

MOURAD IBRAHIM BELACIANO

UMA FORMA CURRICULAR

Notas para uma Teoria de Currículo para a Educação Médica

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (BRASÍLIA-DF),

2015

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Mourad Ibrahim Belaciano

UMA FORMA CURRICULAR

Notas para uma Teoria de Currículo para a Educação Médica

Trabalho apresentado para Exame de Qualificação de Tese apresentada ao programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília para obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientador:

Prof. Dr. Francisco de Assis Neves

Co-orientador:

Prof. Dr. João José Batista de Campos

BRASÍLIA

2015

MOURAD IBRAHIM BELACIANO

UMA FORMA CURRICULAR

Notas para uma Teoria de Currículo para a Educação Médica

Trabalho apresentado para Exame de Qualificação de Tese apresentada ao programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília para obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde.

Aprovado em: 16 / 12 / 2015

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Francisco de Assis Rocha
Neves. Presidente.
UnB/ FS/ PPGCS

Prof. João José Batista de Campos
Componente da banca
UEL/ CCS

Prof. Dr. Volnei Garrafa
Componente da banca
UnB/ FS/ PPGCS

Prof. Dr. Fábio Ferreira Amorim
Componente da banca
ESCS/ DINTER UnB

Prof. Dr. Carlos Augusto de Medeiros
Componente da banca
FUNAB/ SEEDF/ GDF

Prof. Dr. Edgar Merchan Hamann
Componente da banca - Suplente
UnB/ FS/ PPGCS

O difícil a gente faz logo.

O impossível demora um pouco mais.

David ben Gurion

Uns veem coisas e perguntam: por quê?

Porém, nós sonhamos coisas que não existem e perguntamos: por que não?

Autor desconhecido

(epígrafe do primeiro PPP do curso de Medicina da ESCS/ FEPECS, 2001)

Este trabalho é dedicado a
Ibrahim Mourad Belaciano/ Avraham Mordechai ben Faride z'l
e Samiha Belaciano/ Simcha bat Roqueta z'l
por tudo,
para sempre.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente aos professores Hésio de Albuquerque Cordeiro e Ricardo Donato Rodrigues, pela vivência, desde 1969, na então FCM/Hospital Pedro Ernesto, com os monumentos à inquietação e à utopia, tanto científicos como humanísticos, que resultaram nas sementes plantadas, do qual este trabalho faz parte. Agradeço as novas sementes propiciadas pela OPS/MS no início da minha vida profissional na UFPb e na SES, por meio da condução da Integração Docente Assistencial, possibilitadas pela confiança em mim depositada por Carlyle Guerra de Macedo, César Vieira, Fransisco Eduardo Campos, Norberto de Castro Nogueira Filho e Aloisio Pereira Lima. Agradeço a José Saraiva Felipe, Eleutério Rodriguez Neto (*in memoriam*) e aos ministros Valdir Pires e Rafael de Almeida Magalhães (*in memoriam*) pelas experiências e aprendizagens obtidas na CIPLAN e no MPAS. Agradeço o acolhimento que me foi dado por Ivonete Santiago de Almeida na minha chegada à FS/UnB. Minha gratidão pelo novos paradigmas educacionais, as trocas e a convivência propiciados pela Fundação Kellogg com as equipes do programa UNI Brasília/DF, Marília/SP, Botucatu/SP, Londrina/PR e Salvador/BA, e com vários programas latino americanos e outros similares americanos. Agradeço a inestimável colaboração que me foi dada por Luis Carlos Pereira e Ingrid Ximenes Alves, e por Paulina Targino, José Garrofe Dórea, Fransisco de Assis Neves e Ralph Justiniano Ribeiro (*in memoriam*) no exercício da direção da FS/UnB, e em especial a Paulo Sérgio França pela confiança, formulação, incentivo e dedicação exercida durante os anos à direção conjunta da FS/UnB e o início da implantação do projeto ESCS de que esta tese trata.

Nessa trajetória de quase 50 anos, este trabalho não teria sido exequível sem os valores e os apoios irrestritos de meus três núcleos familiares. O primeiro, responsável pelos meus valores fundamentais, é a família Belaciano- minha avó materna Roqueta (*in memoriam*) meus pais Ibrahim e Samiha (*in memoriam*) e os irmãos Salim, Clément, Victor, Faride e Enriquetta, e também a Ricardo Xavier, a quem incorporamos como irmão. Ter nascido e crescido nessa família me delegou a solidariedade humana- a *tzedaká* judaica- e seu conjunto de valores à vida, o amor pelos livros e o trabalho, e o significado da continuidade, tão presentes nessa pesquisa. O segundo devo a Anna Rita Pessoa Pederneiras (*in memoriam*), que me

proporcionou o acesso à compreensão de *O Capital* e os filhos João Matheus, Gustavo, João Camilo e Anna Valentina, e a continuidade com Juan Lucas, Tiago, Carol, Pedro Henrique e Maria Eduarda. A eles agradeço o especial carinho e me proporcionam. O terceiro devo a Maria Beatriz Coacci Silva, Bia, com os filhos Juliano e Lígia- e agora também a neta Catarina- com cujo convívio, atenção e força cotidiana me permitiram participar da árdua tarefa do trabalho institucional e de construir a ESCS e essa tese. Familiares: peço desculpas a vocês todos por ter faltado e falhado em muitas ocasiões. Foram vocês que me garantiram as condições, materiais inclusive, durante anos, para ler, refletir, investigar, discutir, cooperar e aprender com o assombro das vivências, do conhecimento e das experiências - minha gratidão e o reconhecimento que sem vocês eu não teria chegado até aqui.

Na ESCS, quero agradecer e registrar a marcante e marcante iniciativa do Deputado Federal Jofran Frejat, titular da SES- DF, e a Paulo Kalume Reis. Por intermédio de Elson Roberto Ribeiro Faria, ao corpo docente e servidores da ESCS e da Fepecs que acreditaram e que realmente tornaram-se os agentes da transformação educacional, presto homenagens e meus agradecimentos, extensivos aos estudantes que com seus tantos questionamentos genuínos deram sentido e concretude às mudanças para um exercício profissional mais adequado à nossa realidade, abraçando e correspondendo às nossas expectativas. Agradeço aos gestores da ESCS e da Fepecs, na pessoa de Gislene Capitani, Carlos Medeiros e Soneide Nunes pela tenacidade e observações sempre oportunas. Para Ana Claudia Pinheiro e Juliana Bottechia meu muito obrigado, uma pelas inestimáveis contribuições teóricas e pelas análises que me permitiram clarear e alcançar uma lógica sobre a essência da tese, a outra pela árdua revisão final e revisão bibliográfica e da composição e melhor compreensão do texto.

A todos expresso minha enorme gratidão que de uma forma ou de outra, numa ou noutra etapa, com seus aconchegos e bom senso me ajudaram na discussão de conteúdos e soluções institucionais, a conceber, perfilar, escrever e reescrever muitas vezes esse trabalho, delineando por fim uma tese. Um intercâmbio na plenitude de ser humano, que pouco a pouco me permitiu afinar as perspectivas desta narração, a elas incorporando minhas perspectivas históricas e convicções filosóficas e humanísticas.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
MINHA TRAJETÓRIA.....	1
CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE A EDUCAÇÃO MÉDICA.....	9
CAPÍTULO I - PROBLEMATIZAÇÃO DA FORMAÇÃO MÉDICA	21
1.1 BREVE HISTÓRICO DE ANÁLISES ESTRUTURALISTAS.....	21
1.2 BREVE HISTÓRICO DOS PRINCIPAIS PROJETOS DE MUDANÇAS DE EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL E A PERSISTÊNCIA DOS DESAFIOS.....	29
CAPÍTULO 2 - CONTRIBUIÇÃO PARA AS MUDANÇAS NA FORMAÇÃO MÉDICA: O LUGAR DA ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE	55
2.1 CARACTERIZAÇÃO DA POLÍTICA INSTITUCIONAL E OS ASPECTOS ESTRATÉGICOS DO PERCURSO DE CONSTRUÇÃO DA ESCS	55
2.2 A REALIDADE CONSTRUÍDA: AS CARACTERÍSTICAS BÁSICAS, OS INSTRUMENTOS E OS DISPOSITIVOS PEDAGÓGICOS DO CURRÍCULO INTEGRADOR DO CURSO DE MEDICINA DA ESCS	70
2.2.1 A cognição: os módulos temáticos interdisciplinares e a dinâmica tutorial.....	76
2.2.2 O saber-fazer na saúde individual: habilidades e atitudes profissionais.....	78
2.2.3 O saber fazer na saúde coletiva: IESCS	80
2.2.4 Estágio curricular obrigatório: a consolidação de uma sólida formação geral da prática médica antes da especialização	82
2.3 O CURSO DE MEDICINA DA ESCS COMO CASO PARTICULAR DE EDUCAÇÃO MÉDICA: OBJETO DE ESTUDO E MÉTODO DE ANÁLISE.....	84
CAPÍTULO 3 - TEORIA CURRICULAR E RESULTADOS DE UMA NOVA PRÁTICA EDUCACIONAL.....	96
3.1 FUNDAMENTOS PARA HUMANIZAÇÃO DE UM CURRÍCULO INTEGRADOR	96
3.2 RESULTADOS PERCEBIDOS DO PROCESSO EDUCACIONAL PROMOVIDO PELA ESCS.....	111

3.3 DISCUSSÕES SOBRE O CURRÍCULO DA ESCS E A TEORIA DE CURRÍCULO	114
3.3.1 Primeira Discussão: a opção e o querer realizar uma mudança curricular tendo o ser humano e a atividade humana como elementos centrais da mudança e do próprio currículo	116
3.3.2 Segunda Discussão: o processo de construção curricular	118
3.3.3 Terceira Discussão: o desenvolvimento dos educadores.....	122
3.3.4 Quarta Discussão: disciplinas, saberes e metodologia - educar para além da disciplinaridade	125
3.3.5 Quinta Discussão: as práticas a que os estudantes são sujeitados - a realidade como foco de atuação educacional.	129
3.3.6 A Necessidade de uma Teoria de Currículo ser ampliada para abarcar um curso de medicina.....	133
CAPÍTULO 4 - AMPLIAÇÃO DO OLHAR SOBRE O CURRÍCULO INTEGRADOR	145
4.1 TEORIA DE CAMPO: O CAMPO DA MEDICINA, O CAMPO DA EDUCAÇÃO MÉDICA E A MATRIZ SÓCIO ECONÔMICA E CULTURAL DA FORMAÇÃO MÉDICA	145
4.2 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA REALIDADE	157
4.3 CULTURA, ESCOLA, CURRÍCULO E ESPECIALIDADE MÉDICA.....	169
CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO SOBRE O OLHAR AMPLIADO DO CURRÍCULO PARA A EDUCAÇÃO MÉDICA.....	177
5.1 COMENTÁRIOS SOBRE A TEORIA DE CAMPO APLICADA À ESCS.....	178
5.2 A ESCS COMO CASO DE CONSTRUÇÃO SOCIAL DA REALIDADE	183
5.3 SOBRE CULTURA, AS ESPECIALIDADES E A EDUCAÇÃO MÉDICA	195
CONCLUSÃO	201
REFERÊNCIAS	213
ANEXOS A	
Exemplo de modulo temático interdisciplinar e de dinâmica tutorial – Distúrbios Sensoriais, Motores e da Consciência.....	239

Exemplo de Programação de Habilidades e Atitudes: o saber-fazer na saúde individual.....	262
Exemplo da programação de Interação Ensino Serviço Comunidade – IESC: o saber fazer na saúde coletiva.....	325
Exemplo de programação integrada: HA/Comunicação e IESC.....	373
Exemplo de programação de Estagio Curricular Obrigatório 5ª e 6ª séries.....	399

Anexos B

Documento - Sobre os custos de um Curso de Medicina.....	460
Documento - Custos e produtividade.....	467
Documento - Resultados da Participação da ESCS no ENADE 2007, 2010 e 2013.....	471
Documento - Onde estão os egressos da ESCS?.....	476
Documento - Parceria internacional para o desenvolvimento dos docentes: o MHPE Mestrado de Educação das Profissões da Saúde.....	478

RESUMO

Com o objetivo de atender melhor as necessidades de redes de atenção e de assistência a saúde, as escolas médicas brasileiras necessitam formar médicos com um novo perfil de acordo com os princípios e as diretrizes do sistema único de saúde - SUS. Para atender essa demanda, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal criou um curso de medicina inteiramente ambientado na rede pública local. Esse curso possui um currículo baseado em metodologias ativas de ensino, integração ensino-serviços e com as comunidades assistidas. Além disso, possui uma gestão do processo de aprendizagem dirigida à humanização do perfil dos formandos e sua adequação para trabalhar em redes de atenção e responder às suas necessidades.

Os dispositivos pedagógicos deste modelo mostraram-se eficazes, pois em breve intervalo de tempo o curso situou-se na faixa máxima nas avaliações oficiais externas a que seus concluintes foram submetidos. Hoje a escola é considerada uma das melhores do país. Em função deste resultado, decidiu-se compreender melhor as razões do sucesso desse modelo de formação. A partir de teorias curriculares amplas, analisamos sua produção e os resultados alcançados, utilizando o método descritivo, crítico e reflexivo. Observamos que são explicados aspectos instrucionais da formação, porém outras características do currículo sob análise permaneciam sem explicação. Ao observar que a vivência e as relações que os estudantes estabelecem na rede de serviços influenciam sua formação, continuamos a utilizar da problematização fornecida por este currículo e passamos a considerá-lo um caso particular de formação médica. Não encontrando sustentação teórica para explicá-lo, submetemos-o a um estudo exploratório.

Para compreender o ambiente onde o currículo se situa e as tensões de força que nele e sobre ele operam, utilizamos uma teoria sociológica – de Bourdieu, com o *habitus* e o pensamento relacional que sua teoria de campo opera – a partir da qual explicamos as relações que o campo da educação médica estabelece com outros campos sociais, especialmente como o campo da medicina, e deduzimos que o currículo está inserido em uma arena onde agentes econômicos, sociais, institucionais, culturais, do mercado de trabalho e da ciência e tecnologia, entre outros, estão em disputa. Tal explicação permitiu também perceber as razões das dificuldades de se instituir as novas práticas pedagógicas, que encontram limites técnico-pedagógicos tanto dentro do campo da educação médica como em outros campos. Para compreender sua institucionalidade, ampliamos mais ainda o olhar teórico buscando numa teoria do conhecimento – a teoria da construção social da realidade – que forneceu as razões e conceitos sócio-antropológicos de como instituir as novas práticas de ensino, tais como conhecimento pré-teórico e teórico, conhecimento objetivado, tipificação de ações, padrões de conduta, formação de

novos hábitos, papéis, transmissão, tradição, sedimentação, especialização do conhecimento e seus subuniversos, lógica institucional, legitimação, integração, retificação e alienação, entre outros.

