

CURRÍCULO DE MEDICINA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA: REFLEXÕES SOBRE UMA EXPERIÊNCIA MODULAR INTEGRADA COM ÊNFASE NA ATENÇÃO BÁSICA

Medical curriculum at the Federal University of Paraíba: reflections about an integrated modular experience with emphasis on primary care

Luciano Bezerra Gomes

Médico Sanitarista, Mestre em Clínica Médica e Professor do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

E-mail: lucianobgomes@gmail.com

Juliana Sampaio

Psicóloga, Doutora em Saúde Pública e Professora do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

E-mail: julianasmp@hotmail.com

Tiago Salessi Lins

Médico de Família e Comunidade, Mestre em Ensino na Saúde e Professor do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

E-mail: tiagosal@yahoo.com.br

Resumo

Diante da necessidade de revisão da formação dos médicos, a Universidade Federal da Paraíba realizou sua reforma curricular, implantada a partir de 2007. Destacam-se duas grandes influências neste processo: a experiência de diversas escolas médicas e a forte tradição dos projetos de extensão universitária desenvolvidos em nossa instituição. O desenho final do Projeto Pedagógico do Curso ficou constituído por uma estrutura curricular modular integrada, seguida de dois anos de internato. Os maiores avanços se devem: à inserção dos estudantes na rede básica desde o início do curso; à diversificação dos campos de aprendizagem com o grande aumento das atividades na Atenção Básica; à manutenção dos estudantes nas mesmas unidades por mais períodos por mais tempo; e à contratação de novos professores com experiências práticas nos serviços e forte implicação com processos de transformação do ensino em saúde e com o SUS. Como desafios, destacam-se: o envolvimento de poucos docentes nas atividades da Atenção Básica; manutenção do formato tradicional de ensino nos módulos centrados em conhecimentos das subespecialidades médicas; e necessidade de maior integração ensino-serviço através da gestão local e no cotidiano das equipes de Saúde da Família.

Palavras-chave: Educação Médica; Atenção Básica à Saúde; Currículo.

Abstract

Given the need to review the medical education, the Federal University of Paraíba held its curricular reform, which was implemented since 2007. There were two major influences in this process: the experience of several medical schools and the strong tradition of university extension projects developed at our institution. The final draft of the Course Pedagogical Project was comprised of an integrated modular curriculum structure, followed by two years of internship. The greatest advances were due to: the insertion of students in the primary health care services since the beginning of the course; the diversification of learning fields with the large increase of activities in Primary Care; the maintenance of students in the same health care units for longer periods; and the hiring of new teachers with practical experience in health services and strongly involved with the transformation processes in health education and with the Public Health System. We highlight as challenges: the involvement of few teachers in the activities in Primary Care; the persistence of the traditional teaching format in many modules focused on knowledges of medical subspecialties; and the need for greater integration between teaching and health service through the local management teams and in the daily reality of Family Health Services.

Keywords: Medical Education; Primary Health; Care; Curriculum.

Introdução

Desde os anos 1990, os processos de reforma curricular passaram a integrar fortemente a agenda das escolas médicas. Analisando¹ as iniciativas de mudanças na educação médica ocorridos na América

Latina e no Brasil, naquela década, destaca os seguintes: *Changing Medical Education: an agenda for action; Network*; Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico - CINAEM; e o Programa UNI. Baseando-se nas proposições destes movimentos, ocorreram ações como a revisão das diretrizes curriculares nacionais, articuladas por entidades como a Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM, a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina - DENEM e a Rede UNIDA. Além disso, uma grande quantidade de instituições encarou o desafio de transformar a formação, com mudanças que variaram tanto em relação aos métodos pedagógicos priorizados, quanto ao perfil do profissional graduado que se desejava forjar.

A mudança curricular na Universidade Federal da Paraíba - UFPB apresentou um longo transcurso. Embora membros do movimento estudantil e docentes tenham se integrado nos movimentos desencadeados pela CINAEM, ou de articulações da ABEM, as discussões iniciadas no final da década de 1990 somente se consolidaram em 2007, quando entrou em vigor o currículo novo do curso².

Para a elaboração da proposta de reforma curricular na UFPB e sua implementação, alguns fatores locais foram extremamente importantes. Por um lado, o movimento estudantil teve um papel ativo relevante, a partir de membros do Centro Acadêmico e de sua parceria com a DENEM. Por outro, apenas uma pequena quantidade de professores se mobilizou, mas esses poucos conseguiram se manter unidos e conduzir o processo de modo relativamente homogêneo através de um fórum denominado Comissão Permanente de Pesquisa em Educação Médica - COPPEM, que integrava estudantes e professores.

