELHO, Elza Berger Salema e DA ROS, Marco Aurélio (Orgs.). **Da proposta à ação**: Currículo integrado do curso de graduação em medicina da UFSC. Florianópolis: UFSC, 2005.

HAMMERSLEY, Martyn. Algumas questões sobre a prática baseada em evidências na educação. In: THOMAS, Gary e PRING, Richard (Orgs). **Educação baseada em evidências**: a utilização dos achados científicos para a qualificação da prática pedagógica. Porto Alegre: Artmed, 2007.

JULIATO, Clemente Ivo. **Parceiros educadores**: estudantes, professores, colaboradores e dirigentes. Curitiba: Champagnat, 2007.

_____. **Um jeito próprio de educar**: a formação cristã e marista na PUCPR. 2. ed. Curitiba: Champagnat, 1988.

KIRSTEN Soraya Andraus Rocha. **A metodologia da aprendizagem baseada em problemas dentro do paradigma da complexidade em um programa de**

aprendizagem do curso de medicina da PUCPR. (Tese de Mestrado). Curitiba: PUCPR, 2006.

KLOETZEL, Kurt. Atenção básica à saúde: uma proposta que ficou no meio do caminho. In: BRASIL: **Os desafios do ensino da atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

KONDEK, Danuta. Revolução na formação? **Revista APAT.** março de 2005. Disponível em <http://www.competinov.pt/index.php/articles/8>. Acessado em 18/04/2008.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas.** São Paulo: Perspectiva, 2003.

LANE, Silvia & CODO, Wanderley. **Psicologia Social: O Homem em Movimento.** São Paulo: Brasiliense, 1994.

LIBÂNEO, Luiz Carlos. **Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos.** São Paulo: Loyola, 1984.

LIMA, Valéria Vernachi. Avaliação de competência nos cursos médicos. In: MARINS, João José Neves et al. **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidade.** São Paulo: Hucitec, 2006.

LÜDKE, Menga & ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: Abordagens Qualitativas.** São Paulo: EPU, 1996.

MARINS, João José Neves. **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidade.** São Paulo: Hucitec, 2006.

MEIRIEU, Philippe. **Aprender – sim, mas como?** Porto Alegre: Artmed, 1998.

MICHALISZYN, Mario Sergio e TOMASINI, Ricardo. **Pesquisa: o artesanato intelectual e seus artifícios.** Curitiba: Protexito, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde e Ambiente: uma relação necessária. In: CAMPOS, et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. Ciência, técnica e arte: desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MORAES, Maria Cândida. **O paradigma emergente.** Campinas – SP: Papyrus, 1998.

MORAES, Magali Aparecida Alves de e MANZINI, Eduardo José. Concepções sobre a aprendizagem baseada em problemas: um estudo de caso na Famema. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, Set./dez. 2006, vol.30, no.3, p.125-135.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. CAMPOS, et al (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré e ARAGÃO, Antônia Eliana de Araújo. **A influência positivista na formação dos profissionais de saúde**. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/site/bib/influenciapositivista.html>. Acessado em 18/06/2008.

OSÓRIO, Luiz Carlos. A importância do trabalho em equipe para a construção interdisciplinar. In: PEREIRA, Maurício José Lopes; COELHO, Elza Berger Salema e DA ROS, Marco Aurélio. **Da proposta à ação**. Currículo integrado do curso de graduação em medicina da UFSC. Florianópolis: UFSC. 2005.

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

PERRENOUD, Phillipe. **10 novas competências para ensinar**. Porto Alegre: Artmet, 2000.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ. **Projeto pedagógico do curso de medicina**. (mimeo). PUCPR: Curitiba, 1999.

_____. **Projeto pedagógico do curso de medicina**. (mimeo). PUCPR: Curitiba, 2000.

_____. **Projeto pedagógico do curso de medicina**. (mimeo). PUCPR: Curitiba, 2005.

_____. **Projeto Pró-Saúde: Medicina**. (mimeo). Curitiba: PUCPR, 2006.

_____. **Projeto pedagógico do curso de medicina**. (mimeo). PUCPR: Curitiba, 2007.

REVISTA APAT. **Aprendizagem Baseada em Problemas**. Nº 32, março de 2005. Disponível em <http://www.competinov.pt/index.php/articles/8>. Acessado em 22/04/2008.

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

SÁ, Nicanor Palhares. O aprofundamento das relações capitalista no interior da escola. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo (57): 20-29, maio/ 1986.

SILVEIRA, Lucimar Leão. **Metodologia do ensino superior**. Lavras: UFLA/FAEPE, 2002.

SOARES, Silvia 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.

SOUBHIA, Zeneide et al. Estruturação dos conceitos. Temas transversais: seivas. In: DELLAROZA, Mara Solange Gomes e VANNUCHI, Marli Terezinha Oliveira (Orgs). **O currículo integrado do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: do sonho à realidade**. São Paulo: Hucitec, 2005.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEIN, Ainton Tetelbom. Práticas clínicas ressignificadas na atenção básica. In: BRASIL. **Os desafios do ensino da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

TARDIF, Maurice. **Saberes docentes e formação profissional**. Petrópolis: Vozes, 2002.

