

O ensino da Saúde Coletiva na graduação médica – estudo de caso em três Universidades do Paraná

RESUMO EXPANDIDO

1) Introdução

A Saúde Coletiva tem sido tradicionalmente definida como um campo de saber e de práticas que toma como pressuposto a compreensão da saúde como um fenômeno eminentemente social, coletivo, determinado historicamente pelas condições e modos de vida dos distintos grupos da população. O debate teórico e epistemológico que existe hoje no campo da Saúde Coletiva contempla uma conceituação mais avançada da saúde, enquanto objeto de conhecimento e de intervenção, entendida como parte do complexo saúde-doença-cuidado, que incorpora a trajetória das relações que a determinam, inclusive a relação dos indivíduos, grupos sociais e populações com o sistema de serviços de saúde ^{1, 2, 3, 4}.

Ao centrar toda a ênfase da argumentação nesta concepção de Saúde Coletiva, não se pretende excluir, neste trabalho, os aspectos externos que geraram isso: como o momento histórico nacional, o quadro da saúde no Brasil ou a relação do médico que se quer formar com a política de saúde no país. Nesse sentido, o pressuposto desta investigação está centrado na constatação de que, ao longo do tempo, surgiram diferentes concepções de Saúde Coletiva e essas influenciaram tanto no ensino específico desse campo do saber como na formação geral do médico.

Como entender a formação acadêmica? Como formar o médico? Qual a melhor forma de ensinar a medicina? Afinal, qual é o interesse de fazer um trabalho sobre esse tema e por que ele se justifica?

No campo da educação, é possível situar três grandes modelos ou correntes do ensino que, de um modo geral, norteiam os projetos pedagógicos, suas práticas educacionais e até mesmo as relações entre os professores e estudantes, são elas: o empirismo, o inatismo e o construtivismo ^{5, 6, 7}.

Outro pressuposto deste trabalho é que o médico a ser formado na graduação, não é aquele que conhece pouco de muito, mas sim aquele que tenha uma educação médica ampla e cientificamente bem fundamentada, que possa servir como base para uma boa formação geral do médico, num processo que nem se contenta com uma especialização precoce, e nem se conforma com um saber mínimo.

O médico do futuro deverá ser aquele que é capaz de situar a medicina no contexto da realidade sociopolítica e que se constitui como um profissional inquisitivo, pesquisador e crítico em face da realidade da saúde e dos problemas sanitários de seu território e do contexto que o envolve ^{8, 9, 10, 11}.

O presente estudo foi organizado de forma a compreender as diferentes tendências da Saúde Coletiva, tomadas tanto pela perspectiva do currículo instituído como pela vivência dos vários agentes envolvidos: os gestores, os docentes e os estudantes.

Ao lado do interesse em se compreender as diferentes abordagens da Saúde Coletiva, discutindo o seu papel na formação médica, o tema parece ganhar especial relevância no atual contexto político e acadêmico brasileiro, quando os cursos de medicina passam a ser discutidos à luz das diretrizes curriculares nacionais das graduações em saúde e da sua consonância com os princípios do SUS, mudanças que 20 anos após a sua promulgação acirram uma antiga discussão travada entre os adeptos da excelência técnica em oposição à relevância social^{12, 13}.

2) Objetivo

O presente trabalho objetiva estudar o ensino da Saúde Coletiva na graduação médica, buscando apreender suas configurações e as implicações delas nas propostas curriculares de três Universidades do Paraná (Brasil): Universidade Federal do Paraná (UFPR), Universidade Estadual de Londrina (UEL) e Universidade Positivo (UnicenP).

Os objetivos específicos do estudo foram: descrever o projeto de ensino-aprendizagem em Saúde Coletiva na graduação em Medicina de três escolas médicas paranaenses (UEL, UFPR e UnicenP) compará-las entre si e confrontá-las com as novas diretrizes curriculares nacionais para a área da saúde; compreender e analisar os perfis de competências em Saúde Coletiva na graduação em Medicina, na sua relação com a produção do trabalho em saúde; identificar qual vem sendo o papel da Saúde Coletiva nas mudanças curriculares, buscando compreender a sua contribuição na construção dos cursos de Medicina.

3) Metodologia

O trabalho foi desenvolvido a partir de três estudos de caso, com base na análise dos documentos produzidos pelas instituições e em entrevistas realizadas com gestores, professores e grupos focais de estudantes do curso de medicina, todos eles considerados agentes importantes para o entendimento do processo de ensino e aprendizagem da Saúde Coletiva na graduação médica da UEL, da UFPR e da UnicenP.

A opção metodológica de utilizar o estudo de três casos como corpus da pesquisa está baseada na idéia de que, ao analisar detalhadamente uma unidade de determinado grupo, pode-se compreender suas características em profundidade.