Para a formulação deste currículo, diversas referências foram utilizadas, dentre as quais se destacam duas grandes fontes: 1.

a experiência de diversas escolas médicas, que foram analisadas ao longo dos anos pelos membros da COPPEM; 2. os projetos de extensão universitária desenvolvidos na própria UFPB, que têm uma história de forte influência da educação popular em saúde^{2,3}.

O desenho final do Projeto Pedagógico do Curso - PPC ficou constituído de oito semestres de módulos, seguidos de dois anos de internato. O período inicial, de quatro anos, se estruturou em três conjuntos modulares: 1. os módulos interdisciplinares verticais, que envolvem disciplinas anteriormente distribuídas entre os ciclos básico e profissional, tentando abordar os vários sistemas do corpo humano em seus aspectos morfofuncionais e suas patologias mais comuns, com reflexões sobre suas terapêuticas clínicas e cirúrgicas; 2. os módulos horizontais técnico-reflexivos, que ocorrem durante os oito semestres iniciais, tendo como foco a relação médico-paciente e a formação ética e bioética; e 3. os módulos horizontais prático-integrativos, que têm como eixo pedagógico a problematização da vivência dos estudantes que se inserem em serviços de saúde ao longo dos oito primeiros semestres².

Nos registros da UFPB, cada módulo acima citado recebeu um código, a partir do qual são comumente conhecidos pela comunidade acadêmica: os módulos horizontais práticos-integrativos receberam a sigla MHA; os módulos horizontais técnico-reflexivos, de MHB; e os módulos interdisciplinares verticais, de MIV. Neste artigo, refletimos sobre os sete primeiros anos de experiência de implantação dos módulos horizontais prático-integrativos - MHA. Para tanto, tomamos como referência: 1. documentos produzidos pela Coordenação do Curso e COPPEM durante o processo de implementação do currículo (como relatórios de oficinas de planejamento e momentos de reflexão coletiva sobre os desafios do novo currículo); 2. estudos elaborados sobre a reforma curricular na

UFPB; 3. e nossa própria inserção como docentes em vários módulos e em outras atividades de formação como o internato e a residência médica, tendo nossa implicação impactado nas reflexões aqui apresentadas⁴.

Da implementação do Módulo Prático-Integrativo

A proposição dos módulos prático-integrativos teve como dispositivo o desafio de consolidar os conhecimentos apresentados nos demais módulos do curso (MIV e MHB), a partir da inserção dos estudantes nos serviços do SUS, tendo como principal estratégia pedagógica a problematização da realidade vivenciada no cotidiano. Buscou-se, contudo, a realização não de um módulo pontual de integração ensino-serviço, mas a estruturação de todo um eixo que se desenvolvesse ao longo do curso, vinculando toda a formação acadêmica, na prática em serviço, o que demandou formulações específicas para a estruturação dos vários módulos, que vão do MHA-1 ao MHA-8^{2,5}.

Para dar conta de sua intencionalidade, os módulos foram desenhados da seguinte forma: das seis horas semanais previstas para cada MHA, quatro horas seriam destinadas a atividades práticas, realizadas em turnos fixos nos serviços de saúde ou em espaços comunitários, e duas horas de tutoria para a problematização da experiência vivida, realizadas na universidade.

Um diferencial fundamental para viabilizar este desenho de aprendizagem baseada na vivência em território e em tutoria foi a divisão das turmas (que atualmente têm em média 60 estudantes) em grupos de cerca de 12 estudantes. Cada grupo está sob a tutela de um professor que se responsabiliza tanto pelas atividades práticas, quanto de tutoria, já que os mesmos estão intimamente correlacionados.

Para organização das atividades práticas, deliberou-se que a inserção dos

estudantes se daria desde os primeiros momentos do curso, em intensa integração com a comunidade. A partir do primeiro semestre, os estudantes são inseridos em diversos cenários da periferia urbana da cidade de João Pessoa - PB, nos quais são desenvolvidas diferentes atividades em cada semestre, de acordo com os objetivos de aprendizagem pretendidos para aquele período letivo, ou seja, que integre e consolide os demais conteúdos vistos no curso.