Como ambas as teorias que exploramos se referem à importância da matriz sócio-econômico-cultural, completamos o estudo abordando um tema – cultura – que, embora seja de uso recorrente em discursos e estudos sobre seus reflexos para a educação médica, o sentido genérico de seu uso não tem permitido explorar possíveis soluções culturais para a educação e a própria prática médica.

Concluimos que a produção curricular, protagonizado conjuntamente por um curso de medicina e por uma rede de serviços de saúde, tem condições de introduzir novas alterações e significados no campo da educação médica, possibilitando o surgimento de novas estruturas e modalidades educacionais com novos sentidos para a educação médica no Brasil e de um novo *habitus* no campo da educação médica. A modalidade proposta de educação médica permite avanços para embasar modelos de formação. Como as teorias que utilizamos evidenciam a necessidade de se levar em conta a complexidade de relações técnicas, culturais e sociais na formação médica, recomendamos que sejam feitos novos estudos sobre categorias e questões relevantes para atingir os objetivos que educadores, escolas médicas e as políticas públicas e governamentais buscam com as mudanças na educação médica.

Palavras-chave: Campo da educação médica; política educacional nas redes de atenção à saúde; mudanças e teorias curriculares; métodos de ensino; humanização na formação médica.

ABSTRACT

To improve the needs of attention and health care networks, Brazilian medical schools need to revitalize the medical education in order to fulfill the principles and guidelines of the Sistema Único de Saúde (SUS) health- system. To address this demand, the Federal District Health Department created a medical school entirely set in local health public system. The School of Health Sciences (ESCS) has a curriculum based on active teaching methods, total integration of education-health services with the assisted communities. Also, the learning process is directed to the humanization of the medical trainees and their suitability to work in health care networks to respond to their needs.

The pedagogical methodologies of this model proved effective, since in a short time the medical school reached the maximum classification in Brazilian Official Evaluation that all Brazilian undergraduates were submitted. Since today, the school is considered one of the best in the country we decided to understand the reasons for the success of this new medical training model. From a broad curriculum theories, we analyzed the production and the obtained results by using the descriptive, critical and reflective methodology. We could explain instructional aspects of training, but other curriculum features remained unknown. Considering that, the experience and relationships that the students establish in the health network services, influenced their formation, we continued to use the problematization methodology provided by this curriculum and considered it a particular case of medical training. Since no theoretical underpinnings to explain it, we submit it to an exploratory study.

To understand the environment in which the curriculum was organized, as well the intensity of the tension in it and on it operate, we use a sociological theory - Bourdieu, with the habitus and relational thinking that this theory is based. Using Bourdieu's theory we could explain the relationship between medical education with other social areas and, we deduced that the curriculum is inserted into an arena where economic agents, social, institutional, cultural, labor market, science, and technology are controversial. Moreover, this explanation helped to understand the reasons to

overcome the obstacles of establishing new teaching practices, which technical and pedagogical boundaries are represented by the medical education as well in other fields. To further understand its institutional framework, we expanded the theoretical gaze seeking a theory of knowledge - the theory of social construction of reality. This theory provides the reasons and socio-anthropological concepts of how to introduce the new teaching practices, such as pre-theoretical knowledge and theoretical. Also, it provides objective knowledge, stock classification, standards of conduct, forming new habits, roles, transmission, tradition, sedimentation, specialization of knowledge and its subuniverses, elementary logic, legitimacy, integration, correction, and disposal, among others.

As both theories used before relates to the importance of socio-economic and cultural matrix, we completed the study addressing the theme – culture - which, although recurrently used in speeches and studies on its consequences for medical education, the generic sense of its use does not allow to explore possible solutions to cultural education and medical practice itself.

We conclude that a new medical curriculum integrated into a network of health services can introduce innovative changes and meanings in medical education. Besides, promotes the emergence of new structures and educational methods with original meanings for medical education in Brazil. The current proposal allows advances to support medical training models. Furthermore, new studies on medical education are necessary to reach the main objectives desired by educators, medical schools and public governmental policies.

Key words: Field of medical education; educational policy in health care networks; changes and curriculum theories; teaching methods; humanization of medical training.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES - FIGURAS

Figura 1 – Três gerações de reforma	12
Figura 2 - Elementos essenciais do Currículo Integrador da ESCS como objetos de estudo	88
Figura 3 - Noções e metodologia apropriada para estudo explicativo, descritivo e analítico	91
Figura 4 - Espaços que compõem o campo da educação médica.....	94
Figura 5 - Espaços que compõem o campo médico.....	154
Figura 6 - Ampliação das bases teóricas para estudos de um currículo integrador de educação médica.....	178
Figura 7 - Percurso para ampliação teórica dos estudos sobre currículo na educação médica.....	198
Figura 8 - Ampliação dos estudos curriculares do campo da educação médica.....	207

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde
CINAEM	Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
COBEM	Congresso Brasileiro de Educação Médica
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
DF	Distrito Federal
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EM	Educação Médica
ENADE	Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
ESCS	Escola Superior de Ciências da Saúde
FS	Faculdade de Saúde
GDF	Governo do Distrito Federal
HE	Hospitais de Ensino
HU	Hospitais Universitários
IDA	Integração Docente Assistencial
IES	Instituição de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional Assistência Médica da Previdência Social
INCOEIHS	International Network of Community Oriented Education Institutions in Health Sciences
MCTI	Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MHPE	Master of Health Professional Education
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

NHS	National Health System (Sistema Nacional de Saúde Britânico)
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PBL	Problem Based Learning
PET	Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde
PPP	Projeto Político Pedagógico
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
Programa UNI	Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde
Pro-Med	Pró-med: programa nacional de reorientação da formação profissional em medicina
Pro-Saúde	Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde
RHS	Recursos Humanos de Saúde
SES-DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SES/ PB	Secretaria do Estado de Saúde da Paraíba
SGTES/MS	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UnB	Universidade de Brasília
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

INTRODUÇÃO

MINHA TRAJETÓRIA

Meu envolvimento com a educação médica remonta às fases iniciais da minha formação profissional. Como estudante de medicina (1969-1974) e como médico residente de pediatria (1975) participava das intensas discussões sobre as dificuldades de funcionamento do então Sistema Nacional de Saúde, com suas rígidas divisões entre saúde individual (então representada pela medicina previdenciária e por aquela exercida inteiramente em caráter privado) e a saúde pública (responsável pela saúde pública exercida por sanitaristas e situada fora do alcance da medicina previdenciária e do setor privado). Correlacionávamos os problemas da formação médica com o modelo predominante de prática médica em um sistema de saúde exaurido e encontrávamos ‘ecos’ no interior da ABEM sobre quais medidas adotar nas escolas médicas para ‘resolver’ essa questão.

Naqueles tempos, minhas referências eram a leitura de artigos e livros, aulas e palestras, entre outros, de Maria Cecília Ferro Donangelo, Juan Cesar Garcia, Hesio de Albuquerque Cordeiro, Carlos Gentile de Melo, Guilherme Rodrigues da Silva, Noel Nutels, Samuel Bransley Pessoa, Sergio Arouca, Cesar Vieira, Asa Cristina Laurel, Giovani Berlinguer e David Capistrano Filho. Poucos anos depois, acrescentei outros, como é o caso de Eleutério Rodrigues Neto, Nelson Rodrigues dos Santos e Jairnilson da Silva Paim. Esses são alguns dos nomes que marcaram os primórdios e o desenvolvimento dos movimentos em prol da medicina social e da reforma sanitária brasileira.

O contexto do setor saúde no Brasil dos anos 1970 evidenciava grandes transformações- assalariamento profissional, privatizações, incorporação e “boom” de novas tecnologias que restringiam o acesso médico-assistencial apenas a segmentos da população vinculados ao processo produtivo do país, excluindo, portanto, enormes

contingentes populacionais. Procurávamos compreender e avaliar os impactos dessas transformações na organização dos serviços e como os recursos humanos conviviam e se envolviam com essas questões. Durante aquele período da história do Brasil, esse foi o modelo assistencial hegemônico dominante da prática médica que, utilizando acriticamente cada vez mais tecnologias, caracteriza-se como reducionista por ter atuação exclusivamente biologicista. A importância de se conhecer a relação entre prática médica e educação médica tornava-se cada vez mais evidente, ao mesmo tempo em que compreendíamos como ambas respondiam a poderosos interesses políticos, econômicos e ideológicos, convergindo ambas para a profissão médica.

Devemos fazer referência à ABEM que, desde 1962, vinha sistematizando a discussão de temas que ainda hoje dominam a educação médica brasileira. Várias iniciativas de melhorias na formação médica foram se sucedendo em várias instituições educacionais. Tivemos o privilégio de ter participado e acompanhado algumas delas em variado grau de envolvimento.

Após uma formação médica geral, tomei os rumos das especializações, fazendo residência em pediatria no Hospital Pedro Ernesto/UERJ e cursando pós-graduação em Bioestatística, Epidemiologia e Métodos Quantitativos na Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz. Por opção, me conduzi profissionalmente para a saúde pública. Em 1977, vinculei-me como docente à Universidade Federal da Paraíba (UFPB), onde fui nomeado coordenador do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde- PPREPS, programa que representou a primeira iniciativa oficial global e por meio do qual se procurava desenvolver a integração docente assistencial-IDA nos currículos da área da saúde. Buscava-se, no caso, estabelecer parceria com a Secretaria do Estado de Saúde da Paraíba- SES-PB. Foi a partir desse programa que ficou evidente que, além de normas legais distintas que embasavam duas lógicas de trabalho – o universitário e o da prestação de serviços médico-assistenciais – existiam rígidos limites tanto nos serviços de saúde como nas Instituições de Ensino Superior (IES) que impediam um melhor desenvolvimento dos profissionais de saúde. Os limites eram, sobretudo, culturais e institucionais calcados em paradigmas de

difícil superação, tais como o caso da saúde previdenciária (individual) e a saúde pública (coletiva).

Procurando entender melhor o que se passava 'do outro lado' da visão academia, assumi o cargo de Coordenador Geral de Saúde da SES-PB, ocasião em que, a par das visões muito limitadas e limitadoras sobre os recursos humanos dos sistemas de saúde, pude perceber o quanto ainda haveria de ser feito nos serviços de saúde em termos do planejamento estratégico para a superação do predomínio absoluto do modelo hospitalar. Ficou evidente que a virtuosa proposta de IDA tinha seus limites não só dentro da universidade, mas na própria estrutura de prestação de serviço da saúde.

A partir de meados de 1985, no contexto da redemocratização do Estado brasileiro, surgiria nova possibilidade de atuação profissional no exercício profissional, passando a atuar na esfera federal como Coordenador Técnico da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), a qual envolvia os ministérios da Previdência e Assistência Social, Educação, Saúde e Trabalho. Com a grande crise que havia se instalado no sistema previdenciário do país, que atingiu também o setor saúde como um todo, tornava-se necessário atuar com maior consistência, coerência e continuidade por parte do governo federal ao conjunto de ações articuladas como resposta à crise. A partir de um amplo diagnóstico setorial, prescrevia-se como solução, entre outras, as Ações Integradas de Saúde (AIS), que exigiam articulação política e legal de todo o setor saúde público brasileiro de diferentes níveis de governo (União, Estados e Municípios). Surgia, assim, a possibilidade de se levar adiante uma ampla reestruturação do modelo assistencial hegemônico, com a perspectiva de unificação da abordagem entre a saúde individual (previdenciária) e a saúde pública, articulando, pela primeira vez na história setorial brasileira, os três níveis de governo. A entrada desses atores estaduais e municipais para compor o então Sistema Nacional de Saúde implicaria o processo político-institucional, a irreversibilidade da descentralização e, progressivamente, que a municipalização viesse fornecer uma nova base da reorganização do sistema nacional de saúde. Este trabalho na CIPLAN, somando-se à experiência na SE-Pb e aos trabalhos que desenvolvemos nos

preparativos da VIII CNS, em 1986, – na qual atuamos na equipe de relatoria – e os trabalhos durante o processo constituinte, entre 1986-1988, nos deu, na sequência, as condições de desenvolver, na UFPb, uma monografia, na área de concentração de Políticas Públicas no curso de pós graduação em Serviço Social (mestrado). Denominada ‘Saúde no Nordeste: apontamentos sobre os impasses da Política Nacional de Saúde’, sua redação versou sobre a importância da descentralização para a reestruturação do sistema de saúde brasileiro’, a pesquisa descreve as diferentes formas de se pensar a saúde, o caráter histórico e social do processo saúde-doença, a articulação entre medicina e sociedade, e o desenvolvimento conflitivo do planejamento e da intervenção estatal. Dessa forma, enquanto Coordenador Técnico da CIPLAN, ocupava privilegiada posição com participação nas grandes mudanças que se sucediam entre os anos 1985-1988, no setor saúde brasileiro: a passagem das AIS para o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), a própria realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e o trabalho adjunto à Comissão de Seguridade Social da Assembléia Nacional Constituinte. No processo político-institucional, complexo, foi aprovada a redação final dos artigos 196 a 200 da Constituição Federal referente ao setor saúde que criavam o Sistema Único de Saúde- SUS, na qual inscreveu-se um inciso no artigo 200 que assegura que cabe ao SUS o ‘ordenamento da formação de recursos humanos em saúde’. Em 1990, assistimos à regulamentação da Lei 8080 – chamada “Lei do SUS” – que contou inúmeros vetos presidenciais ao texto aprovado pelo Congresso Nacional. Em 1992-1993, assistimos à incorporação, pelo Ministério da Saúde, do Instituto Nacional Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) – órgão responsável pela medicina previdenciária – unificando todo o setor saúde e descentralizando, no mesmo processo, serviços a cargo da União para estados e municípios. Com mais uma crise financeira da Previdência Social brasileira, quando grande parte dos recursos, oriundos das contribuições previdenciárias que compunham habitualmente o orçamento do SUS, deixaram de ser transferidos para o setor da saúde, assistimos, imobilizados e atônitos, à ‘quebra’ da base financeira do novo sistema de saúde, inviabilizando como componente do recém introduzido conceito de seguridade social nas normas legais brasileiras.

As grandes dificuldades institucionais para a implantação da nova organização do sistema de saúde, exemplificadas acima, fizeram com que muitos servidores atuantes na área federal retornassem ao seu trabalho de origem: o trabalho universitário. Nesse contexto, uma visão passou a predominar no Movimento da Reforma sanitária Brasileira – MRSB, qual seja, que o perfil de formação somente mudaria após alterações profundas que haveriam de ser realizadas primeiramente na estrutura organizacional setorial e, conseqüentemente, no próprio mercado profissional. A “questão RH”, se já era considerada secundária, praticamente desaparece da agenda setorial. Retornaríamos ao trabalho típicos dos ‘projetos pilotos’ situados no interior das universidades, muito longe, portanto, dos conflitos e interesses daquele problema.