De acordo com Gil¹⁴, a análise de uma unidade de determinado universo favorece a compreensão mais significativa da generalidade do mesmo. Também para Hewitt-Taylor¹⁵, o estudo de caso é o exame detalhado de um caso com características únicas, dentro de um contexto real, utilizando múltiplas fontes.

Nesse sentido, destaca-se a intrincada relação entre amplitude e profundidade em um estudo qualitativo e a dificuldade de se levar adiante um trabalho com maior profundidade se a sua amplitude for muito grande¹⁶. Daí a razão para reduzir o estudo a três cursos de Medicina.

No Paraná existiam em pleno funcionamento no ano de 2006 sete Escolas Médicas e a Associação Brasileira de Educação Médica, conta hoje com 132 Escolas de Medicina associadas a ABEM, sendo: 52 Públicas e 80 Privadas¹⁷.

Segundo Yin¹⁸, as múltiplas possibilidades de estudos de caso refletem a diversidade de aplicações dessa forma de realizar pesquisas. Por outro lado, é importante que o pesquisador, ao escolher este método para responder à pergunta de uma pesquisa, tenha a clareza de que é adequado a ele e, para isso, é essencial que selecione os casos a partir de critérios bem definidos¹⁹.

No caso, tal recorte tem, no entanto, o mérito de garantir a representatividade do objeto de estudo, contemplando os três tipos de natureza jurídica de instituições de ensino superior do Estado do Paraná: Universidade Estadual de Londrina (pública estadual), Universidade Federal do Paraná (pública federal) e a Universidade Positivo (privada).

Essas instituições representam juntas, 49% das vagas existentes no Estado na primeira série do curso, o que garante também uma boa amostra numérica de estudantes para o universo de matriculados no ano de 2006. Além disso, o Curso de Medicina da UEL é o que apresenta o currículo considerado mais inovador entre as universidades paranaenses²⁰, a Federal do Paraná o currículo conhecido como o mais tradicional de todas e a UNICENP, a mais nova dessas instituições, a única instituição privada propriamente dita no Estado.

O estudo de cada instituição teve início com a coleta de documentos referentes ao curso, suas diretrizes e configuração curricular, visando à análise documental do curso, isto é, aquilo que é formalmente estabelecido e instituído²¹⁻³².

Além da coleta de documentos, considerou-se o interesse de apreender as interpretações e percepções dos agentes envolvidos, a fim de captar o que é efetivamente vivido e percebido no âmbito geral e também no dia-a-dia da instituição.

No estudo do projeto pedagógico das três instituições e no mapeamento das tendências do ensino da Saúde Coletiva, a proposta de fazer análise de conteúdo de seus depoimentos, tomados em suas relações de confluência e

contradição, visou investigar o que se concebe e como se implementam as diferentes propostas de ensino. Mais do que um confronto entre diferentes alternativas do ensino da Saúde Coletiva, tem-se como objetivo captar as representações das pessoas responsáveis pelo seu ensino.

Daí a opção por entrevistas com representantes de cada instituição. Pautados por esses objetivos e abordando pontos equivalentes, os roteiros das entrevistas foram adaptados para os diferentes grupos de agentes: gestores, professores ou estudantes.

Em relação aos estudantes, foi utilizada a técnica de grupo focal, que se constituiu de algumas perguntas norteadoras, as quais envolveram a percepção deles nas várias atividades de ensino-aprendizagem desenvolvidas ao longo do curso, sobre a área da Saúde Coletiva.

A pesquisa em questão foi aprovada pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa — CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre, depois de esclarecidos os objetivos gerais do estudo e assegurado o sigilo das informações prestadas.

No que diz respeito à análise documental das instituições estudadas, após exaustiva leitura dos principais textos legais sobre o projeto pedagógico e, mais especificamente, sobre o ensino da Saúde Coletiva, identificou-se as mais importantes resoluções das instâncias de deliberação da universidade, respeitando-se, em cada caso, a diversidade dos documentos em função da natureza dos seus conselhos superiores e das respectivas formas de gestão^{33, 34, 35}.

Por sua vez, a análise dos dados coletados nas entrevistas e grupos focais pautou-se pelo estabelecimento de categorias que emergiram da análise de conteúdo, isto é, pelo mapeamento e organização das unidades de significado. Fincadas no posicionamento dos sujeitos, foi possível estabelecer e confrontar, em cada eixo, diferentes dimensões da Saúde Coletiva: o currículo planejado, o vivido e o analisado.

A preparação e a execução das entrevistas semi-estruturadas foram realizadas por um único entrevistador, feitas oralmente, gravadas e depois transcritas, o que viabilizou a análise dos dados utilizando-se o método de análise de conteúdo adaptado da proposta de Bardin³⁶, que consiste em, a partir da entrevista semi-estruturada e das respostas transcritas, classificar o conteúdo em blocos de significado e ênfase para o tratamento em eixos de abordagem.