Assim, no primeiro semestre, os estudantes se envolvem na produção de cuidado a algumas famílias, o que lhes demanda o desenvolvimento de tecnologias relacionais⁶. A seleção dessas famílias é feita em parceria com as Unidades de Saúde da Família-USF ou com movimentos sociais locais. Procuramos identificar famílias com situações de vida complexas, que demandam apoio nos mais variados âmbitos: saúde, social, afetivo, etc. Os estudantes, em duplas, se responsabilizam pelo acompanhamento dessas pessoas, as quais passam a ser visitadas semanalmente. Nesses encontros, os estudantes passam a compreender a dinâmica de vida das pessoas, a maneira como elas lidam com suas necessidades, bem como as relações que se estabelecem entre as famílias e os demais atores no território em que vivem, inclusive com os serviços de saúde. Nesse momento, diversos conhecimentos das ciências sociais e humanas, que são ofertados no demais módulos do período (MIV e MHB), são incorporados à vivência dos estudantes, a partir das reflexões em tutoria.

No segundo semestre, os estudantes se aproximam, então, do cotidiano das equipes de saúde às quais as famílias acompanhadas no primeiro semestre estão vinculadas. Ainda sem conhecimentos que permitam uma atuação clínica individual mais intensa, eles se dedicam a compreender o modo como os serviços se organizam,

suas ofertas de cuidado, a maneira como os usuários os acessam, suas relações com outros equipamentos do território, as relações entre os profissionais das equipes, etc. Neste processo, conhecimentos adquiridos no período, como informática, se integram com novos conhecimentos como educação em saúde, que surgem a partir da experiência vivenciada nos serviços de saúde.

No terceiro semestre, os estudantes são levados a conhecer serviços de atenção ambulatorial especializada e hospitalar. Nestes novos cenários, os estudantes podem compreender melhor a relação entre a atenção básica e as demais redes de atenção do sistema de saúde. Neste momento, os estudantes se deparam com debates sobre gestão em saúde, como financiamento, planejamento, avaliação e sistemas de informação, articulando-os com conhecimentos produzidos ao longo dos demais módulos.

Nos quarto e quinto semestres, os estudantes voltam a atuar prioritariamente nas mesmas unidades básicas de saúde em que se inseriram no primeiro e segundo períodos. Nesse retorno, entretanto, já se iniciam as atividades clínicas em atenção primária, articulando abordagens individuais e coletivas, com a construção de projetos terapêuticos em parceria com os profissionais das equipes de saúde, atendimentos individuais nos consultórios; abordagem a grupos; ações educativas coletivas; visitas domiciliares, entre outras. Assim, os estudantes podem integralizar o conteúdo da clínica médica e da relação médico-usuário adquiridos no curso, articulando-os com a atenção básica e seus pressupostos de cuidado longitudinal, vínculo, entre outros.

Nos sexto, sétimo e oitavo períodos os MHA passam a problematizar a atenção a populações específicas, como atenção à saúde da mulher, da criança, do adulto e no atendimento às urgências e emergências.

Contudo, diferentemente dos módulos anteriores, estes são prioritariamente ofertados na rede hospitalar, em especial no Hospital Universitário, o que tende a afastar os estudantes da realidade do sistema de saúde local. Apenas no internato os estudantes voltam a ter uma inserção maior na rede básica, quando permanecem cerca de 16 semanas em tempo integral atuando em unidades de saúde da família, alguns deles, nos mesmos serviços em que se inseriram desde o primeiro semestre.

Para todas essas ações, ao longo do tempo, os estudantes manejam conhecimentos agregados em outras ofertas do curso, além de seus saberes prévios. Em muitas ocasiões, as intervenções demandam conhecimentos aos quais os estudantes apenas serão expostos em períodos posteriores, mas que precisam ser compreendidos para o manejo de situações específicas que estão lidando, o que os mobiliza a serem ainda mais ativos no seu aprendizado.

Além disso, a busca por manter os estudantes nas mesmas unidades tem como objetivo tornar o conhecimento o mais significativo possível, na medida em que eles podem criar vínculos de pertencimento com a equipe de saúde e responsabilização pelo cuidado aos usuários, fundamentais para a co-responsabilização com os trabalhadores pelos processos terapêuticos junto à comunidade. A intensa inserção da universidade nos serviços públicos de saúde tem fortalecido a integração ensino-serviço e a formação em saúde comprometida com e contextualizada nas demandas reais do SUS.

Se tomamos apenas as USF, em boa parte das que atuamos, temos professores e estudantes em mais de quatro turnos semanais, além da presença dos médicos residentes de medicina de família e comunidade, seus preceptores de campo e dos internos do rodízio de saúde coletiva. Neste contexto, ainda mais do que os

estudantes, os professores e preceptores passam a se reconhecer e serem reconhecidos pela equipe de saúde como parceiros, atores envolvidos na qualificação dos processos de trabalho e de cuidado dos profissionais. Aos poucos, vamos nos envolvendo com o planejamento e a execução de ações de saúde, ou mesmo na avaliação e readequação dos processos de trabalho da equipe. Além disso, produzimos coletivamente processos de formação específica, com oferta de cursos ou oficinas e de estratégias de Educação Permanente em Saúde, a partir da análise dos processos vivenciados na e pela equipe.