Meu exercício profissional passou a ser na Universidade de Brasília (UnB) onde, em função de um projeto elaborado em co-autoria com um colega do Departamento de Odontologia da FS/UnB, fomos contemplados, em 1992, junto com outras três instituições brasileiras, para participar do Programa UNI - Uma Nova Iniciativa, promovido por uma entidade não governamental norte-americana, a Fundação Kellogg. Esse projeto possuía um ideário cujo maior desafio era estabelecer mudanças na concepção e nas formas de desenvolver novos currículos para a formação profissional de saúde, articulando-os com a organização dos serviços de saúde e com as comunidades assistidas, promovendo ampla participação. Reconhecendo a interdependência entre eles, eram fornecidas novas perspectivas para os três componentes criarem parcerias como elemento central desse trabalho.

Após cinco anos de investimento – em conceitos novos e em lideranças de áreas educacionais estratégicas – o programa UNI conseguiu avanços substanciais no componente acadêmico em vários locais na América Latina, como foi o caso, no Brasil, das mudanças currículos em medicina e enfermagem promovidas pela UEL em Londrina/Paraná e pela FAMEMA em Marília/São Paulo. Em Brasília, seu desenvolvimento foi muito tímido, não tendo alcançado a fase de mudanças curriculares com base na integração ensino-serviços e com a comunidade.

Nossa eleição, seguida da nomeação como diretor na FS/UnB produziu uma ‘crise’ explicitada por setores hegemônicos do curso de medicina da UnB. Argumentando que lidavam com currículo adequado à sua visão da prática médica e com forte conotação em trabalho pedagógico centrado quase que exclusivamente em um Hospital Universitário (HU), esses setores permaneciam ‘entrincheirados’ nos dois polos de resistência verificáveis em qualquer mudança substancial no atual modelo de educação médica: o HU como local privilegiado de práticas e o currículo disciplinar instrucionista, de caráter exclusivamente técnico-assistencial. Assim, opunham-se à nossa orientação frente à faculdade, uma vez que identificavam nosso trabalho com as necessidades de amplas reformas curriculares, além de conhecerem nossa convicção de que os HU’s devem integrar-se funcionalmente nas respectivas redes regionais públicas de atenção à saúde.

Ao tempo em que essa resistência alcançava o nível de uma crise institucional, fomos procurados pelo gestor-dirigente da SES – DF, o qual se dizia ‘cansado’ de esperar durante vários anos que o curso de medicina da UnB viesse formar um profissional médico de acordo com as necessidades dos serviços públicos de saúde do Distrito Federal à disposição da população. Manifestou a ideia de organizar um curso de medicina com nova orientação, capaz de alcançar resultados mais significativos para a SES. Importa registrar a ousadia desse gestor: a implantação de um curso de medicina inteiramente inserido e ambientado exclusivamente em uma rede assistencial pública e executado por seus recursos humanos, muito experientes, para o exercício da docência. O convite feito era acompanhado enfaticamente da recomendação de fortalecer os vínculos entre ensino e serviços de saúde, e de utilizar nossa experiência como docente e na condução que demos ao Programa UNI para a estruturação de um curso de medicina, tendo os serviços públicos de saúde como cenários de ensino e seus profissionais participando ativamente da docência e na gestão do curso.

Como participante ativo de tensões vivenciados em inúmeros projetos de mudanças do setor saúde, tendo participado de projetos singulares referenciados pelo movimento nacional e internacional de mudanças na educação médica, e conhecedor

do tema 'formação médica', com possibilidade de diálogo em vários grupos e instituições no Brasil e no mundo, ajudamos a elaborar um novo currículo de medicina na SES-DF, que iniciou suas atividades em meados de 2001 – anterior, portanto, à publicação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN para cursos de medicina pelo CNE/MEC. As características, os resultados e os limites desse novo modelo de formação médica, singular, foram submetidos a uma análise crítica, que se encontra descrita adiante.

Devemos ainda dizer que nosso longo e profundo envolvimento com a educação de profissionais de saúde, tanto através do programa UNI Brasília, e na direção de uma unidade acadêmica de uma universidade federal – a Faculdade de Ciências da Saúde da UnB – como na implantação de um curso de medicina em bases inovadoras na ESCS, deu-nos as condições e a desenvoltura técnica e política para exercer o cargo de vice-presidente (gestão 2007-2008) e de presidente (gestão 2009-2010) da ABEM. A vivência que tivemos nesses cargos permitiram-nos conhecer, com certo grau de profundidade, os problemas e os enfrentamentos que ainda são muito atuais e comuns nas escolas médicas brasileiras. São questões relativas à busca de caminhos para as mudanças, com movimentos complexos que muitas delas fazem para operacionalizar as DCN. Isso nos forneceu uma visão ampla desse rico momento da política educacional médica do país e das tentativas de se definir um padrão de formação de acordo com as necessidades de sistemas de saúde e com a importância do estabelecimento de vínculos com um sistema local e regional de saúde para formação médica. Esses cargos permitiram também que colaborássemos nos trabalhos da ABEM – tal como na organização seu 47º e 48º congressos (Curitiba e Goiânia, respectivamente) que tiveram como tema central “O SUS como Escola” e “Uma Escola para o SUS”. O título desses dois temas centrais em congressos da ABEM não são uma mera troca de palavras. Com o tema “O SUS como Escola” procurava-se expressar que os serviços do SUS servissem amplamente como cenários de práticas para os cursos médicos que as IES promovem. Com o tema “Uma Escola para o SUS” procurava-se expressar que em cada SUS loco-regional deve haver uma escola como referência educacional, visando apoiar seu

desenvolvimento enquanto provedor de serviços, para o que também se requer ser atendido em suas necessidades educacionais. Os dois temas, complementares, expressam as políticas tanto de educação como de saúde que, ao nosso juízo, devem existir para uma formação médica contemporânea. Eles expressam uma formulação – e certamente uma vontade política – para uma maior inserção das agendas educacionais de formação médica no sistema de saúde brasileiro, servindo como um referencial ou um ‘mote’ para o trabalho desses setores no que diz respeito à formação médica.

Embora, conforme mostraremos, já se saiba muito sobre a matéria ‘formação e educação médica’, as respostas a ‘como fazer’ não estão ainda inteiramente dadas e ainda se constitui como um importante e fértil campo de pesquisa. Faltam evidências sobre acertos e limites das medidas educacionais, sendo que com este trabalho descritivo e exploratório pretendemos contribuir com um estudo de caso ‘do SUS como escola médica’ – e, certamente, não tanto ainda de uma ‘escola para o SUS – tendo a ESCS como objeto de pesquisa.

Ao longo de 12 anos – de 2000 a 2012 – dirigir a ESCS foi minha única atividade profissional. Procurávamos identificar e examinar alguns dos elementos-chave das principais propostas de mudança da educação médica, e com base em explicações baseadas na empiria, buscávamos superar as dificuldades observadas em sua operacionalização e promover as mudanças necessárias. Não tínhamos dúvida de que, devido às condições oferecidas pela SES-DF, o projeto ESCS poderia vir a apresentar avanços substanciais mais expressivos que outras iniciativas anteriores, com formulações de inúmeros autores e atores de proposições e projetos que vêm realizando sua contribuição para a formação médica avançar. A escola que ajudamos a criar vem sendo conduzida por profissionais da SES-DF, responsáveis pelo seus êxitos, mas alguns limites também se sobressaem no domínio de vários elementos-chave do campo da educação.

A ideia de casar minha história e minha experiência profissional demonstra o interesse na ampliação das interfaces possíveis entre o campo da educação médica

com outros campos. Um doutorado focado neste domínio, que seja uma contribuição para o campo temático e dirigido às políticas de educação e de saúde – e produzindo um conhecimento e novas capacidades para estabelecer nova abordagem e diálogo com atores sociais entre a academia, o sistema de saúde e outros atores políticos e sociais.

Se conseguir responder – ainda que parcialmente – às indagações acima, acredito que os resultados deste trabalho podem focalizar melhor e dar um maior suporte aos processos de mudança que muitas escolas médicas do país vêm procurando desenvolver. Espero que este trabalho possa estimular que mais estudos sobre formação médica surjam – inclusive na própria ESCS – para suprir os hiatos teóricos que ainda existem nessa área do conhecimento e na operacionalização das mudanças necessárias. Destacamos, em especial, a ampliação do olhar sobre o campo em que o currículo de formação médica se situa, em especial em questões como a intersetorialidade entre os campos da medicina, educação médica e organização de serviços de saúde, os modos de institucionalização e certos aspectos da cultura de uma sociedade que se expressam no interior da prática e da educação médica.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE A EDUCAÇÃO MÉDICA

As escolas médicas brasileiras têm sido demandadas para formar um novo profissional médico, com um novo perfil, mais compatível com as necessidades de um modelo assistencial e da atenção à saúde que o sistema de saúde brasileiro procura desenvolver de acordo com os princípios e as diretrizes de um sistema de saúde que seja universal. Tanto a vigência das DCN e do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES, do MEC, como a agenda propositiva da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação de Saúde do Ministério da Saúde – SGTES, apontando para esta direção e servindo de referência para as escolas que procuram

realizar mudanças curriculares. Esses fatos, dentre outros, tem sido responsáveis pela recente grande movimentação que se observa na educação médica brasileira nos últimos 15 anos, os quais seguem aos outros dez anos anteriores de movimentos promovidos pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação da Educação Médica – CINAEM.

É sabido, historicamente, que o Relatório Flexner (1910)¹ induziu há pouco mais de cem anos uma reforma na educação médica de acordo, à época, com as correntes científicas e culturais hegemônicas nos Estados Unidos da América, Canadá e países europeus. Além desses resultados, a avaliação das condições de funcionamento das escolas resultou na publicação de um relatório com uma concepção educacional na qual a medicina era concebida como ciência que tem na física, na química e na biologia suas ciências ‘básicas’, sendo a prática médica decorrente de sua aplicação. O relatório concebia a educação médica como aquisição desses conhecimentos, sobre os quais se devem adquirir uma capacitação baseada no método clínico. Daí a importância de se associar outro componente à prática clínica, articulando esta à pesquisa, em um movimento de integração do laboratório ao hospital, permitindo-lhe obter atividade técnica concreta tanto hospitalar como de pesquisa laboratorial. Historicamente, coube a Abraham Flexner revolucionar o ensino da medicina ao situar o hospital como cenário indispensável à formação do médico¹.

Aquela reforma só foi possível devido à integração tanto da ciência moderna daquele período com o currículo médico como também da vinculação de escolas médicas a universidades. Além das chamadas ‘áreas básicas’, principalmente a bioquímica e a biologia, com seus respectivos exercícios de pesquisas e laboratórios, ela baseou-se ainda em uma prática médica e educacional concentrada em hospitais. Grande impulso foi dado às pesquisas, com uma conseqüente multiplicação de conhecimentos, e o surgimento e fortalecimento das especialidades médicas. Este conjunto viria formar um sólido corpo de saberes e de práticas, com reconhecimento e influência mundial, resultando num extraordinário desenvolvimento tecnológico que persiste e continua a se desenvolver. Progressivamente, esse modelo tornou-se e segue hegemônico.

Porém, tanto quanto Feuerwerker (1998)², observa-se que os resultados coletivos não seguem os padrões dos resultados individuais, o que também é relatado no Lancet Commission (LC) Report por Frenk, *et al* (2010)³. Pouco divulgado é o fato de que coube ao próprio Abraham Flexner uma das primeiras reflexões críticas às consequências decorrentes de seu próprio relatório, ao dizer que “a medicina científica... é hoje tristemente deficiente em suas bases filosóficas e culturais”¹. Essa expressão reflete a constatação de que o profissional formado pelo modelo por ele sugerido não era capaz de atender às demandas extremamente complexas da sociedade fora do alcance exclusivamente biomédico, como geralmente ainda não é até hoje. No Brasil, se em meados do século já era perceptível a ‘americanização’ da saúde pública como reconhece Cruz (2004)⁴, passa a sê-lo também na educação médica. Ainda na década de 1950, muito embora, anteriormente, ainda na década de 1940, havia começado a sofrer um forte questionamento não só nos EUA como em outros países, inclusive na América Latina, fazia-se sentir sua forte influência em vários países, com a promoção de mudanças curriculares visando à maior integração com as ciências básicas. Cruz recorre a Lima (1983) que expõe a experiência de vários “movimentos que procuram a reformulação da prática médica e da educação médica”. (Lima, 1983 *apud* Cruz, 2004, p. 42).

Provocado pelo exagero tecnicista e contra a ‘desumanização’, já na década seguinte crescia nas universidades americanas um movimento reativo. Mudanças entravam, definitivamente, na agenda da educação médica mundial – e no Brasil também, conforme veremos. Mas essa agenda trazia também as dificuldades das mudanças – melhor dizendo, de resistências – presentes até hoje, designada por Bloom (1988)⁵ de “história de reforma sem mudanças”. Essa designação de Bloom é por nós entendida como decorrente do fato de que as reformas curriculares realizadas não terem sido capazes de alcançar seu objetivo final: melhorias das práticas profissionais hegemônicas exercidas nos serviços de saúde à disposição da população.

Durante os trabalhos da Comissão Nacional de Avaliação das Escolas Médicas – CINAEM (2000)⁶, Fachini apresentou um quadro que mostra a evolução da prática médica e sua correlação com a educação médica em diferentes períodos históricos.

Ao alcançar a época atual, esse autor destaca, como componentes estruturantes da medicina, os recursos disponíveis, a reforma do Estado e as demandas sociais, a prática profissional e as tecnologias, e a reforma do setor saúde, e como componentes da educação médica, a pedagogia e a estrutura curricular, a integração ensino-serviços e a intersectorialidade. Essas e outras respostas continuam sendo buscadas, demandando condições político-institucionais de se praticar essas abordagens na formação profissional da área da saúde.

A Figura número 1 que apresentamos é do LC³ e nela apresentamos as características marcantes do desenvolvimento de mudanças e da educação médica, ocorridas ao longo do século XX desde o Relatório Flexner¹ até os dias de hoje. Percebe-se que houve mudanças substanciais, configurando-se três diferentes sistemas educacionais e de ensino médico que se sucederam.