As categorias que emergiram a partir da análise das entrevistas realizadas nas três instituições foram sistematizadas em três grandes eixos: 1º Configuração da Saúde Coletiva, 2º A Saúde Coletiva no Contexto do curso médico e 3º Parcerias Externas da Saúde Coletiva. Este foi o referencial para toda a análise da categorização.

4) Resultados

4.1 O curso de Medicina da UEL

A Faculdade de Medicina do Norte do Paraná iniciou suas atividades acadêmicas no dia 15 de fevereiro de 1967. Em 1970, por ocasião da criação da Universidade Estadual de Londrina, o curso de Medicina passou a integrar o Centro de Ciências da Saúde (CCS), que é uma instituição pública estadual.

Nos primeiros quarenta anos de existência do curso verificou-se, em média, uma mudança curricular a cada seis anos. Este é um fato pouco encontrado em escolas médicas que, em geral, sofrem de certo enrijecimento curricular. Nos últimos dez anos foi implantado um currículo integrado³⁷.

Este breve histórico caracteriza o compromisso do curso com os novos modelos acadêmicos, o que se traduz na sua matriz curricular não convencional, onde estão disponíveis informações sobre quem coordena a série e o módulo, quais os dias em que se desenvolvem outras atividades além dos pequenos grupos tutoriais, como as habilidades e suas avaliações que são feitas através das Objective, Structered Clinical Examination – OSCEs³⁸.

Os professores da área de Saúde Coletiva da UEL estabeleceram, ao longo do tempo, um consenso em relação à sua contribuição para o processo de transformação das instituições de ensino e de atenção à saúde, visando à construção de um sistema social mais justo e inclusivo, através de mudanças nas formas de organização, nas práticas e resultados das mesmas³⁹.

Desde 1998, no novo currículo integrado da Medicina, os docentes do Departamento de Saúde Coletiva passaram a atuar mais intensamente em quatro módulos que, somados, representam 5% da carga horária total do curso.

4.2 O curso de Medicina da UFPR

A Faculdade de Medicina foi fundada em 1912 e o curso é administrado no atual Setor de Ciências da Saúde da UFPR, que foi constituído em 1972, quando foram inauguradas suas novas instalações, anexas ao Hospital de Clínicas em Curitiba, como uma instituição de ensino superior pública federal.

O currículo do Curso de Medicina é estruturado em disciplinas e o regime acadêmico é o de créditos. O Departamento de Saúde Comunitária da UFPR foi constituído originalmente pela união das duas cátedras do Curso de Medicina: a de Moléstias Tropicais e a de Higiene.

A partir de 1994, com a implantação da reforma curricular os docentes da Saúde Comunitária passaram a atuar mais regularmente em sete disciplinas do curso que, em termos de carga horária, representam 6% do total. No entanto, somando o estágio do internato, a carga horária sobe para 12% e volta a ser obrigatório, com o ajuste curricular do curso, em processo de implantação na instituição atualmente.

O impacto qualitativo deste ajuste curricular no processo avaliativo do Curso de Medicina da UFPR é uma questão em aberto a ser respondida futuramente pelos gestores do curso, quando se completar o processo de transição curricular em 2012, que marcará o 100º ano do curso.

4.3 O curso de Medicina da UnicenP

A escola médica da Universidade Positivo, é uma instituição privada, que foi formalmente criada no ano de 2002. A primeira turma iniciou as suas atividades acadêmicas em março de 2003 e se graduou no final do ano de 2008, o que significa que o curso está em processo de reconhecimento pelo Ministério da Educação.

De acordo com o seu Projeto Pedagógico, estruturou-se em um currículo voltado para a Saúde da Família, sendo este um dos conceitos muito fortemente trabalhados ao longo do curso, na perspectiva da qualificação profissional para uma boa formação geral do médico.

A área de Saúde Coletiva, assim como todas as outras nesta universidade, não se constitui sob a forma de um Departamento. Ela está inserida no Núcleo de Ciências Biológicas e da Saúde que agrega todos os professores dos oito cursos da área da saúde da instituição.

A coordenação do Núcleo articula-se com o coordenador do curso de medicina, que responde pela gestão do curso, tanto do ponto de vista acadêmico como administrativo.

A forma de contratação dos docentes é por hora-aula, sendo que os professores da Saúde Coletiva representam 20% do corpo docente do curso, composto por 64 docentes diretamente responsáveis pela sua realização atualmente.

A carga horária da área de Saúde Coletiva representa 20% do total da carga horária do curso, distribuída em seis disciplinas. Desse total, 7% são desenvolvidos da primeira à quarta série e 13% no Internato Médico, o que reflete a preocupação em estar em consonância com o preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, aprovadas pelo MEC.

5) Discussão:

5.1 O currículo e o SUS

Observou-se a despeito das diferentes configurações curriculares, uma grande convergência de opiniões nos quatro grupos focais de estudantes das três instituições. O que variou em cada caso, foi a carga horária e as diferentes ênfases atribuídas à Saúde Coletiva nos módulos, nas disciplinas, nos estágios, nas práticas e nas teorias trabalhadas ao longo do curso.