Destaca-se que, para a efetivação desta proposta, tem sido relevante o perfil dos professores nela envolvidos. Nos cinco semestres iniciais, os MHA ficam a cargo do Departamento de Promoção da Saúde, que agrega professores da saúde coletiva e da saúde da família de vários núcleos disciplinares, com médicos sanitaristas, médicos de família e comunidade além de profissionais da psicologia, enfermagem e nutrição. Mas o que parece mais importante nesse grupo é o fato de atuar de forma integrada, com professores transitando entre os diversos núcleos específicos de conhecimentos, produzindo e compartilhando campos de saberes interdisciplinares. Além disso, o intenso processo de renovação de professores ocorrido nos últimos anos se deu com a contratação de docentes não com o perfil de pesquisadores com trajetória acadêmica consolidada, e sim de pessoas com experiências práticas nos serviços e forte implicação com processos de transformação do ensino em saúde e com o SUS.

Dos dilemas e desafios para os MHA

Embora consideremos que o atual modelo de formação apresenta inúmeros avanços em relação à estrutura curricular anterior, temos clareza que não

solucionamos diversos problemas existentes anteriormente. Ainda, sabemos que novas necessidades surgem; sendo assim, temos muitos dilemas e desafios a serem superados. Alguns são mais pedagógicos, outros, políticos e institucionais^{5,7}. Tentaremos, de forma breve, abordar alguns dos que consideramos mais relevantes.

Uma das principais limitações que identificamos se deve à dificuldade dos vários professores envolvidos em cada módulo de formularem conjuntamente e compartilharem o cotidiano de suas ações pedagógicas. Como dissemos, para que consigamos desenvolver adequadamente nossas atividades, cada turma é dividida em grupos menores, com diferentes professores responsáveis por um grupo de estudantes, articulando as atividades práticas e de tutoria nos diferentes territórios/unidades de saúde. Entretanto, os docentes dos MHA-1 ao MHA-5 apresentam uma carga horária média em torno de 16h de atividades em ensino em graduação, sem contar as atividades de pesquisa, extensão, gestão e pós-graduação. Assim, temos dificuldades para nos encontrarmos de maneira mais sistemática e os momentos reservados para planejamento e avaliação acabam sendo insuficientes para lidarmos com todas as pautas acumuladas, gerando frustração e sensação de isolamento.

Como consequência, podemos identificar a necessidade de aprofundarmos alguns debates e revermos certos aspectos pedagógicos do módulo, dentre os quais, se destacam as estratégias de avaliação do aprendizado dos estudantes. Temos utilizado várias ferramentas avaliativas: portfólios, avaliação pelos trabalhadores dos serviços, autoavaliação pelos estudantes, provas teóricas, avaliações atitudinais, entre outras. Entretanto, acumulam-se percepções (ou mesmo tensões) entre estudantes e professores em relação à inadequada utilização de alguns desses instrumentos, bem como reconhecemos a

necessidade de revermos periodicamente os processos avaliativos.

Ainda no rol dos dilemas a serem enfrentados, destacamos a necessidade de refletirmos coletivamente sobre os temas mais relevantes e os conteúdos mínimos a serem trabalhados em cada período, assim como a real potencialidade do módulo em integralizar conteúdos apresentados nos demais módulos oferecidos em cada semestre letivo. Se temos dificuldades na integração entre os professores de um mesmo módulo (MHA), isto se amplifica quando pensamos na relação dos três módulos que estruturam cada período letivo (MHA, MHB e MIV), limitando o caráter integrativo do curso e intensificando divergências políticas já existentes entre os professores dos diferentes módulos, que operam com conteúdos e, principalmente, com propostas pedagógicas muito diversas⁵.

Estas divergências refletem não apenas posições teórico-pedagógicas diferentes; elas também são efeitos das distintas inserções ocorridas no processo de problematização do ensino e de construção da reforma curricular. A maioria dos professores, como vimos, não participou ativamente do processo de reflexão que desembocou na nova estrutura curricular. Além disso, por concepção dos envolvidos e, também, para se adequar às diretrizes curriculares e às políticas do SUS, o perfil de egresso do curso médico vem passando por intensas modificações. Isso tem gerado dois problemas. Por um lado, temos professores que resistem diretamente às transformações desencadeadas pelo novo currículo; e por outro, e como efeito do anterior, vemos se intensificar, em algumas áreas, o desencontro entre o que se propõe no “currículo formal”, e o que efetivamente se executa no “currículo real”. Ou seja, parte dos professores utiliza seu trabalho vivo para desconstruir, no cotidiano, as proposições com as quais não concorda⁷.