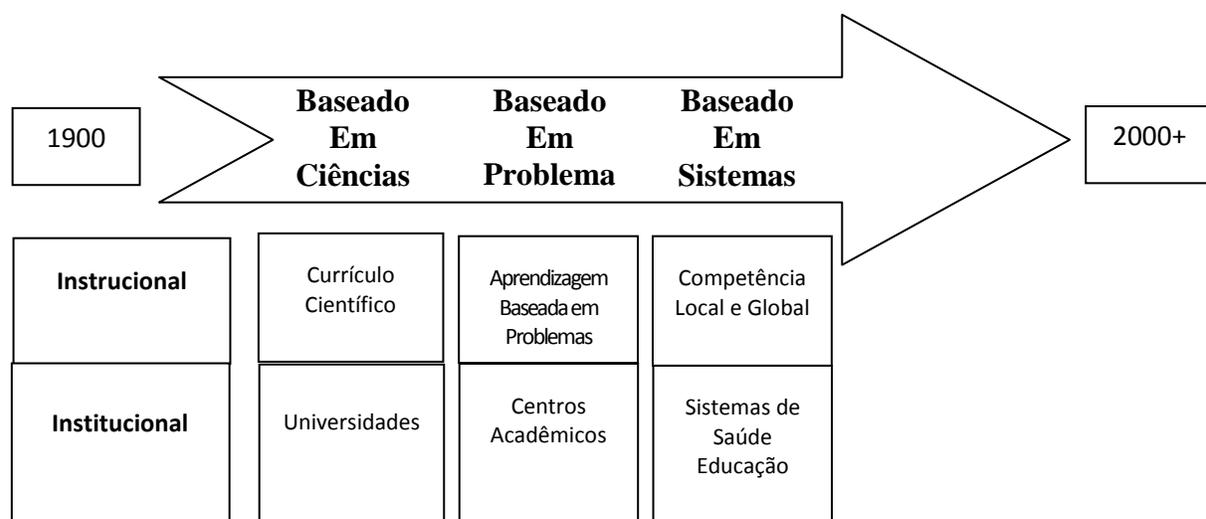


FIGURA 1 - Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp NI, Evans T, et al. *Três gerações de reforma*. [Relatório Comissão Lancet: Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in a interdependent world. Volume 376, p. 1930]. The Lancet; 2010.

Sua classificação marca diferenças conforme o predomínio da categoria instrução e da categoria desenho institucional do exercício da educação médica. Segundo os autores desse relatório, diferentes sistemas e períodos que eles classificaram como “as três gerações de mudanças”.

Os mesmos autores julgam ser desejável se alcançar um modelo de formação médica orientado, pedagogicamente, para aquisição de competências locais e globais, baseado institucionalmente em sistemas de saúde-educação, como que desejando que ocorra uma evolução nestes rumos para o século XXI.

Mais adiante, neste trabalho, discutiremos sobre o caráter e as possibilidades dessas mudanças. Por ora, reafirmamos que a viabilidade de qualquer mudança que se pretenda fazer tem de ser construída técnica, social e politicamente.

Queremos mencionar uma importante reforma na educação médica observada nesse período que não seguiu a orientação flexneriana¹. O modelo de formação médica adotado no Reino Unido seguiria outra orientação, levando as escolas médicas britânicas a um modelo que tem nas necessidades do sistema de saúde sua grande referência. O Relatório Dawson (SHA, 1920)⁷, estudo realizado na década de 20 na Inglaterra, que se tornou um marco na história da organização dos sistemas de saúde, concebeu a ideia de regionalização dos serviços de saúde a partir da implantação de ‘centros de saúde primários’ vinculados a distritos ou regiões político-administrativas, que deveriam ser instituições de prestação de serviços de saúde preparadas para prover atividades de medicina curativa e preventiva através de profissionais médicos generalistas. Segundo Testa⁸ com a reforma do sistema de saúde inglês feita imediatamente no pós-guerra, baseada no relatório Dawson, passou-se a coordenar ações em vários níveis do sistema – e deste com o educacional, o qual passou também a ser uma das bases do sistema nacional de saúde britânico – NHS, criado em 1948. Conforme Oliveira (2005)⁹ esse sistema orientou a reorganização de sistemas de saúde em vários países. Médicos generalistas foram organizados em uma rede de médicos de família, que passou a funcionar como uma ‘guardiã’ da entrada em outros níveis de atenção do sistema. A tradição generalista desses profissionais médicos encontrou no NHS inglês uma oportunidade de trabalho e reconhecimento profissional. Com a orientação da construção do NHS e o compromisso político deste com a saúde da população,

criaram-se as condições de se definir também as necessidades profissionais, tanto de generalistas como de especialistas no âmbito do sistema.

Nesta racionalidade e neste contexto histórico, como se vê, não havia espaço institucional para uma educação médica ‘flexneriana’¹. Houve, no caso, uma força política muito grande, representada pelo sistema de saúde em construção, porém oriunda de fora das universidades, para se opor àquela que permite o desenvolvimento ‘*per se*’ e a sustentação, inclusive financeira, das especialidades médicas.

Em 1962, foi fundada a Associação Brasileira de Escolas Médicas – ABEM, agregando as escolas médicas interessadas em participar de sua agenda de trabalho. Somente mais tarde a ABEM deixou de ser uma associação composta institucionalmente por representantes das escolas e passou a incorporar atores individuais como associados, com forte predomínio de professores e, mais recentemente, também de estudantes. Com a mudança de denominação para Associação Brasileira de Educação Médica, porém conservando a sigla ABEM, mantém as escolas como associadas institucionais ao lado de outros associados individuais.

Sob influência internacional de proposições de mudanças da formação de médicos, algumas escolas brasileiras promoveram, em meados da década de 1960 e início dos anos 1970, mudanças curriculares de destaque, com novos currículos inovadores seguindo a mesma tendência de outros situados em vários países. Foi o caso da Universidade de São Paulo (USP), da Universidade de Brasília (UnB) e da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Embora, à época, tenham logrado avanços pedagógicos e estruturais substanciais, em seu desenvolvimento registraram-se resistências a mudanças. Em poucos anos, por razões que não discutiremos aqui, cederam espaços institucionais e sofreram substanciais retrocessos. Não conseguiram sustentar grande parte das inovações, com retorno ao predomínio do ensino tradicional.

No prefácio do livro de Arouca (2003)¹⁰, há o pronunciamento do professor titular Guilherme Rodrigues da Silva (USP), sobre a retrospectiva da educação médica no Brasil e analisar porque malograram todos os esforços de mudança, concluiu que é porque a escola médica produziu sim, nos últimos anos, um perfil de profissional em boa medida adequado à organização atual dos serviços de saúde. Outros autores apontam para a fragilidade da tese que sustenta haver uma inadequação do processo educacional médico como base para o reajuste que se observava em relação ao que dele espera a sociedade. O que se expressava nesse debate era que a formação era dirigida de forma tão marcante pela lógica de organização dos serviços de saúde através do mercado profissional que somente a criação de um novo mercado de trabalho, na exigência de outro perfil profissional, diferente do que vinha sendo captado pelo mercado médico, o que poderia fazer as mudanças ocorrerem. Quanto a esse aspecto, observa-se que o surgimento de um novo mercado, materializado pela proposta do SUS, que propõe uma integração entre prevenção e cura, embora tenha criado novos postos de trabalho para médicos numa perspectiva de medicina geral, não vem se confirmando como elemento potente para promover adequadamente as mudanças curriculares. Almeida (1999)¹¹, ao discutir essa temática, propõe que embora exista uma correlação entre o modelo educacional médico com o sistema de saúde devido ao mercado de trabalho, essa relação não é automática, havendo um certo espaço que é próprio da escola médica, no qual é possível promover certo tipo e grau de mudança curricular. Por ora, cabe registrar que com os argumentos acima descritos, em outro âmbito, levou-se ao progressivo esvaziamento, no Brasil, da agenda de reforma curricular. Segundo Cruz, o fim da década de 80 evidenciou esse esgotamento e o desinteresse pelo tema, como por exemplo, quando se verificou no congresso anual organizado pela ABEM em 1989 a presença de “não mais de meia centena de participantes”⁴ (p. 44). Porém, veremos mais adiante o relevante papel que esta entidade teve ao propor a criação da CINAEM⁶ e nas discussões e implementação das DCN.

O cenário brasileiro mais recente da formação de médicos vem sendo marcado por uma expansão do número de vagas e de escolas. Ocorrendo em “ondas”, essa

expansão, iniciada nos anos 1970, intensificada nos anos 1990 e 2000 e com nova onda entre 2012 e 2015, situa o Brasil como sendo o 2º país com maior número de estabelecimentos de ensino médico do mundo (BR, 2013)¹². Fato marcante é a edição, pelo CFE/MEC em 2001, das DCN, reformuladas e reeditadas em 2014, que vem sendo referência, inclusive legal, para o sistema de avaliação ENADE/MEC. Elas definem as orientações de atuação educacional e o direcionamento das escolas médicas, servindo de agenda para as mudanças. Tanto seus aspectos pedagógicos como os avaliativos buscam um novo perfil de egressos com as competências médicas julgadas pertinentes e necessárias para o exercício profissional.

Esses fatos, muito marcantes na educação médica brasileira, não são aleatórios. Com o significado de um novo ordenamento jurídico-institucional próprio da educação em saúde, eles vêm opondo atores não só nos setores educacional e na saúde, mas também dentro de cada setor. Nesse movimento por “novas formas de escolas para respostas ao setor saúde”, observa-se que as relações de poder vêm produzindo tensões, e até mesmo, por vezes, rupturas da ordem e de relações institucionais. Essas tensões continuam e não estão resolvidas até hoje. Elas vêm acompanhadas por um forte viés político, amplo, tal como o que se estabelece frente a reformas estruturais do setor saúde, inclusive frente ao mercado setorial das profissões da saúde. Esse quadro vem trazendo e mantendo muita dificuldade no cumprimento da missão dos gestores de sistemas de saúde, tanto públicos e privados, muito embora continuem a não se fazer presentes em medida adequada como atores na formação médica, e assim, a nosso ver, praticam um flagrante descaso. Portanto, longe dessas tensões se fazerem presentes apenas no interior do sistema educacional brasileiro – nas práticas das IES e do MEC no desempenho de suas normas legais – elas têm alcançado outros atores que lidam com muitas dificuldades face às características do perfil atual de formação dos médicos e de seu desempenho profissional geral. O quadro se agrava mais ainda devido ao fato desses profissionais se dirigirem geralmente para um mercado profissional que não sofre regulação sistêmica. Como se vê, a educação médica situa-se em vasto terreno de conflito e de luta.

É comum se dizer que diferentes formas de educação médica refletem distintos interesses. Esse quadro, complexo, representa ameaça ao desempenho institucional e à missão dos setores educação, saúde e emprego – trabalho. São manifestações de poder, funcionando como arenas de tensões, onde diferentes sujeitos sociais, com ou sem regras, competem procurando fazer prevalecer suas próprias perspectivas e interesses. Enquanto persistirem as necessidades de mudanças, haverá tensões, sendo necessário se levar em conta como as forças políticas influenciam tanto a política setorial como o que ocorre no interior da escola médica. Essas tensões, que são próprias do regime democrático que caracteriza as sociedades modernas, podem também representar oportunidades de avanços para um novo exercício na formação profissional para que o país venha alcançar um novo patamar no setor saúde, razão pela qual essas tensões merecem mais estudos e atenção.

Promover investimentos e realizar esforços por mudanças na educação médica exige que se conheçam as distintas concepções e compromissos, a compreensão de sua lógica e a avaliação de seus processos e resultados. Atuar aleatoriamente e sem direcionalidade resulta em dificuldades adicionais às tentativas de reformas que os sistemas de saúde necessitam realizar para cumprir adequadamente sua missão, o que, por sua vez, continua a onerá-los cada vez mais. O fato de a formação ocorrer sem um vínculo orgânico a uma rede assistencial limita a atuação que se deseja do profissional nos serviços de saúde onde atuam. Esta questão é minimizada no caso da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), cujo curso de medicina, operando uma nova concepção curricular, que já nasceu na '3ª geração' de reformas da educação médica. Mesmo com as evidências trazidas pelos resultados do Exame Nacional de Avaliação de Desempenho- ENADE de que a ESCS estava bem situada no cômputo geral das escolas médicas brasileiras, dúvidas sempre surgiam, que podem ser resumidas nas seguintes perguntas: estruturada por encomenda da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), com o objetivo de formar um médico para atender melhor em uma rede pública de serviços de saúde, em que medida a ESCS consegue responder às políticas públicas e ao Sistema Único de Saúde- SUS? Por que e como foi possível que uma escola sem disciplinas e sem

tradição acadêmica havia alcançado o mesmo resultado – conceito máximo cinco (5) no ENADE? Se nem todas as ‘escolas PBL’ (da sigla inglesa para *Problem Based Learning*) alcançavam esse conceito máximo. O que explica esse resultado? Se não é a Aprendizagem Baseada em Problemas – ABP (tradução da sigla PBL), o que então caracteriza a ESCS? Outras questões se seguiam, como é o caso, mesmo o curso estando situado no interior de uma SES e no contexto do SUS, ter-se deparado com o imperativo da hegemonia do modelo biomédico, o que nos traz a convicção da necessidade de se estudar o alcance de mudanças por ele pretendidas no desempenho de um projeto educacional.

Nesse sentido, a educação médica promovida pela ESCS poderia prestar-se também para entender melhor as mesmas inquietações presentes e comuns na formação médica, o que nos permitiria contribuir também para o processo de mudanças que ocorre na educação médica brasileira. Por ocasião em que dirigimos a ESCS, continuamos a assistir ao crescimento acentuado do aparelho formador médico e a constatação de que os vínculos mais efetivos entre educação e o sistema de saúde ainda estão para acontecer. Além disso, embora se recomende que se deve contemplar como imprescindíveis as duas vertentes básicas da educação médica – a vertente educação e a vertente saúde – é fato que as DCN continuam muito pouco exploradas operacionalmente como componentes fundamentais conjuntas entre a política educacional com a política de saúde.

Nosso objetivo é analisar seus pormenores e os resultados alcançados pela ESCS frente aos problemas que a educação médica brasileira apresenta, cotejando-os com uma teoria educacional que abarque suas características e significados. Pesquisamos em fontes secundárias, documentos oficiais da ESCS, teses, livros e artigos que já sistematizaram a produção desse tema. Analisamos o desenvolvimento desta escola de medicina, que surgiu no limiar do século XXI e foi criada para atender à política de saúde e o SUS, que procurou fomentar um currículo para superar os desafios atuais da formação médica. Dado o seu ineditismo e por suas características muito específicas, o interesse nesse trabalho é precisamente averiguar, enquanto nova abordagem de uma formação profissional proposta no âmbito de uma rede de

serviços, o que a ESCS conseguiu produzir como um corpo de conhecimento e de práticas educacionais sobre educação médica. Problematizamos arguindo se ela conseguiu ser diferente, ou se de fato ela alcançou constituir 'o SUS como escola' ou, ainda, se a formação por ela oferecida é, de fato, diferenciada, ou se tal qual as demais escolas acabou tendo sua orientação dirigida para o mercado profissional. Essas reflexões conduzem à formulação da questão central que orienta o estudo: o fato de ser a ESCS uma escola da Secretaria de Saúde, na direção da articulação ensino-trabalho conforme preconizam as diretrizes curriculares nacionais e o citado relatório da LC³, contribui de forma potente para as transformações das práticas de formação de médicos ?