O Sistema Único de Saúde (SUS)⁴⁰ e a concepção dessa proposta de organização dos serviços de saúde, na visão dos diferentes atores entrevistados da UEL, só apareceram de forma explícita no grupo focal dos estudantes. Na UFPR, além dos estudantes, um dos professores também fez referência ao assunto, na UnicenP, houve grande debate no grupo focal dos estudantes, além de um professor e um gestor terem opinado sobre o tema.

Essa diferença entre a perspectiva dos estudantes e dos professores em relação ao SUS e seus princípios, apesar da sua instituição jurídica há 20 anos, talvez possa estar mais diretamente relacionada às suas diferentes representações sociais como fatores que explicam essa realidade, entendendo-as como “teorias sobre saberes populares e do senso comum, elaboradas e partilhadas coletivamente, com a finalidade de construir e interpretar o real”⁴¹.

Percebe-se que os significados e valores dos estudantes em relação ao SUS são bem diferentes dos significados e valores dos professores, revelando vários tipos de representações pela sua falta de conhecimento sobre a organização dos serviços de saúde nos municípios e as suas dificuldades financeiras, políticas e de gestão descentralizada⁴².

Vale ressaltar um ponto comum entre as instituições estudadas que é o fato dos cursos estarem inseridos em duas cidades onde a implantação do SUS está bastante avançada. Assim, mesmo tendo docentes com inserções institucionais onde se valoriza mais uma prática de pesquisa, ou docentes que são contratados como horistas, do ponto de vista dos atores o reflexo dessas características na diferenciação da formação geral do médico parece ser pouco significativo.

5.2 O que foi feito e o que há por fazer na Saúde Coletiva

Na consideração sobre os diferentes perfis de curso de formação médica e dos seus respectivos compromissos em formar profissionais aptos para lidar com os desafios de implementação do SUS situa os depoimentos no plano de um verdadeiro balanço entre o que foi feito e o que há por fazer⁴³.

Nesse sentido, as diferentes imagens de Saúde Coletiva ajudam a interpretar os significados e desafios vistos pelos agentes da UEL, UFPR e UnicenP.

No caso da UEL, mesmo antes da promulgação constitucional do SUS em 1988, o Curso de Medicina já se mostrava, desde o pioneiro convênio com a Secretaria Municipal de Saúde para a implantação do Posto de Saúde da Vila da Fraternidade em 1970, comprometido com a construção de cenários favoráveis ao ensino da Atenção Básica em Saúde no Município de Londrina⁴⁴.

Enquanto que na capital do Estado do Paraná, na cidade de Curitiba, este processo aconteceu depois da implementação do SUS e também influenciou positivamente o centenário Curso de Medicina da UFPR, que inclusive inseriu no currículo do curso as Práticas em Ambulatório Geral a partir de 1994⁴⁵.

No curso da UnicenP, à imagem e semelhança do preconizado nas diretrizes curriculares nacionais, houve uma clara intencionalidade de construção de um eixo condutor apoiado na Saúde da Família, que vem sendo estruturada particularmente com a região de Santa Felicidade até o Portão na cidade de Curitiba.

As iniciativas e conquistas da Saúde Coletiva, tanto na graduação médica da UEL quanto nas políticas regionais e nacionais de saúde, foram sempre no sentido de criar mecanismos de mudança da formação médica. Além das figuras emblemáticas de alguns sanitaristas históricos que atuaram em Londrina, outros professores, ao longo dos últimos 40 anos, também desempenharam papéis destacados de formulação, articulação e condução do movimento de transformação na graduação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde⁴⁶.

Seja na graduação ou na pós-graduação, é marcante, na área de Saúde Coletiva da UEL, a preocupação com as questões educacionais relacionadas à formação médica, haja vista a criação de uma Estação de Trabalho no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva — NESCO da Universidade Estadual de Londrina, integrando a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (Ministério da Saúde/OPAS) desde 1999⁴⁷.

O jeito curitibano de construir um dos mais importantes processos de organização dos serviços de saúde a nível local está bem descrito em dois números especiais da revista *Divulgação em Saúde para Debate*, publicadas pelo CEBES, N.8 (*Saúde é Mudança*, 1992) e N.19 (*Curitiba: 20 anos de Atenção Primária à Saúde*, 2000), ambas com conteúdo de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

No número 8 da revista, Raggio & Romanó Jr⁴⁸ abrem a sessão de auto-retrato com uma proposta de implantação de Médico Geral Comunitário em Centros de Saúde de Curitiba. Depois, outras sessões: opinião, entrevistas, modelo assistencial, ações coletivas, novas atitudes e a importante questão, para a época, da Regionalização da Saúde, escrita por Giacomini⁴⁹.