Este é um dos motivos que fizeram

com que os módulos MHA-6, MHA-7 e MHA-8, que estão sob a responsabilidade de grandes áreas - Pediatria, Tocoginecologia, Clínica Médica e Cirurgia - tenham avançado muito pouco em relação às antigas disciplinas já existentes no currículo anterior. Especialmente, quando pensamos em marcadores como a preponderância do aprendizado baseado na problematização e na inserção nos serviços da rede básica e do SUS como um todo.

Por outro lado, a diversificação dos campos de aprendizagem e inserção dos graduandos nas comunidades nos MHA 1, 2, 3, 4 e 5, somando-se à diretriz dos serviços assumindo a co-responsabilidade pela formação profissional, tornaram a integração ensino-serviço um eixo estruturante e essencial para o desenvolvimento do curso e do perfil do médico a ser formado. Sendo assim, acentua-se a necessidade do aprofundamento das discussões sobre o papel dos profissionais da rede e da gestão no processo de formação na saúde. Por sua vez, fica evidenciada a importância de decisões da gestão local e dos trabalhadores dos serviços em valorizar as atividades de ensino que, muitas vezes, são tensionadas pela pressão cotidiana por atendimento.

Um último dilema que apontamos se remete à necessidade de ampliarmos a relação da formação médica com outros cursos da saúde. As diretrizes curriculares determinam que o trabalho em saúde seja produzido em equipes multiprofissionais e interdisciplinares, na medida em que deve ter como foco a atenção às necessidades de saúde da população, que são indiscutivelmente complexas e transbordam qualquer núcleo de saber disciplinar. Infelizmente, continuamos a formar os estudantes de maneira “uniprofissional”, disciplinar e com ofertas fragmentadas de saberes, que muitas vezes intensificam a hierarquização da produção do conhecimento entre as diferentes áreas profissionais. Embora tenhamos apontado

que há professores de outras categorias profissionais para além da medicina envolvidas nos MHA, consideramos que ainda temos muito a avançar para nos relacionarmos de modo mais intenso com professores e estudantes de outras áreas. Felizmente, se as estruturas curriculares ainda são rígidas, por outro lado, tem sido possível desenvolver projetos de extensão e outras atividades tutoriais (como o PET-Saúde) que têm permitido esses encontros interdisciplinares, mas ainda de forma pontual e envolvendo poucos estudantes e professores, sendo fundamental ampliarmos tais ofertas para a qualificação da formação em saúde⁸.

Considerações finais

Os aspectos ressaltados acima estão longe de esgotar todos os dilemas colocados no processo de reforma curricular em curso na UFPB. Mesmo nos restringindo apenas ao módulo prático-integrativo (MHA), consideramos que ainda temos muito a refletir para continuar melhorando. Os desafios ora apontados refletem e se articulam com discussões mais amplas sobre o perfil do egresso que queremos forjar, além da própria compreensão sobre os processos educacionais e as propostas político-pedagógicas para a formação em saúde.

Entretanto, acreditamos que esta aposta de reforma curricular tem nos possibilitado dar passos importantes na proposição deste debate junto à comunidade acadêmica (envolvendo gestores, professores e estudantes), e ao SUS (envolvendo gestores, profissionais e usuários), no sentido de termos uma formação médica mais adequada aos desafios postos pelo atual contexto da saúde e às necessidades de cuidado da população.

Referências

- ¹ Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.
- ² UFPB. Coordenação do Curso de Graduação em Medicina. Projeto Político-Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina. João Pessoa: UFPB/CCS/COPPEM; 2007.
- ³ Vasconcelos EM, Cruz PJSC, organizadores. Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2011.
- ⁴ Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco BT, Peres MAA, Foschiera MMP, Panizzi M, organizadores. Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec; Chapecó, Prefeitura Municipal; 2004: 21-45.
- ⁵ Simon E. Saúde e educação: o projeto político pedagógico do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba. [Dissertação] João Pessoa: Centro de Educação da Universidade Federal da Paraíba; 2012.
- ⁶ Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
- ⁷ Sassi AP. Formação identitária dos estudantes de medicina: novo currículo, novas identidades? [Dissertação] João Pessoa: Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba; 2012.
- ⁸ Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO, organizadores. Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.