TRINIÑUS. Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELLOS, Maura Maria Morita. Ensino de História: concepção e prática no ensino médio. In: BERBEL, Neusi Aparecida Navas (Org.). **Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações**. Londrina: Eduel, 1999.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de e PACHE, Dário Frederico. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

VIEIRA, Joaquim Édson. O processo de aprendizagem em hospitais de ensino. In: MARINS, João José Neves et al. **Educação médica em transformação: Instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2006.

WALDMAN, Eliseu Alves. Vigilância como prática de saúde pública. In: CAMPOS, et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

WESTPHAL, Maria Faria. Promoção de saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

APÊNDICE

INSTRUMENTO DE PESQUISA ESTRUTURADO

I - Identificação:

1. Gênero

A () masculino

B () feminino

1.2 Idade

A () 17 a 19 anos

B () 20 a 22 anos

C () 23 a 25 anos

D () 26 a 28 anos

E () 29 a 31 anos

F () acima de 32 anos

2- Você tinha informações sobre a metodologia de ensino aplicada ao curso de Medicina da PUCPR antes do ingresso no mesmo.

() sim

() não

Se a resposta acima foi afirmativa onde você obteve informação?

3- Discorra nas linhas abaixo sua compreensão sobre a metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas/Problem-Based Learning (ABP/PBL).

4-Como você avalia a utilização da metodologia da ABP/ PBL aplicado no curso de Medicina da PUCPR.

- A () não sabe
- B () não atingiu o esperado
- C () atingiu parcialmente o esperado
- D () atingiu satisfatoriamente o esperado
- E () atingiu plenamente o esperado

Comente a resposta:

5-O que você compreende por Práticas de Atenção Primária à Saúde.

6-Como você avalia o processo de Prática de Atenção Primária à Saúde (Práticas ambulatoriais) durante a formação em medicina na PUCPR.

- A () não sabe
- B () não atingiu o esperado
- C () atingiu parcialmente o esperado
- D () atingiu satisfatoriamente o esperado
- E () atingiu plenamente o esperado

7-Como você considera a inclusão das Práticas de Atenção Primária a Saúde (Práticas ambulatoriais) no processo de formação em medicina na PUCPR, para seu futuro profissional.

- A () não sabe
- B () sem importância
- C () pouco importante
- D () importante
- E () muito importante

8-Houve mudança da sua expectativa “do ser médico” entre o seu ingresso na graduação em medicina na PUCPR até o presente momento?

9-Você conhece a Estratégia em Saúde da Família e o papel do medico nesse contexto.

10-Como está sendo a sua formação pratica em Atenção Primária a Saúde (Práticas ambulatoriais)

- A () não sabe
- B () sem importância
- C () pouco importante
- D () importante
- E () muito importante

Comente a resposta

11-A distribuição dos conteúdos curriculares no curso de Medicina da PUCPR, até o presente momento,atende a sua necessidade para o desenvolvimento das Praticas de Atenção Primaria a Saúde (Práticas ambulatoriais).

- A () não sabe
- B () não atingiu o esperado
- C () atingiu parcialmente o esperado
- D () atingiu satisfatoriamente o esperado
- E () atingiu plenamente o esperado

12-A atuação do preceptor contribui na sua formação nas Praticas de Atenção Primaria a Saúde (Práticas ambulatoriais)

- A () não sabe
- B () não atingiu o esperado
- C () atingiu parcialmente o esperado
- D () atingiu satisfatoriamente o esperado
- E () atingiu plenamente o esperado

Comente sua resposta

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG _____, estou sendo convidado a participar de um estudo denominado: “INOVAÇÕES METODOLÓGICAS DO CURSO DE MEDICINA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA PUCPR”, cujo objetivo é avaliar a repercussão entre os alunos do curso de medicina da PUCPR sobre a implantação do eixo de práticas ambulatoriais em atenção primária a saúde numa metodologia de “Aprendizagem Baseada em Problemas” – APB/PBL.

Sei que para o avanço da pesquisa, a participação de voluntários é de fundamental importância. Caso aceite participar desta pesquisa eu responderei a um questionário semi-estruturado e permitirei a análise dos dados fornecidos.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome, ou qualquer outro dado confidencial, será mantido em sigilo. A elaboração final dos dados será feita de maneira codificada, respeitando o imperativo ético da confidencialidade.

Estou ciente de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, nem sofrer qualquer dano.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são, Ronad Gielow e Marilda Aparecida Behrens, com quem poderei manter contacto pelos telefones: 3350-9484; 3271-2162 e 9686-6204.

Estão garantidas todas as informações que eu queira saber antes, durante e depois do estudo.

Li, portanto, este termo, fui orientado quanto ao teor da pesquisa acima mencionada e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Concordo, voluntariamente em participar desta pesquisa, sabendo que não receberei nem pagarei nenhum valor econômico por minha participação.

() Sim, aceito participar.

() Não aceito participar.

Curitiba, _____ de _____ de _____.

Assinatura:_____.