No mesmo número da revista o artigo *Saúde é Mudança – a direção e o sentido das mudanças na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba*, do Secretário de Saúde Armando Raggio, entre outros artigos, trouxe uma

importante contribuição aos debates da IX Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central foi a Municipalização do Sistema de Saúde⁵⁰.

No número 19 da revista, o artigo de Pedotti & Moysés⁵¹ analisa a história dos 20 anos de Atenção Primária à Saúde em Curitiba, que toma como marco zero a Conferência de Alma Ata e a adoção da Atenção Primária como paradigma de Saúde Pública. Os autores explicam a evolução para o período mais recente da efetiva implantação do Modelo de Saúde da Família, que seguiu crescendo e se aprimorando cada vez mais como produto do 6º Encontro de Saúde Coletiva da Secretaria Municipal da Saúde. A coletânea de artigos é composta de alguns dos trabalhos escolhidos pelo público participante do evento e apresentada pelo Secretário de Saúde Luciano Ducci.

Paralelamente às significativas mudanças que ocorreram nos serviços de saúde da cidade de Curitiba, não apenas de extensão quantitativa da assistência à saúde, mas também de qualidade da assistência e de sua organização estrutural e dos objetivos da saúde, houve importantes mudanças na academia, em particular na UFPR.

Os gestores do Curso de Medicina da UFPR implementaram, a partir do ano de 1992, uma reforma curricular onde os docentes do Departamento de Saúde Comunitária acabaram ficando no meio de uma disputa entre os que pretendiam que o curso buscasse a formação de um médico com perfil mais generalista, em oposição à formação do médico especialista.

O diagnóstico relatado na UFPR, na época, era de um currículo de Medicina muito especializado, com conteúdos repetitivos, centrado, na sua maior parte, em atendimento a pacientes crônicos, usuários dos serviços do HC, com uma demanda mais especializada, um perfil de morbidade de problemas pouco frequentes e com necessidade de intervenções mais complexas. Uma crítica dos estudantes era que eles atendiam pacientes com diagnósticos já definidos e não sabiam enfrentar uma demanda de ambulatório geral com competência e resolutividade.

O que foi feito na Saúde Coletiva da UFPR evidenciou uma intencionalidade em direção a participar do movimento pela transformação do ensino médico no Brasil, desde a realização do seu diagnóstico situacional até os encaminhamentos sugeridos pela CINAEM⁵², defendendo os princípios da universalidade, integralidade e o acesso a ações e serviços promovidos na lógica de um Sistema Único de Saúde, apesar de todas as resistências docentes internas e dificuldades operacionais para construir efetivamente a parceria com o gestor municipal.

Os docentes na UnicenP não estão reunidos em Departamentos, mas o seu representante destaca a importância da área de Saúde da Família como fio condutor do curso. A presença desse campo de estudo procura articular os conteúdos e as práticas, que vão se interligando do primeiro ao último ano. A presença dos docentes de Saúde da Família na coordenação do curso e em vários cenários do processo de ensino e aprendizagem é um indício da

valorização e reconhecimento da área no projeto formativo pretendido pela instituição⁵³.

Ao lado *do que já foi feito*, o desafio da Saúde Coletiva será muito grande, considerando que cada curso vivencia momentos muito particulares. A UnicenP formou em 2008 a sua primeira turma, o Curso de Medicina da UEL acabou de completar 40 anos de existência e a Universidade Federal do Paraná prepara-se para as comemorações do seu centenário em 2012.

A esse respeito, vale dizer que as metodologias ativas são importantes, mas não o único nem o principal componente da formação médica. Os novos cenários de práticas, contemplando ambientes comunitários e os serviços da rede de saúde, o enfoque da integralidade e do conceito ampliado de saúde como eixos do desenvolvimento curricular são igualmente importantes e estratégicos, como apareceu em vários depoimentos de gestores, de professores e de estudantes dos cursos das instituições analisadas em Londrina e em Curitiba.

De qualquer forma, há indícios de que as alterações nas correlações de forças internas na academia, propiciadas pela adoção das metodologias ativas, constituem um importante ingrediente para estimular mudanças que atinjam um plano mais estrutural e ideológico.

5.3 O diálogo possível entre as tendências no ensino da Saúde Coletiva

Em relação aos três eixos de abordagem do estudo, verificaram-se significativas diferenças entre as instituições analisadas, tanto em relação aos dados secundários dos documentos coletados, quanto em relação às diferentes visões dos agentes entrevistados na UEL, na UFPR e na UnicenP.

No primeiro eixo que aborda a CONFIGURAÇÃO da Saúde Coletiva traduzida nos objetivos, ênfases e estratégias predominantes, as diferenças puderam ser apresentadas através da especificidade curricular de cada instituição e das várias interpretações e reflexões dos gestores, professores e estudantes da UEL, da UFPR e da UnicenP.