Pretendemos cotejar o desenvolvimento do curso de medicina e os resultados alcançados pela ESCS face à gestão da política de saúde e, conseqüentemente, em especial aos serviços de saúde. Abordaremos também o importante papel exercido pelos gestores do sistema de saúde do DF frente ao compromisso com a formação médica conforme definido no Projeto Político Pedagógico (PPP) da escola. A justificativa da centralidade desta questão é que, no modelo da ESCS, a sustentabilidade institucional das mudanças promovidas vinculam-se aos efeitos do desempenho dos profissionais formados sobre a qualidade dos serviços de saúde.

Para procurar responder a essas indagações, tomando o caso da ESCS analisado em seu contexto e complexidade, buscamos, no marco referencial que sustenta seu PPP, as ferramentas para analisar o desenvolvimento deste modelo de curso de graduação de medicina. Vislumbramos compreender melhor o alcance dos conceitos e instrumentos pedagógicos utilizados. A análise dos limites e das potencialidades frente à tentativa de se romper o paradigma hegemônico em vigor na formação médica podem propiciar estratégias de intervenção que tenham utilidade para o conjunto das escolas médicas brasileiras. Para isso, tendo em vista o 'espaço social' onde ocorre o surgimento da ESCS, procuramos ter uma compreensão sociológica da questão a partir da noção de campo, de Bourdieu⁸⁰.

Como se vê, não se trata de responder a essas e a outras questões com um relatório técnico ou um exercício de avaliação. Agora, um pouco afastados dessa realidade – após termos participado como ator social, co-autor, agente e gestor do projeto ESCS, e agora não mais ocupando diretamente uma posição de ator em relação ao projeto, procuramos relatar e examinar criticamente seu desenvolvimento. Mas para isso tivemos que buscar instrumentos apropriados para analisar o processo de elaboração e operacionalização de seu currículo. Dada a importância de fazer a ESCS emergir da empiria em que se encontra, tivemos que expô-la a um referencial teórico que pudesse explicá-la. Assim, buscamos outros saberes próprios das Ciências da Educação e das Ciências Sociais, pois a Medicina, de onde historicamente emerge e estrutura-se a educação médica, no mais das vezes cuida tão somente do corpo, não lançando mão de outras dimensões da vida, enquanto que na ESCS – imaginamos – procura-se desenvolver dimensões de seu currículo que necessitam embasar-se em uma teoria curricular. Dito de outra forma, fomos buscar reflexões em cujos campos deveríamos explicar a ESCS, enquanto uma modalidade institucional, com uma identidade definida, haja vista seu ‘fazer pedagógico’ ser produto da cultura e das relações sociais em que ela se estabeleceu.

Acreditamos na possibilidade de se encontrar novas orientações para avançar no tema. O conhecimento torna a caminhada mais segura, principalmente quando se tem clareza sobre aonde se quer chegar.

CAPÍTULO I - PROBLEMATIZAÇÃO DA FORMAÇÃO MÉDICA

1.1 BREVE HISTÓRICO DE ANÁLISES ESTRUTURALISTAS

Uma formação profissional – qualquer uma – possui dimensões críticas que devem ser sempre consideradas. É sabido que as relações de ensino que se estabelecem na educação médica resultam de papéis que os indivíduos desempenham, que se expressam ao mesmo tempo como relações técnicas e como relações sociais. Para evidenciá-las, é necessária a compreensão de como emerge a ordem institucional do processo de produção de médicos.

Ao estudar a educação médica, dentre os autores que o fizeram sob o enfoque econômico, Garcia (1972)¹³ trabalhou o determinismo econômico na prática médica e sua conseqüente articulação com ensino médico, enquanto outros o fizeram indiretamente, procurando compreender o funcionamento das estruturas do poder político.

Este autor destacou que a educação médica constitui-se de dois campos inseparáveis: o processo de ensino e as relações de ensino. Para este autor, o processo de ensino é o conjunto de momentos sucessivos que envolvem atividades, meios e objetos por meio dos quais o estudante passa até tornar-se médico. Define ainda as relações resultantes do papel que os indivíduos desempenham no ensino médico, que são decorrentes das conexões ou vínculos que se estabelecem entre as pessoas participantes do processo de produção de médicos, sendo que estas relações podem ser de dois tipos: a) as que se estabelecem entre os agentes de ensino e todo o processo de ensino – configurando as relações técnicas, e b) as que se instituem entre os próprios agentes de ensino – configurando as relações sociais. Segundo ele, é esperado que mudanças no processo de ensino levem a transformações substanciais na forma de organização da educação médica.

Bloom⁵ considera que a formação médica influencia e é influenciada pelas relações sociais, e que reduzi-la aos quadrantes do conhecimento técnico específico é insuficiente para seu pleno desenvolvimento, razão pela qual julga que se deve discutir e avaliar a adequação da formação médica, e de como os profissionais irão se integrar plenamente ao sistema de saúde.

Schraiber (1989)¹⁴, em um estudo sobre relações entre educação e prática médica na ordem social capitalista, procurou mostrar como as propostas de reforma da educação médica existentes reduzem as contradições estruturais a meros desajustes de conteúdo técnico, e apontou a natureza contraditória da escola médica. Segundo essa autora, as propostas de reformas são condenadas ao insucesso, uma vez que ela considera a dinâmica da educação médica subordinada à prática médica, não havendo uma autonomia recíproca entre ambas. Mas a autora alerta que não se deve compreender esta subordinação como absoluta e mecânica.

Na discussão sobre as principais exigências dos processos educativos atuais, outros autores têm a compreensão da centralidade do trabalhador no processo de produção. Dussault (1992)¹⁵ refere que “apesar do desenvolvimento tecnológico impressionante que aconteceu nos últimos cinquenta anos, a maioria dos serviços ainda são produzidos por pessoas sim, não por máquinas” (p. 8). Na medida em que são agentes de mudanças e não autômatos ou meros recursos do processo de produção, o entendimento dos recursos humanos como estratégicos para a produção dos serviços é vital para os processos educacionais. Essas considerações sobre o trabalho – e sobre o trabalhador – são fundamentais no processo de ensino uma vez que as práticas profissionais que o estudante vivencia durante sua formação influenciam profunda e diretamente o futuro profissional, pois geralmente ele é por elas marcado em seu processo da formação e as utiliza como referência.

Por seu turno, os problemas vivenciados pelas escolas médicas são o reflexo das exigências, cada vez maiores, de um profissional médico com um novo perfil. Tais exigências, por sua vez, são oriundas principalmente pela busca por reformas que o setor saúde vem sendo obrigado a tentar promover. Seus desafios advêm de um contexto no qual amplos movimentos sociais e políticos se manifestam, tais como a orientação dos princípios de democratização, a universalização e a inclusão social, porém contidos por medidas racionalizadoras de contenção dos custos setoriais com reflexos no atendimento adequado aos usuários dos serviços. São tensões permanentes, que alcançam a escola médica.

Estamos diante de um fenômeno internacional, em cujo contexto, nos anos 1980, com o propósito de aumentar a equidade de seus benefícios, a eficiência da gestão e a efetividade de seus serviços de saúde (BID, 1995)¹⁶, os países europeus iniciaram seus próprios processos de mudança como aponta Almeida (1994)¹⁷. Esses países promoveram medidas pautadas para a manutenção da cobertura universal, o fortalecimento da atenção básica, o controle global de custos e a reforma da formação médica e de outras categorias profissionais do setor. A maioria dos processos de reforma dos sistemas de saúde desses países procura adequar a formação e a capacitação de recursos humanos em saúde e de promover medidas gerenciais para atender às novas realidades dos serviços. Salientam a exigência dessa adequação, apontando a deficiência de recursos humanos e a falta da integração estrutural como principal problema para a reforma.

A qualidade da atenção à saúde é estreitamente relacionada às principais características dos atores do processo de produção desses serviços. Na linguagem mais difundida, são os recursos humanos que compõem as equipes de trabalho. Também designada como força de trabalho desse setor da economia, por vezes é expressa, simplesmente, como uma categoria de 'administração de recursos humanos'. A crise estrutural do setor saúde, que persiste e cada vez mais ganha força, tem sua expressão mais evidente não apenas nos serviços públicos 'SUS', mas também nos serviços de saúde suplementar regulados pela Agência Nacional de Saúde (ANS). Além de atingir as instituições prestadoras de serviços de saúde, soma-se à crise de identidade dos médicos que se manifesta pela alienação, desapropriação e da coletivização resultantes do trabalho intelectual e pela deterioração do trabalho médico que atinge a própria profissão médica. Isso aumenta a dificuldade de recompor a integralidade do trabalho médico e de adaptação, e a exigência de uma nova situação, elevando mais ainda a tensão na categoria médica decorrente das novas relações que se estabelecem no setor.

O movimento por mudanças no Brasil é também contraditório, com diversos estudos mostrando as resistências e as dificuldades de mudanças do aparelho formador, em

especial nas universidades, particularmente com ênfase nas escolas médicas (Paim, 1994¹⁸; OPAS, 1996¹⁹).

Nos anos 1980 e 1990, o fio condutor da ação do Programa de Cooperação em Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS no Brasil centrou seus esforços na construção e disseminação de guias curriculares. Tinham como premissas a integração do ensino com os serviços de saúde, seja na elaboração de programas de preparação de monitores/tutores para os cursos, seja na utilização de guias curriculares na preparação desses monitores, na publicação de material didático, no apoio às equipes de condução das diferentes propostas educacionais aqui discutidas, e no apoio conceitual e operacional à implementação dos projetos em vários estados e municípios no país. Apesar disso, observamos que as referências daquele período por parte do Ministério da Saúde sobre os processos de reforma quanto à educação médica não são relevantes, e as manifestações oficiais resumem-se à constatação da inadequação dos perfis profissionais e das dificuldades de mudança no aparelho formador. Parecia não haver o reconhecimento de que a educação médica cumpre um papel fundamental na reprodução da organização dos serviços de saúde e se cristaliza na reatualização e preservação das práticas específicas, tanto nas dimensões do conhecimento quanto nas técnicas.

Se as mudanças na formação e na capacitação de recursos humanos em saúde são uma necessidade declarada por parte das autoridades condutoras das reformas, em termos das intervenções, elas não são prioritárias, conforme afirma Almeida (1999)²⁰. O papel relevante dos recursos humanos no desenvolvimento das reformas parece ser mais uma peça de oratória, pois os dois “pilares” da reforma são a organização dos serviços e o financiamento do setor (OPAS, 1996, p.14)²¹. Isto reflete uma secundarização do campo dos recursos humanos em saúde e uma disparidade quanto à importância que se confere a ele: nos momentos de diagnóstico, é visto como ‘um componente essencial, e nos momentos de intervenção, é tratado como mero reflexo da organização dos serviços. Assim, o desenvolvimento das reformas do setor saúde esteve geralmente focalizado na reorganização dos serviços e nas mudanças de forma de financiamento do setor²¹. A adequação dos recursos humanos

em saúde fica, nesse conjunto, como um problema nebuloso e contraditório. Na prática, não se destaca como prioritária.

Ainda assim, passou a haver o reconhecimento formal de que as reformas no setor saúde estão intrinsecamente ligadas à formação de recursos humanos para a saúde (1994)¹⁷ e hoje, no âmbito do SUS, esse setor é formalmente agrupado e denominado “gestão do trabalho e da educação na saúde” (Ceccim, 2008)²². Essa denominação expressa uma concepção de que a reforma da educação das profissões de saúde, e, portanto também na profissão médica, só pode ser alcançada se for simultaneamente realizada com uma reforma do setor saúde.

Há evidências de que as intervenções estatais mais consistentes são frágeis, permitindo que os médicos criem e recriem livremente as condições de autonomia de sua prática profissional. Muitos autores tratam os fenômenos próprios da presença do capital no setor saúde e descrevem a forma como as tecnologias médicos-assistenciais são utilizadas e incorporadas, exercendo forte influência nos custos e na prática profissional. Entretanto, a medicina especializada e tecnológica, da forma como vem sendo exercida, é cara, onera o Estado, os seguros e planos de saúde e as famílias. Ao mesmo tempo em que se reconhece que não ocorre uma relação direta entre o aumento dos gastos em saúde, o aumento da esperança de vida ao nascer e a diminuição da mortalidade infantil, o que fez Feuerwerker e Cecílio (2007)²³ afirmarem que não existe correlação direta entre o aumento dos gastos na medicina assistencial individual e a melhoria do padrão sanitário das populações. Existe uma abundância de prescrições do que as reformas devem alcançar o campo da formação de recursos humanos em saúde. Mas se há o reconhecimento de que a educação médica tornou-se historicamente insuficiente, muito pouca atenção é dada à operacionalização das mudanças, persistindo grandes hiatos sobre como fazê-las.

Mudanças na educação médica são não somente necessárias, como são possíveis em diferentes graus. Almeida¹⁷, entendendo por mudanças as alterações que ocorrem nos processos, nas relações e nos conteúdos da educação médica, desenvolveu importante reflexão que resultou na formulação de três planos de profundidade –

inovação, reforma e transformação – sendo cada qual composta por diferentes conjuntos de elementos ou variáveis explicativas. A profundidade indica o tipo de relações predominantes existente naquele processo específico na produção de médicos. O nível mais profundo de sua classificação dos processos de mudança – a transformação – corresponde à concepção pedagógica crítico-reflexiva e ao pensamento estratégico em saúde. Segundo esse autor, são as necessidades de saúde, identificadas pelos sujeitos sociais do espaço social, que são o ponto de partida para a busca do conhecimento e para a organização da atenção à saúde. Como consequência, há necessidade de constituição de sujeitos, da busca de práticas transformadoras e da incorporação de outros sujeitos sociais ao processo de educação e de saúde para que ocorram as mudanças nesse nível estrutural. Para que uma mudança possa ocorrer no plano mais profundo, os requisitos apresentados por esse autor implicam numa transformação que vai além da escola médica.

Se o processo de produção de médicos não é um processo isolado, visto estabelecer relações com outros processos, em especial com a prática médica, a prática médica hegemônica continua impondo suas leis de funcionamento à formação médica somente até certo ponto. Apesar de cada uma – ou cada esfera – manter sua autonomia (relativa), com frequência, a prática médica mantém um papel de dominação (ideologia, consenso, hegemonia). Observa-se cada vez mais na prática médica uma contínua fragmentação do trabalho médico, a qual está ligada à transformação do processo de produção econômica que determina a importância, o lugar e a forma de se exercer a medicina na estrutura social. Por seu lado, as instâncias relativas de ciência e tecnologia, dentre outras, se constituem em instâncias internacionalizadas. Portanto, explicar o processo saúde-doença, os sistemas de atenção e a formação de recursos humanos em saúde implica levar em consideração o funcionamento do capitalismo em escala mundial, mas sem perder de vista que a democracia, o exercício da cidadania e da política também exercem importante influência nessas relações de poder.