No segundo eixo que trata da Saúde Coletiva no CONTEXTO de cada um dos três cursos analisados, por meio da sua inserção no projeto pedagógico e da aderência às diretrizes curriculares nacionais, encontrou-se diferenças diretamente relacionadas a existência ou ausência de mecanismos de apoio e acompanhamento aos docentes envolvidos com o desenvolvimento dos projetos pedagógicos dos cursos de medicina da UEL, da UFPR e da UnicenP.

No terceiro eixo de análise a partir do currículo relatado pelos entrevistados sobre as PARCERIAS externas da Saúde Coletiva da UEL, da UFPR e da UnicenP com os Serviços de Saúde organizados em Londrina e em Curitiba, identificou-se diferenças apenas nas formas de articulação, mas a direção e a intencionalidade nas três instituições são convergentes em relação ao SUS e a valorização de uma maior aproximação com os sistemas de saúde em cada cidade.

A análise comparativa entre as três instituições evidencia que o currículo planejado da UEL, da UFPR e da UNICENP é diferente do executado. No entanto, esse descompasso não vai no mesmo sentido nas três universidades.

Na UEL, tal descompasso é menor, em função do esforço de implementação de reformulação do seu Projeto Político-Pedagógico, implantado a partir do ano letivo de 2005, expresso na Resolução CEPE Nº 22/2005, que traduziu uma real intencionalidade de aproximação às Diretrizes Curriculares Nacionais da Graduação em Medicina. As bases estruturais da mudança já vinham sendo desenvolvidas desde o ano de 1998, com a implantação da reforma curricular decorrente das análises e discussões ocorridas pelo Colegiado do Curso.

Nessa instituição, o descompasso teve uma dimensão positiva, uma vez que a implantação do currículo integrado serviu de inspiração e muito contribuiu para a redação final do documento oficial das referidas Diretrizes Nacionais.

Na UNICENP, o descompasso entre o currículo planejado e o efetivamente executado é intermediário e reflete de certa forma a distância entre intenção e gesto, uma vez que, como se trata de um curso novo, em fase de implantação e que formou a sua primeira turma em 2008, procurou de forma intencional adequar-se ao preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, como uma forma legítima de tentativa de reconhecimento legal do curso pelo MEC.

Na UFPR, o descompasso entre o currículo planejado e o efetivamente executado é maior e tem uma dimensão de ajuste, uma vez que o currículo vigente que tem maior aproximação com as propostas das Diretrizes Curriculares Nacional está sendo progressivamente revisto através do processo de **“ajustamento curricular”**. Este processo em curso tem sido mediado por uma leitura que reforça o caráter disciplinar e fragmentado da organização do currículo, descaracterizando de alguma forma a proposta original preconizada pelo documento de orientação nacional de formação de médicos no Brasil.

6) Conclusões:

Ao término desse trabalho, a evidência de que a Saúde Coletiva não se constitui como um eixo vertebrador da graduação médica traz como contraponto a constatação da sua relevância para a formação desse profissional.

Ai reside uma peculiaridade epistemológica do campo de saber da Saúde Coletiva e que lhe confere um grau de riqueza intelectual no sentido da universalidade do conhecimento, na melhor tradição iluminista (Elias, 2003), dando a ela condições de fortalecer a construção da articulação da Saúde Coletiva com os saberes da profissão médica.

A complexidade da formação em medicina, que é constituída por muitos campos de abordagem, além de requerer conteúdos essenciais que proporcionem a integralidade das ações do cuidar em medicina, com um alto grau de excelência técnica, requer também a relevância social das Escolas Médicas, diante da realidade sanitária da população brasileira e dos enormes desafios da saúde no Brasil⁵⁴.

Por isso, os debates sobre a graduação médica merecem ser retomados em duas perspectivas: o ideal pedagógico e a realidade política.

A perspectiva do ideal pedagógico funda-se na compreensão responsável do que deveria ser a formação médica. Saber que se prepara o estudante para um entendimento amplo do que seja o processo saúde-doença, mas também para ter uma atuação técnica e especializada nos serviços de saúde com práticas de trabalho e de atenção à saúde individual e coletiva realista e integrada.

A perspectiva da realidade política diz respeito às razões subjacentes que vem sustentando as propostas de criação de cursos de graduação em Saúde Coletiva em diferentes cidades do Brasil, o que resulta em um enfraquecimento da prática multiprofissional e da integralidade da atenção à saúde na formação médica.

Com base nestes referenciais político-pedagógicos, é possível situar algumas implicações emergentes no âmbito deste trabalho:

1º A inviabilidade de um formato curricular único projetado como fórmula estável e inflexível a partir das diretrizes curriculares nacionais estabelecidas pelo MEC, mesmo sendo estas cada vez mais apoiadas pelo Ministério da Saúde.

2º A necessidade de se pensar a formação médica a partir dos diferentes contextos socioculturais e da singularidade de diferentes instituições. Em especial, a necessidade de conciliar no processo formativo o conhecimento técnico e a aproximação com a realidade de trabalho.