Apesar das DCN terem entrado em vigor em 2001, continua-se observando que, persiste um cenário de uma especialização precoce na graduação antes mesmo de uma sólida formação geral em medicina – como se isso fosse inexorável – o que demonstra uma deficiência sistêmica na formação médica. Continua-se enfrentando uma baixa capacidade para ajustar a inadequação das práticas curriculares tradicionais, que não atendem às necessidades do sistema de saúde, com fortes repercussões nos serviços de saúde, mantendo muito atual o diagnóstico das fragilidades do sistema educativo. Nesse contexto, continuam ganhando destaque questões relativas ao perfil da formação médica, de como o profissional médico vem sendo formado, e como ele vem sendo incorporado pelos serviços de saúde. Vêm surgindo novas perspectivas de análise complementares, que não vê as pessoas como meros componentes de um sistema ou um fator de produção, renovando a visão de que eles são também sujeitos do processo produtivo, recuperando assim a noção de sujeito, individual e/ou coletivo, segundo o qual “se por um lado as coisas ou as estruturas determinam a vida das pessoas, por outro são essas mesmas pessoas que constroem as coisas, as normas, os valores, as estruturas” (Campos, 1999)²⁴.

Daí a recomendação de Paim (1994)²⁵ de que há de se superar a ideia de Recursos Humanos de Saúde (RHS) como um mero insumo, tal como recurso material ou financeiro, e recuperar a dimensão do trabalho.

É a visão de que os homens se relacionam entre si e com as instituições através do trabalho, e, portanto em qualquer processo de mudança ela deve ser levada em consideração.

A maioria das escolas ainda continua tentando promover iniciativas que se situam nos marcos da Integração Docente-Assistencial, desconhecendo os limites e o esgotamento dessa estratégia educacional. Continuam exercendo o modelo de práticas ofertando aos estudantes o treinamento eminentemente hospitalar, que permanece ainda como problema central. Além disso, permanece muito pouco explorada a relação que deve ser estabelecida entre a vertente educação e vertente de serviços de saúde, cuja relação implica explorar e detalhar novos instrumentos de

gestão apropriados às responsabilidades institucionais nas diversas etapas da formação médica a fim de assegurar perfil e desempenhos mais adequados e permanece também uma visão hegemônica da educação médica em que é o mercado econômico que desempenha o papel central na formação profissional. Isso contrasta com a necessidade social da educação, pois a medicina, pelo fato de desempenhar um papel central na assistência e na atenção à saúde, acabando por não corresponder às necessidades sociais. (Pierantoni, Varella e França, 2008)²⁶.

À medida que se acrescentam novas formas, diferenciadas, à análise de produção de médicos – tais como as oriundas do mundo do trabalho, do desenvolvimento e da produção científica e tecnológica, e das políticas públicas e sócio-culturais – visualiza-se que a rede dessas relações (sociais) no campo da educação médica se torna bem mais complexa. Não é o caso de se dar à escola médica um papel de ‘poder’ que modifique a estrutura econômica, mas de entender o papel e a contribuição que a escola tem no processo de transformação desta realidade. Nesta perspectiva, ao mesmo tempo em que a educação médica é influenciada e legitimada pela prática médica, compreender que ambas são manifestações da organização social e econômica.

A OPAS/OMS (1993)²⁷ assim se manifestou na II Conferência Mundial de Educação Médica em Edimburgo:

É em função da organização e dinâmica do Estado, da economia, do desenvolvimento científico e tecnológico e das necessidades sociais, entre elas a saúde e as formas como se organiza sua atenção, é que se estrutura, se mantém ou se modifica a prática médica. Por sua vez, as mesmas condições, seja diretamente ou através da própria prática, orientam e moldam os conteúdos, as estratégias e os mecanismos do processo de formação médica. (p. 48).

Vimos, até aqui, que as conclusões a que chegam diversos autores e instituições nacionais e internacionais, que se limitam, no mais das vezes, a apontar os fatores ‘externos’ à escola médica na abordagem dessa temática, especialmente as de

natureza econômica e estrutural, resta abordar melhor outros níveis e características do processo de formação médica.

1.2 BREVE HISTÓRICO DOS PRINCIPAIS PROJETOS DE MUDANÇAS DE EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL E A PERSISTÊNCIA DOS DESAFIOS

Há décadas que a formação médica, em sua forma atual, vem sendo submetida a intervenções não aleatórias.

A educação surgiu com o homem –e para o homem– em função de sua necessidade de difundir habilidades e conhecimentos; e é fato que ocorrem situações de aprendizagem nos mais diversos lugares, promovendo sua socialização. E quando a educação necessita criar métodos, estabelecer regras, determinar formas sociais e políticas de agir – e assim desenvolver uma ação educativa intencional – então se estabelece a educação formal e um fazer pedagógico como prática institucionalizada.

A prática educativa, assim como qualquer prática profissional, traz em si uma dimensão histórica e uma dimensão política. Os esforços que vêm sendo feitos para se obter melhorias educacionais devem ser analisados no contexto das sociedades em que ocorrem, considerando as condições e as circunstâncias locais, onde os atores institucionais propiciam intervenções dirigidas de forma não aleatória. Esta constatação é geral, e vale também para escolas médicas e para projetos institucionais de mudança educacional.

No campo da educação médica, a mudança é um dos poucos consensos existentes atualmente. Distintos atores sociais atuam e expressam distintamente o que consideram suas necessidades e o exercício e contextos da prática médica: sua eficiência, resultados e custos. A compreensão da natureza dos problemas enfrentados pelas propostas de mudanças educacionais e a incorporação, em definitivo, do campo de desenvolvimento de recursos humanos em saúde ao das

reformas setoriais de saúde, pode ajudar a organizar o desenvolvimento de redes e sistemas de saúde. Esta é a razão pela qual é exigido um aprofundamento teórico e prático dos significados e das implicações de processos de mudança.

Similar a outros países, o Brasil sofreu influência decisiva do Relatório Flexner¹ após a 2ª Guerra Mundial. A educação médica consolidou sua concentração nos Hospitais Universitários (ou de ensino). Fazia-se sentir sobre as políticas setoriais brasileiras uma forte influência de uma agenda internacional, que, adaptadas por técnicos brasileiros, procuram formar um conjunto de respostas e soluções a variados problemas de formação de pessoal de saúde.

Desde 1955 as ações da OPAS buscavam referenciais regionais para orientar o campo da educação médica, tendo como foco promover inovações no ensino da medicina social e preventiva. Em 1964, os resultados de uma pesquisa financiada pela OPAS e pela Fundação Milbank tiveram seu objeto inicial adaptado para contemplar uma abordagem mais ampla, com vistas a incorporar análises sobre planos e processos de ensino médico. Nessa perspectiva, a educação médica – definida por Garcia²⁸ como ‘processo de produção de médicos’ – passou a ser o objeto central da análise. Esse objeto já era entendido como um processo intimamente relacionado à estrutura econômica predominante na sociedade, em que estabelecia relações com outros processos, em especial com a prática médica.

Na ‘Primeira Conferência sobre Planejamento de Recursos Humanos de Saúde’ organizada pela OPAS e pelo governo do Canadá, em 1973, realizando o planejamento de sistemas e serviços de saúde com o desenvolvimento de recursos humanos em saúde, que ocorreu num período em que as agendas de saúde de inúmeros governos voltavam-se para ampliação da cobertura de serviços de saúde, inclusive para áreas rurais, foi proposto, em parceria entre o governo brasileiro e a OPAS, um extenso e múltiplo leque de atividades através do PPREPS, situando suas ações no âmbito da gestão e da educação para o trabalho. Mediante consultorias, desenvolvimento de tecnologias e apoio na execução de cursos, buscava atuar com dimensões técnicas nas políticas de saúde, envolvendo atuação multi-institucional.

O contexto no Brasil em 1975 – ano de implantação do PPREPS – foi especialmente tenso e complexo. No âmbito político e econômico, presenciava-se uma crise do Estado, caracterizada pelo fim do período de expansão econômica e início do esgotamento da ditadura militar, que deu início a um movimento denominado de ‘distensão política’ pelo regime ditatorial. No setor saúde, vivia-se um crescente processo de deterioração dos serviços, que se mostravam cada vez mais ineficientes em dar respostas às necessidades básicas de grande parte da população. Esta passava por um gradativo empobrecimento, decorrente de uma enorme concentração de renda, em particular das camadas mais pobres da população. Nesse contexto, ganharam forças os questionamentos e as críticas feitas pela sociedade civil, passando o governo brasileiro a investir na ‘assistência comunitária’, tendo a extensão de cobertura como eixo condutor de suas políticas sociais.

A conjuntura sanitária assinalou o fim do milagre econômico ao indicar um estado de 'insolvência sanitária', como o aumento de gastos com as hospitalizações, ao mesmo tempo em que se reduzem os gastos em Saúde Pública (Cordeiro, p.163)²⁹.

Neste trabalho, Cordeiro (1978)²⁹ também demonstra como o orçamento do Ministério da Saúde, em relação ao orçamento global da União, diminuiu de 4,57 %, em 1961, para 0,90% em 1974, fazendo com que todos os programas dirigidos ao controle das chamadas doenças de massa sofressem descontinuidade. As estratégias dos Programas de Extensão de Cobertura caracterizavam seu objetivo de estender o acesso dos serviços de saúde à população de baixa renda, especialmente aos grupos populacionais da zona rural Teixeira (1982)³⁰ com o objetivo de implantar uma rede básica de saúde constituída de postos e centros de saúde, inicialmente nas áreas rurais do nordeste brasileiro.

Até então, os processos de capacitação de recursos humanos eram tratados pelos serviços de saúde como uma atividade marginal dos programas de saúde. Não havia a compreensão de que os problemas de recursos humanos mereciam um olhar mais global e que suas políticas deveriam estar relacionadas às políticas de saúde. Menos

que isso, não se estabeleciam políticas ou programas de ações abrangentes com vistas a superar os problemas relacionados à gestão e à capacitação da força de trabalho do setor.

A implantação e o desenvolvimento do PPREPS, expressando a necessidade de se assegurar uma intervenção importante no campo de recursos humanos em saúde, passa a pautar a questão recursos humanos em saúde, inclusive a da Educação Médica. Esse trabalho baseou-se num diagnóstico que fazia referências à ‘constatação de sérias distorções’ na disponibilidade e composição de recursos humanos para o setor e no distanciamento entre as instituições de ensino e os serviços de saúde “que vem contribuindo para existência de inadequados currículos e estruturas de ensino, o que por sua vez constitui um dos fatores de deficiente organização e funcionamento do Sistema de Serviços” (BR, 1977, p. 5)³¹.

Como as escolas de medicina encontravam-se muito afastadas da realidade social do país, foram feitos registros específicos sobre a idealização do objetivo central – a integração docente assistencial e a formação médica de nível de graduação – insistindo-se sobre a importância dessa estratégia axial para as mudanças necessárias (Pires-Alves; Paiva, 2006)³². Esperava-se que as experiências docente-assistenciais pudessem aportar mais conhecimentos e experiências para a implementação operacional dos sistemas regionais de serviços de saúde e para a formulação e operação dos mecanismos de articulação e de integração entre os sistemas de educação e de serviços. Tomando como referência as diretrizes das políticas de saúde, procurou-se introduzir mudanças qualitativas fundamentais no campo de recursos humanos. O programa definiu como objetivo a implantação de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde nas Secretarias de Saúde dos estados, as quais pretendia que viessem a funcionar articulados com as secretarias de educação, com a participação das universidades e de instituições de serviços de saúde. As inovações promovidas especificamente pela integração docente assistencial, segundo Sobral (1992)³³, não só não foram duradouras como não eram referência para as demais escolas. Não se fizeram mudanças das práticas educativas, que continuariam seguindo por longo tempo critérios de relevância

adotados pelos especialistas da Comissão de Educação Médica do Ministério da Educação (CEM/MEC, 1986)³⁴, mantendo-se ainda o falso conflito entre atenção primária, a média e a alta complexidade. As universidades continuavam sendo cada vez mais criticadas por sua inércia, pois permaneciam sob a influência determinística do mercado – perdendo as oportunidades que surgiam de promover inclusive substanciais mudanças conceituais. Com isso, mantinham a perda do sentido social e mesmo a sustentação junto à sociedade.

O PPREPS deu o início a esse processo estratégico para o setor saúde brasileiro, ainda que se tenha passado muito tempo até que os problemas e soluções por ele apontados alcançassem adequada visibilidade. Observa-se, naquele período, diversas escolas médicas – em número não desprezível – tentando estabelecer novos rumos à sua missão institucional. Porém, as escolas que promovem em seus espaços educacionais as mudanças sugeridas esbarravam em contextos e situações muito fora de sua governabilidade (modelo de atenção, carreiras, etc.), que se somam a inúmeras dificuldades internas, resultando em impactos pouco expressivos na formação do conjunto dos estudantes, alcançando pouca ou nenhuma influência nos indicadores de saúde. Na maioria das vezes, as mudanças não foram duradouras, ou apresentam pouca sustentabilidade. Frente às resistências para corrigir distorções e promover mudanças curriculares, verificava-se uma grande acomodação. Concepções, conhecimentos e práticas médicas continuam sendo repetidas acriticamente, mantendo-se as características que se pretende, quais sejam: superar na formação dos estudantes de medicina. Desconsiderando ou mesmo desconhecendo a demanda real do sistema de saúde em função das crescentes necessidades dos sistemas de saúde, mantinha-se o mesmo perfil dos profissionais, sem uma formação de quadros vocacionados.

Alterações no sistema de saúde estavam em curso em diversos países. Nos anos 1970, um grande desenvolvimento havia ocorrido com a produção de conhecimentos sobre os mecanismos de funcionamento do setor saúde e sobre as bases da organização de serviços e sistemas de saúde, permitindo que fosse ampliada a articulação dos vários setores da sociedade em torno da formulação e instituição de

políticas públicas de saúde assumidas pelo Estado. No Brasil, o processo de aprovação do Sistema Único de Saúde-SUS ocorreu em 1988 no contexto da promulgação da Constituição Federal. Com esse processo político, vêm-se sistematizando, com mais clareza e direcionalidade, novas políticas públicas, o que vem exigindo ampla reestruturação dos sistemas públicos – e em certa medida também dos serviços privados de saúde – como, por exemplo, com a implantação de redes básicas de serviços de saúde em todo país. Também vêm sendo conduzidas novas articulações das esferas federal, estadual e municipal, com amplas perspectivas de se operar as políticas públicas universais de saúde.

O estabelecimento do SUS na área de recursos humanos se defronta com dezenas de projetos, documentos e encontros que recomendavam uma miríade de estratégias para mudança da educação médica brasileira. Mesmo sob a influência teórica de eminentes reformadores como Garcia, Nunes, Andrade e outros, as expectativas por mudanças não haviam se confirmado. Uma lista impressionante de soluções para problemas do ensino médico, todas aparentemente racionais, havia sido produzida nas últimas décadas, mas as escolas de medicina continuavam presas a antigas pedagogias e ao velho modelo de currículo importado ao final dos anos 1950, sendo que somente nos anos 1990 a potencialidade dos projetos de mudanças na educação médica novamente ganha força devido às discussões propiciadas pelo SUS. Criticando a forma como a sociedade enfrenta os problemas de saúde e a posição de imobilidade a que o MRSB havia relegado o trabalho com as mudanças curriculares dos cursos de medicina, Paim¹⁸ chamou atenção de que não mais se devia negligenciar a formação de recursos humanos em saúde por parte da reforma sanitária brasileira, propondo que se atue com ações simultâneas na educação e nas políticas de saúde. Porém, mesmo observando várias experiências exitosas sendo desenvolvidas em países como “Cuba e Canadá [que] incluíram intenso processo de articulação intra e intersetorial relacionados a RH”, no dizer de Pierantoni (2008, p. 205)²⁶, mais uma vez o país assistiu à desistência de se promover políticas de mudanças.