3º A certeza de que a formação médica não pode ser garantida só pelo acúmulo e sobreposição de informações de diferentes áreas da medicina, mas também pelo desenvolvimento de posturas críticas, de compromisso social e de constituição de uma ampla cultura profissional na área de saúde.

4º A evidência de que programas mais arrojados não resolvem o problema da formação médica dada a complexidade dos aspectos envolvidos. Embora o ajustamento dos programas possa ser um fator positivo para a qualidade da formação médica, outros fatores interferem nesse processo, como é o caso da tradicional estruturação dos estágios do internato médico, que em geral, são apontados como a “salvação” dos cursos.

5º A evidência de que não há programas fixos e definitivos e que a qualidade deles parece depender da agilidade institucional para acompanhar o desenvolvimento das propostas curriculares, avaliar os seus resultados, diagnosticar eventuais falhas e corrigir problemas, o que, por sua vez, pressupõe uma articulação dialógica entre gestores, professores e estudantes. Em outras palavras, a saúde institucional está estreitamente vinculada à sua capacidade de renovação e ajustamento.

Assim, é pela consideração das diversidades acadêmicas, pelo comprometimento com os desafios em prol da saúde, pela construção da competência profissional que se traduza em saberes, habilidades e posturas, e pelo gerenciamento democrático das instituições e sistemas de saúde que, hoje, podemos situar o papel da Saúde Coletiva na formação médica.

Referências

1. SILVA, GR. Origens da Medicina Preventiva como disciplina do ensino médico. **Revista do Hospital das Clínicas**. 1973; 28: 91-6.
2. Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade? In: **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS/ISC; 2002; 19: 245-59.
3. Elias PEM. Graduação em saúde coletiva: notas para reflexões. **Olho Mágico**. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Londrina. Londrina: CCS/UEL/Rede UNIDA, 2003; 1(1): 28-30.
4. Teixeira CF. Graduação em saúde coletiva: pertinência, projeto pedagógico e viabilidade de implantação. **Olho Mágico**. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Londrina. Londrina: CCS/UEL/Rede UNIDA, 2003; 1(1): 31-3.
5. Macedo L. A questão da inteligência: todos podem aprender? In: Oliveira S (org). **Psicologia, educação e as temáticas da vida contemporânea**. São Paulo: Moderna, 2002; 117-34.
6. Matuí J. Construtivismo – **Teoria construtivista sócio-histórica aplicada ao ensino**. São Paulo: Moderna, 1996.
7. Freitas MTA. A perspectiva sócio-histórica: uma visão humana da construção do conhecimento. In: Freitas MTA, Jobim S, Kramer S. **Ciências Humanas e Pesquisa**. Leituras de Mikhail Bakhtin. São Paulo: Cortez. 2003; 26-38.
8. Chaves MM. Educação nas profissões de saúde: perspectivas para o século XXI. **Rev Bras Educ Med**. 1996; 20(1): 21-7.
9. Campos FE. A globalização e a educação médica: estaríamos no momento de um padrão médico global? **Boletim ABEM**. 1998; 26(2):1-2.
10. Mennin S, Gordan P, Al Shazali, Majoor G. Problem-based learning. Network position paper. Also published in **The Meducator**; 2002; 2(2): 5-13. http://www.the-networktuffh.org/publications_resources/positioncontent.asp?id=7&t=Position+Papers Acessado em 2009 (Fevereiro 10).
11. Venturelli J. **Educación médica** – nuevos enfoques, metas y métodos. 2a ed. Serie PALTEX. Salud y Sociedade 2000 N.8. OPAS/OMS. Washington; 2003.
12. Campos FE et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Rev Bras Educ Med**. Rio de Janeiro, p. 53-59, 2001; 25 (2).
13. Almeida MJ, Maranhão E. **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede Unida; 2003.
14. Gil AC. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1991.
15. Hewitt-Taylor J. Case study: an approach to qualitative enquiry. **Nursing Standard**, 2002; 16 (20): 33-37.