Distinto do PPREPS – que surgiu no âmbito governamental – a CINAEM⁶ foi um movimento não estatal e interinstitucional cuja atuação, muito importante e destacada, ao longo de toda a década de 1990, criou expectativas gerais. A comissão foi criada a partir de uma iniciativa da ABEM e do CFM, com o objetivo de “criar um grupo de trabalho para avaliar o ensino médico no Brasil”.

Entre 1991 e 2001, a atuação da CINAEM⁶ produziu um novo corpo de conhecimentos sobre formação médica, que ajudou a desenvolver os movimentos de ‘reforma curricular’. Essa comissão era composta por entidades ligadas às entidades médicas – de representação sindical, reguladoras e associativas – além de entidades do ensino universitário em geral e de ensino médico em particular; assim como foi também incorporado ao processo, entidades representativas de docentes e alunos. As proposições da CINAEM⁶ não constituem um aspecto inovador em si, mas na forma adotada para realizar a avaliação da educação médica brasileira bem como na estruturação de seus objetivos, o que foi possível por possuir uma equipe técnica que durante anos teve uma atuação contínua e dedicada. O que parecia ser um consenso no início de seus trabalhos mostrou, posteriormente, que o sentido dessa mudança está em um contexto de intensa disputa, tendo como cenários de disputa distintas instâncias diferenciadas, como o espaço das associações e dos movimentos médicos, o espaço da formação, o de produção de conhecimentos médicos e o da prática médica.

Os relatórios técnicos da CINAEM (1997)³⁵ revelavam as estruturas em torno da crise do ensino médico, reafirmando, em diferentes momentos, a relação dessa crise com a crise da saúde pública no país, tal como a transformação do ensino médico e a institucionalização de políticas visando a intervenções e tendo como foco principal de intervenção as relações de poder, presentes na interação de atores nos espaços das escolas médicas. Segundo aqueles relatórios, na definição dos objetivos, estão em jogo diferentes projetos protagonizados por diversos atores nos processos políticos em torno da prática médica. A CINAEM⁶ manteve sintonia com outros estudos que evidenciavam, igualmente, os limites das estruturas e dos modelos de atuação. Tais

estudos tanto questionavam o modelo hegemônico de formação como tornavam mais clara a composição de uma política de saúde mais coerente, envolvendo organização, modelo de atenção e de gestão, de recursos humanos em saúde e de práticas médicas.

O relatório da CINAEM⁶ descrevia a falta de integração das escolas médicas com os problemas de saúde locais e o distanciamento do que é ensinado com a realidade de saúde da população. O relatório final do projeto CINAEM⁶ traz como objetivo principal ‘a avaliação dos componentes de qualidade para a transformação da realidade revelada através de diferentes metodologias e instrumentos’. Segundo essa visão, ao ministrarem-se disciplinas e se formar especialistas sem considerar o contexto, a realidade nosológica local, os determinantes das enfermidades e sem dar a devida atenção aos grandes problemas de saúde pública, essa distorção penaliza enormemente o sistema de saúde. Demonstrando grande capacidade de mobilização que tinha junto às escolas médicas – que era seu capital político – a Comissão realizou nacionalmente um exercício de autoavaliação com as exigências técnicas necessárias da CINAEM (1996)³⁶, com significativo número de escolas médicas que aderiram espontaneamente, no que pode ser considerado um pioneirismo nacional em sistema de avaliação de cursos.

Assim, foi através do diagnóstico dos principais problemas encontrados na educação médica brasileira, e de proposições concretas de sua superação, que a CINAEM³⁶ acabou deixando um grande legado, como descreve a análise feita sobre este mesmo relatório por Merhy e Acioli (2003)³⁷ ao dizer que

para que as mudanças sugeridas ocorram, há necessidade de se estruturar e desdobrar outros movimentos e de considerar que as dificuldades da medicina técnica, enquanto uma prática social que se relaciona com o meio social em que atua, o faz no limite de atuação profissional. Apresentam-se então contradições que acenam tanto para uma capacidade ampliada de resolver e enfrentar os problemas do cotidiano como fazem esta mesma capacidade parecer distante e inacessível. (2003, p.4).

Com isso, o relatório CINAEM³⁶ situa as contradições enfrentadas no ‘papel da nova escola médica’ em fornecer respostas à formação médica requerida pela sociedade no campo da necessidade de se realizar uma ‘dissecção do modelo paradigmático’

que se quer transformar; o qual tem no ideário flexneriano¹; sua força e vigor instituídos. Assim, continuam esses autores destacando a necessidade da busca de um novo paradigma, uma nova teoria de um conhecimento na e para a formação médica, portanto, de uma nova escola, coerente com esses princípios, requerendo que os 'nós críticos da transformação', tanto do campo da saúde como no campo da educação, sejam compreendidos³⁷.

Como se vê, a produção da CINAEM⁶, oriunda do processo social por ela protagonizado, é uma produção política, tendo introduzido no campo da educação médica alterações significativas de extrema relevância. Tendo-se em vista as possibilidades criadas para o desenvolvimento da escola médica a partir dessas contribuições, elas foram o seu legado, tais como "o desvelamento da estrutura de poder, o reposicionamento do atores sociais nesse campo, possibilitando o surgimento, em seu interior, de novas estruturas e de novos sentidos para a educação médica no Brasil"⁴ (p. 318).

A Comissão⁶ chegou a detalhar quatro grandes eixos da transformação da escola médica:

- um novo processo de formação, concentrado na comunidade, com enfoque nas pessoas e suas necessidades, com base em um modelo de concepção de saúde que vise à organização de sistema de saúde;
- profissionalização da docência médica, que implica que ao se reconhecer a centralidade da ação docente, considerando tanto a integração ensino-serviços para fornecer adequada preparação didático-pedagógica e educação permanente, e de como resolver a formação superespecializada do professor e o vínculo institucional adequadamente;
- uma gestão transformadora, que implica enfrentar a falta de preparo de lideranças e dirigentes;
- uma avaliação transformadora, que implica dar um novo significado para a avaliação, que ainda é meramente classificatória e seletiva.

Pode-se perceber que quando confrontadas com a literatura atual, suas proposições são ainda muito válidas. O objetivo, então, é formar médicos não só habilitados a prestar serviços com competência, mas capazes de melhorar os indicadores de qualidade, como disse Sobral (1994)³⁸ e, na saúde dos indivíduos e da população como também disse Marcondes (1997)³⁹

sobre a necessidade de direcionar o ensino médico com um currículo que contemple as necessidades básicas populacionais, é preciso (MEC, 1986) assegurar as competências para a execução das tarefas assistenciais prevalentes nas coletividades (p 7)³⁹.

Posteriormente, outros autores acrescentariam a essa formulação a necessidade de se assegurar também 'estratégias de aprendizagem apropriadas', conforme veremos.

A articulação das entidades não garantia incluir em seus trabalhos uma agenda para as políticas públicas dos setores saúde e educação. O MEC, que por intermédio de seu domínio sobre os HU já detinham a primazia das normas legais, institucionais e de exercício prático para a formação de RH para o SUS, pouco se envolvia com aspectos estratégicos importantes para a educação médica que eram decididos no período, como a tramitação da LDB, do PNE e outras iniciativas nucleares setoriais, acabando por contribuir que os trabalhos da CINAEM^{6, 35, 36} permanecessem no campo específico da avaliação das escolas médicas. O pano de fundo continuou a ser o mesmo, com os dois setores – saúde e educação – assumindo cominhos distintos nas últimas décadas no Brasil.

Mesmo restando o 'fazer', é importante reconhecer que esta Comissão construiu importante acervo sobre o ensino superior, a saúde e a educação médica brasileira. O processo avaliativo por ela desenvolvido não adquiriu a dimensão transformadora de modelos curriculares – ou seja, seu objetivo não foi alcançado. Seu colegiado, que promoveu significativa construção de um espaço de articulação civil, caracteriza seus trabalhos por disputas internas de forma crescente, motivadas por concepções diferentes e até antagônicas do que pudesse ser um projeto de mudanças da educação médica brasileira. Ela abrigou em seu interior distintas visões sobre a

formação médica e o uso dos instrumentos avaliativos. Se uns advogavam uma concepção mudancista da educação médica visando aos rumos mais adequados à demanda da saúde da população, outros – posição compartilhada pelo CFM, AMB e FENAM – entendiam essa mudança, como Amaral (2002)⁴⁰, segundo os objetivos e sob o poder da corporação médica.

Outra iniciativa importante no período foi o 'Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde'- Programa UNI. Contava com adesão institucional, da qual participaram inicialmente quatro projetos brasileiros – Marília, Londrina, Brasília e Botucatu – dentre 16 projetos selecionados pela Fundação Kellogg para a América Latina. Assentava suas bases na necessidade e na busca de novas relações que, segundo a concepção de seus formuladores, devem ser realizadas conjuntamente entre três componentes básicos: a universidade, os serviços de saúde e a comunidade. Além de cada componente dever buscar melhorar sua própria prática, específica, referentes à sua missão frente às necessidades setoriais, cada componente deveria procurar estabelecer novas relações, de parceria, com cada um dos outros dois componentes, de modo a potencializar seu trabalho específico através de influências mútuas consideradas positivas. O Programa fornecia, tematicamente, orientações estratégicas especializadas aos quatro projetos que buscavam desenvolver processos de mudanças setoriais e comunitários, tendo como foco principal do Programa as mudanças curriculares. Ao tempo em que desaconselhava atuar normativa ou prescritivamente, o Programa chamava atenção para o contexto de mobilização de atores necessários, a identificar e desenvolver sujeitos e lideranças para condução do processo, além de considerar a preocupação com a sustentabilidade institucional, entre outros.

Os dois projetos brasileiros do Programa-UNI que lograram avanços curriculares com base no ideário sugerido – Universidade Estadual de Londrina/PR e Faculdade de Medicina de Marília/SP – conseguiram estruturar o que nenhuma outra escola médica brasileira havia conseguido fazer desde as mudanças curriculares feitas no final dos anos 1960 e início dos anos 1970 pela UFMG, USP e UnB. Os dois projetos realizaram, organizada e sistematicamente, mudanças genuínas nos conteúdos

curriculares com base em problemas reais e relevantes de sua região, lançando mão da transdisciplinariedade, da integração ensino-serviços, da definição das competências básicas a serem adquiridas indistintamente por todos os estudantes, da atuação e interação da aprendizagem em cenários reais do exercício profissional e de realizar investigação aplicada. Pela primeira vez, desde meados de 1970, os gestores desses processos de mudança guiaram seus coletivos organizados a partir de sólidas e profundas reflexões educacionais, trazendo para o campo médico, abordagens para projetos pedagógicos específicos para a educação médica, baseadas em pensadores que inovaram com novas abordagens pedagógicas em vários países – Vigotski, Dewey, Piaget, Reich, Rousseau, Neil, Rogers, Paulo Freire e outros que caracterizam a Escola Nova.

Sua característica mais marcante – e como ficaram sendo muito conhecidas – foi a introdução exitosa e sistematizada da Aprendizagem Baseada em Problemas – ABP para a aprendizagem cognitiva, e outras distintas metodologias ativas, distintas e mais adequadas para o campo de práticas para o domínio das habilidades e atitudes profissionais. Devemos dar destaque para a larga utilização que fizeram do método desenvolvido por Paulo Freire para a aprendizagem em contextos junto às comunidades. Inovaram, ao incorporarem ao currículo, a interação entre ensino, serviços e comunidades. Inovaram na relação com os estudantes, procurando torná-los sujeitos de seu próprio processo de aprendizagem. Inovaram, e muito, o sistema de avaliação educacional, seja na avaliação da aprendizagem seja na avaliação de programas educacionais. A ênfase passou a ser dada para ‘reinventar’ a clínica, no modo de compartilhar problemas, na solidariedade, na construção de vínculos, na apropriação da realidade em que o paciente vive, buscando assim uma formação mais humana e ética dos futuros médicos. Procuraram, a todo custo, impedir a especialização precoce, levando todos os estudantes a ter uma sólida formação geral ao nível da graduação. Foi dos projetos UNI brasileiros, juntamente com outros da América Latina – como é o caso de Barranquilla, Colômbia – a iniciativa de incluir nos currículo um programa pedagógico da mais alta relevância – a interação Ensino-Serviços-Comunidade, outra de sua marca registrada.

As parcerias loco-regionais, estabelecidas pelos dois projetos UNI brasileiros que obtiveram êxito, permitiu-lhes promover uma gestão processual, dando-lhes força suficiente para alcançar as mudanças objetivadas, e por isso se destacaram. Isso pode ser atribuído às mudanças curriculares realizadas por essas escolas médicas, e vem sendo continuamente reconhecidas nas diversas avaliações do ENADE, nas quais se sobressaíram nacionalmente. Para evitar a estagnação e a burocratização do processo educativo, essas duas escolas abriram amplos espaços de discussão e possibilidade de reflexão crítica sistematizada. Nesse período, apoiadas por outras escolas mais experientes em mudanças curriculares de outros países, passam a apoiar outras escolas no Brasil e na América Latina que buscavam um novo paradigma educacional, filiando-se e participando ativamente de redes de escolas médicas que vinha realizando mudanças educacionais significativas tanto nacionais – caso da Rede Unida – como regionais e mundiais – caso do International Network of Community Oriented Education Institutions in Health Sciences (INCOEHS).