16. Triviños ANS. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.
17. Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). **Escolas Médicas**. URL: <http://www.abem-educmed.org.br/escolas.php> Acessado em 2008 (Dezembro 5).
18. Yin RK. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.
19. Stake R. Case study. In: Denzin NK, Lincoln YS. **Hand book of qualitative research**. Towsend Oaks: Sage, 1994; 435-55.
20. Almeida MJ, Pereira LA, Turini B, Nicoletto SCS, Campos JJB. Relatório final do Projeto de Pesquisa financiado pelo CNPq N^o 47.4029/2003-4. **Formação dos profissionais de saúde no Paraná e a implantação das diretrizes curriculares nacionais**; 2005.
21. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. **Abrangência das ações de saúde: módulo 6MOD106**. [apostila]. Londrina; 2007.
22. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. **Doenças Resultantes da Agressão ao Meio Ambiente: módulo 6MOD201**. [apostila]. Londrina; 2007.
23. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. **Práticas interdisciplinares de interação ensino, serviços e comunidade I: módulo 6PIN100** [apostila]. Londrina; 2007.
24. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. **Práticas interdisciplinares de interação ensino, serviços e comunidade II: módulo 6PIN200** [apostila]. Londrina; 2007.
25. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. **Saúde, Sociedade e Meio Ambiente: plano de ensino CÓD. MS034** [apostila]. Curitiba; 2007.
26. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. **Epidemiologia: plano de ensino CÓD. MS035**. [apostila]. Curitiba; 2007.
27. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. **Prática de Ambulatório Geral I: plano de ensino CÓD. MI003** [apostila]. Curitiba; 2007.
28. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. **Prática de Ambulatório Geral II: plano de ensino CÓD. MI005** [apostila]. Curitiba; 2007.
29. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. **Doenças Sexualmente Transmissíveis: plano de ensino CÓD. MI017**. [apostila]. Curitiba; 2007.
30. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. **Saúde e Trabalho: plano de ensino CÓD. MSdr036** [apostila]. Curitiba; 2007.
31. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. **Medicina Geral e Comunitária: plano de ensino CÓD. MI024 e MI025**. [apostila]. Curitiba; 2007.

32. Universidade Positivo. **Saúde da Família I, II, III, IV, V e VI: planos de ensino** [apostila]. Curitiba; 2008.
33. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Colegiado do Curso de Medicina. **Atos legais de consolidação do currículo integrado**. Londrina; 2006.
34. Universidade Federal do Paraná. **Resolução CEP Nº 31**– Fixa o Currículo Pleno do Curso de Medicina do Setor de Ciências da Saúde, através do Conselho de Ensino e Pesquisa, órgão normativo, consultivo e deliberativo da administração superior da UFPR. Curitiba; 1994.
35. Universidade Positivo. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina da UnicenP**. Curitiba; 2002.
36. Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.
37. Campos JJB, Elias PEM. A Saúde Coletiva no curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina: reflexões iniciais. **Rev Bras de Educ Med** (Rio de Janeiro). 2008; 32(2).
38. Almeida MJ, Lopes AG. **Manual geral do estudante**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2006.
39. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. **III Seminário Interno de Planejamento do Setor de Saúde Comunitária**. 20 anos de atividades no setor. [apostila]. Londrina; 1989.
40. Paim JS. A universidade e a reforma sanitária. In: Paim JS. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS/ISC. 2002; 9: 121-37.
41. Oliveira FO, Werba GC. Representações sociais. In: Jacques MGC, Strey MN, Bernardes MG, Guareschi PA, Carlos SA, Fonseca TMG. **Psicologia social contemporânea: livro-texto**. Parte 2. Petrópolis (RJ): Vozes. 2002; 104-17.
42. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. **Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: a participação das Universidades e dos Municípios** – Memórias. Brasília; 2007.
43. Lima NT, Santana JP. **Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz/Abrasco, 2006. 232p.
44. Almeida MJ. **A organização dos serviços de saúde a nível local registros de uma experiência em processo** [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ; 1979.
45. Serafini SZ, Lacerda, RB, Cerci MSJ, Zainko MAS, Ferreira EAM. **Avaliação do Currículo do Curso de MEDICINA** – A experiência da UFPR. [apostila]. Curitiba, 1992.
46. Marsiglia RG. **Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil**. São Paulo: Hucitec; 1995.
47. Turini B, Almeida MJ. Os professores de medicina e o ensino de graduação extra-muros. **Rev Bras Educ Med**. 2002; 26(3): 151-61.
48. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESCO. **Estação de Trabalho do Observatório de Recursos Humanos**. Universidade Estadual de

- Londrina. URL: <http://www.observatoriopr.com> Acessado em 2008 (Dezembro 7).
49. Raggio A, Romano Jr. D. Proposta de implantação de Médico Geral Comunitário em Centros de Saúde de Curitiba. **Div Saúde Deb.** Londrina; 1992; (8): 15-7.
 50. Giacomini CH. Regionalização da Saúde. **Div Saúde Deb.** Londrina; 1992; (8): 59-63.
 51. BUSS PM. A IX Conferência Nacional de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 1991; 7(3): 297-300.
 52. Pedotti MA, Moysés SJ. A história dos 20 anos de Atenção Primária à Saúde em Curitiba e outras “estórias”. **Div Saúde Deb.** Londrina; 1992; (19), 6-13.
 53. CINAEM. **Preparando a transformação da educação médica brasileira.** Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2000.
 54. Fraiz IC. Medicina. Revista Universidade Positivo Biologia & Saúde – **RUBS.** Núcleo de Ciências Biológicas e da Saúde. Curitiba. 2008 (1): 16-8.
 55. Lampert JB. **Tendências de mudança na formação médica no Brasil:** tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec; ABEM; 2002.