Outra consequência do êxito dos projetos brasileiros do Programa-UNI, no campo de novos desenhos curriculares, foi a repercussão e o desdobramento na ABEM da temática sobre as metodologias problematizadoras de ensino e a avaliação da aprendizagem. Tanto em seus congressos nacionais e encontros regionais como em suas publicações, a ABEM, a partir da entrada dessas temáticas pedagógicas em definitivo na sua agenda de trabalhos, elas acabam obtendo grande repercussão e aceitação em várias escolas brasileiras. Um exemplo importante é o instrumento de autoavaliação que passou a ser promovido com o apoio da ABEM, sendo utilizado por um número considerável de escolas médicas brasileiras. Elaborado por Lampert (2009)⁴¹, compreende quatro eixos conceituais relevantes para orientar as mudanças: as relativas a abordagens didático-pedagógicas, as práticas nos cenários de aprendizagem em interação com os serviços prestados em níveis de atenção, o papel e desempenho de cada ator envolvido e o desenvolvimento do corpo docente e técnico-administrativo. Ainda segundo essa autora, esse instrumento de autoavaliação permite definir a posição do programa curricular do curso de graduação frente às necessidades de saúde, a relação que estabelece com as necessidades

básicas e com a identificação das demandas sanitárias; e aquelas relacionadas com ações clínicas, de prevenção e recuperação. Fornece também uma síntese de saberes e da complexa interação entre as ações individuais e coletivas e, ao permitir uma percepção desses atores sociais, torna possível apreender o que está ocorrendo, de fato, no interior da escola médica, que é um passo preliminar e mesmo fundamental para poder empreender com mais segurança os caminhos que se quer trilhar e balizar suas tendências com mais segurança. Contudo, importa assinalar, mais uma vez, que esse instrumento, em seu cerne, ainda prescinde de um ator fundamental: o gestor do sistema de saúde, para que ele conheça e participe ativa e apropriadamente – de forma não exclusiva – sobre o processo de formação de recursos humanos em saúde no contexto da política de saúde sob sua responsabilidade.

Entretanto, ainda que constituindo formalmente uma comissão tripartite como um núcleo central de poder – a universidade, os serviços de saúde e a comunidade – a condução efetiva do Programa UNI era sediada na universidade, mantendo-se ingenuamente no âmbito universitário. Com isso, não conseguiam superar os limites da própria instituição. Os atores centrais da educação médica continuaram tendo suas características determinadas pela própria IES, como por exemplo, mudar as regras acadêmicas e o reconhecimento do trabalho docente na graduação. Institucionalmente, não dominavam as condições para corresponder à complexidade da amplitude do processo formativo proposto, tais como realizar práticas assistenciais em redes de atenção, estruturação de cenários adequados e vincular formalmente preceptores dos serviços ao sistema educacional. Os esforços para incorporar o estudante nos serviços de saúde de sua região continuavam a se chocar com a resistência das rígidas estruturas das escolas médicas.

Mesmo que se estabelecessem parcerias – como a do curso de medicina com os serviços de saúde na rede pública de serviços do município, que vêm tendo importante atuação externa ao ambiente do hospital universitário – os projetos não conseguiram manter o envolvimento efetivo dos detentores do poder setorial formal- os gestores do setor saúde, responsáveis em seu âmbito de atuação, pela política de

saúde. Não tinham, por exemplo, como desenvolver os instrumentos para continuar a promover mudanças que são atribuições de outro ator: o setor saúde. Assim, o professor universitário mantinha-se como o mais característico dos agentes de ensino. Da mesma forma, mantém-se o corolário universitário de que é eximido à categoria de estudantes realizar um trabalho produtivo, continuando a realizar práticas educacionais na lógica da dissociação entre estudo e trabalho produtivo, que segue sendo um dos problemas mais importantes na formação atual. Confirmaram, na prática, de que repensar a educação médica implica repensar a universidade como um todo, confirmando-se que só a superação dessas e de outras questões, juntamente com as mudanças nas relações de ensino, é que possuem o potencial de levar a profundas transformações na formação de médicos.

Ainda assim, deve-se creditar o grande mérito e o legado político do Programa UNI: a comprovação de que mudanças na escola médica são possíveis, conferindo grande credibilidade àqueles que acreditavam e promoviam mudança curricular.

Outro limite institucional revelado pelo Programa UNI é o da ação conjunta e efetiva, intersetorial, que deve haver sobre as mudanças educacionais e sua compreensão por parte dos seus gestores. Elas exigem ser estruturadas até se alcançar sistemas de regulação e de acreditação da formação médica, sob a coordenação do gestor do sistema de saúde, conforme determina – esse é o espírito – o inciso III do artigo 200 da Constituição Federal. Conforme havia sido apontado anteriormente, Ròvere⁴² verificou novamente que, se de um lado nenhuma das dez políticas mais utilizadas nas reformas setoriais em saúde diz respeito ao campo do desenvolvimento dos RHS, um dos indícios da precária visibilidade deste campo, por outro lado, o setor educacional continua desinteressado da reorganização dos serviços, da redefinição das práticas de atenção e dos processos de reforma do setor saúde. No plano das intervenções, uma importante implicação é que isso requer uma estratégia abrangente para se abrir caminhos para a produção de processos capazes de alterar as estruturas de sustentação em seus diversos níveis.

Se de um lado isso evidencia limites para as mudanças, e se as estruturas dominantes continuam muito estáveis, é porque há sujeitos sociais e atores institucionais mais fortes que as defendem e as sustentam – e discutir isso melhor é um dos objetivos dessa narrativa.

Nosso país tem tradição de formulação e execução de projetos inovadores, que evidenciam resultados de processos educativos bem sucedidos. Exemplo disso são as iniciativas da ABEM, de escolas que realizam os desdobramentos das DCN, dos projetos vinculados à iniciativa Programa-UNI, e de escolas que se envolveram com a indução propiciada pelos programas federais Pro-Med, Pro-Saúde e PET. Na trajetória do campo dos recursos humanos em saúde, os sujeitos sociais nelas envolvidas construíram relevantes espaços de intervenção. O poder, a participação, o conflito e a cooperação desenharam significativas ações em estruturas sociais. Porém, ao mesmo tempo em que sua análise revela uma rica diversidade relativa aos principais atores da formação médica, continua a existir entre eles um evidente predomínio de sujeitos do campo universitário – o que representa um grande limite. Na imensa maioria dos processos, senão em todos, chama atenção que as mudanças na educação médica brasileira falta um ator social específico, do qual elas se ressentem: o gestor dos serviços de saúde, tanto público como privado, enquanto expressão de uma política de saúde. Exemplos do pólo que falta são as secretarias municipais e estaduais de saúde, da ANS e setores da saúde suplementar, segmento não pouco expressivo por ser responsável para garantir assistência a cerca de 25% da população brasileira e com uma receita similar ao SUS público responsável pelos demais 75%. No caso da formulação de estratégias educacionais mais claras, que contêm as necessidades e as tentativas de integrar os estudantes no mundo do trabalho em saúde, a proposição de integração com os serviços de saúde e a necessidade de diversificação de cenários de práticas e de aprendizagem, requer que outros fatores – e atores – sejam considerados. É no pólo da gestão dos sistemas de saúde a que se deve ficar atento. É buscar compreender qual papel e a responsabilidade que eles devem ter no processo de formação médica, e como atuar efetivamente nos rumos reestruturantes da formação profissional.

Deste modo, a questão da educação médica 'moderna' nos hospitais remonta, no Brasil, à década de 1950, com lideranças acadêmicas que reivindicavam a construção de hospitais 'próprios' para suas escolas médicas. Porém, é da década de 1970 a primeira posição oficial contra-hegemônica, com uma nova modalidade de convênio celebrado em 1974 entre o MEC e o Ministério da Previdência e Assistência Social-MPAS – denominado Acordo ou Convênio Global – envolvendo a internação e o atendimento ambulatorial e hospitalar, que procura aproximar a educação médica do sistema de saúde. Assim, a busca por mudanças curriculares apresenta uma dificuldade especial relativa à sua relação com os hospitais. Não se pode deixar de considerar a história da disponibilização dos hospitais gerais da Previdência Social e a relação destes com as universidades, que vem desde 1974, quando Melo⁴³ desnudou e formulou sua articulação com o sistema de ensino, formulando uma resposta às crises recorrentes dos HU no âmbito das crises universitárias, tema que afeta diretamente a formação dos profissionais de saúde.

Sabe-se que parte significativa desses hospitais compõe parcela importante dos hospitais brasileiros de maior capacidade tecnológica e de pesquisa científica avançada, a qual o país não pode prescindir de sua inserção global em uma política de ciência, tecnologia e inovação na área da saúde para reverter seus investimentos em benefícios de todos os níveis de assistência-imprescindíveis em um sistema de saúde universalizado.

Com o desencadeamento de mecanismos político-institucionais e operacionais no contexto das seguidas crises de financiamento da Previdência Social, surgem primeiramente as Ações Integradas de Saúde – AIS, as quais deram origem ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS – hoje considerado o verdadeiro precursor do SUS, explicitando a tentativa de sua integração agora sob a forma de redes integradas de saúde nas regiões onde esses hospitais se situam. A dificuldade de institucionalização desse processo tem sido sua marca registrada, a exemplo do próprio dispositivo constitucional que, embora pudesse levar à inserção 'automática' ou imediata dos hospitais de ensino no SUS, isso não ocorreu, como ainda não ocorre: de um lado, assegurando a integração dos HU ao SUS, mas por

outro lado, preservando sua autonomia administrativa nos limites conferidos pelas instituições a que estão vinculadas – as universidades – acabando por reforçar, na prática, por intermédio de sua ‘autonomia assistencial’ aquilo que representa o verdadeiro bastião de resistência a alguma forma de regulação mais ampla do hospital por parte dos gestores do SUS, e, conseqüentemente, do próprio ensino médico.

Como alternativa dessa inoperância que redundasse em algum impacto significativo nos objetivos a que se destina, criou-se, em 1991, uma política específica de financiamento, denominado Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde (FIDEPS), o qual, ao aprofundar as inúmeras distorções tanto assistenciais como de seu custeio, acabou por manter seu perverso efeito sobre a formação médica.

Clamar contra a inadequação destes hospitais para o ensino de graduação de medicina ou de enfermagem – fazendo mais uma vez surgir a indagação: de que perfil médico se necessita – não é o mesmo dizer que o Brasil não precisa de hospitais especializados. Reconhece-se, sim, que ambos os tipos de profissionais – profissionais com sólida formação geral e profissionais especialistas, porém em proporções mais equilibradas – são necessários ao SUS, razão pela qual se advoga que se deve proceder, e somente neste sentido, a um deslocamento dos espaços práticos de ensino de graduação. Oliveira (2007)⁴⁴ nos leva a indagar: ‘com um cenário como esse, que resultado esperar da educação médica?’.

Embora conste e venha sendo recomendado pelas DCN direcionar os rumos dos espaços das práticas do ensino para hospitais gerais, ambulatoriais, hospitais-dia e centro de saúde, o predomínio no ensino de graduação ainda é o exercício preferencial de práticas em hospitais muito concentradores de tecnologias intensivas. E, nesse contexto, embora os HU continuem sendo levados a redefinir seu papel – ou melhor, seus papéis – ele permanece contraditório na realidade educacional, científica, tecnológica e assistencial. É o flagrante caso da inadequação do atual modelo de treinamento clínico com o que se preconiza para uma clínica ampliada –

saberes e práticas envolvendo aspectos biológicos, sociais e subjetivos. Objetivando esclarecer em que modalidade de serviços ocorre a formação do estudante de medicina, pesquisa realizada por Campos (1999)⁴⁵ mostrou que 86% das atividades práticas ocorrem em HU enquanto apenas 14% ocorrem em centros de saúde, hospital-dia ou programas de saúde pública. Em decorrência desta evidência, eles vêm sendo considerados um fator de desequilíbrio crescente entre a formação geral e a formação especializada de médicos.

Inúmeros autores têm chamado atenção pela inadequação do atual modelo de treinamento clínico. Identificam, na crise contemporânea, o fato inegável de se proceder, na clínica, como se a especialização fosse toda a medicina, e como se o atendimento especializado fosse toda a assistência – que é justamente o que os estudantes constroem em seus imaginários. Não é possível formar bons clínicos, nem ensinar saúde pública, apenas em serviços altamente especializados. O resultado, no exercício profissional, é uma crise de eficácia da clínica, à qual somam-se outras crises, como, entre outros, a dos custos crescentes e o fato de as escolas médicas não terem como meta formar médicos com alta capacidade de resolver problemas de saúde. É isso que faz com que todos os desafios da formação médica estejam ligados aos desafios da assistência.

Para Campos⁴⁵, o problema central é a responsabilidade assistencial – e a própria lógica assistencial – dos HU, com grandes efeitos sobre o imaginário e nas práticas que se conformam nos futuros médicos. Estruturados segundo a lógica de hospitais especializados voltados para problemas de saúde de maior complexidade, acabam por manter, na prática, uma variedade ampla de procedimentos, inclusive funções e atendimentos de complexidade média ou até primária. A lógica que estrutura esses serviços é a lógica das especialidades, com a fragmentação do processo de trabalho entre dezenas de especialidades que têm um mesmo desenho organizacional. Professores-especialistas procedem como se todos os alunos fossem ser futuros especialistas, impondo uma lógica por intermédio do comando acadêmico que exercem tanto na organização de estágios como do próprio currículo. Trabalhando em fases restritas do processo saúde – doença, assumem ‘casos’ de difícil diagnóstico ou

tratamento, valorizando uma clínica centrada em “procedimentos” tecnológicos, evitando cultivar clínica concentrada em trabalho-humano. Compartimentalizando-se em esferas com pequena integração entre si, ocorre um enfraquecimento das equipes, com as áreas ‘mais generalistas’ sendo deslocadas continuamente por aspectos muito específicos da clínica. É isto que complica a integração do ensino clínico, uma vez que tanto a assistência como o ensino perdem seus eixos integradores.

Para Feuerwerker e Cecílio²³, a alternativa geral que se propõe como mudança na formação de graduação das profissões da saúde é baseada no fato da integralidade do cuidado só poder ser obtida em rede, pois a “linha de cuidado” plena perpassa inúmeros serviços de saúde, cada qual operando tecnologia distinta. Reafirmando haver dois núcleos centrais na produção da mudança na formação das profissões da saúde – um núcleo relativo à saúde e outro educacional – *pari passu* à questão dos HU por um debate qualificado de construção de novas tecnologias e estratégias de gestão que reposicionem o novo lugar do hospital na formação com vistas a ampliar as possibilidades de oferta de atenção à saúde nas regiões assistenciais, e, ao mesmo tempo, os desafios de construção das mudanças curriculares.

Relatório do BID¹⁶ classifica genericamente os HU como instituições que estão crescentemente inadaptadas à realidade do próprio setor, face aos desafios impostos pelas mudanças profundas atualmente em curso no sistema de saúde da maioria dos países, propugnando pela necessidade de uma ampla reforma conceitual, suas formas de operação e estilo gerencial – tanto no ensino como na pesquisa – seus aspectos institucionais e sociais e sua plena integração com as redes assistenciais. O BID advoga, ainda, que outras instituições assistências podem cumprir atividades docentes e desenvolver redes docentes-assistenciais não-universitárias, as quais podem responder às demandas sociais por serviços, docência e tecnologia, especialmente em atividades mais ligadas aos níveis primário e secundário de atenção. Esse relatório consubstanciaria uma nova política para os hospitais e sua relação com a educação médica e educação das profissões de saúde.

Segundo Barbosa Neto (2008)⁴⁶, com a liderança da Associação Brasileira dos Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE) e com o envolvimento de vários órgãos, inclusive os quatro ministérios diretamente envolvidos – essa mobilização teve como resultado final a criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (PRHE), encampada por uma Frente Parlamentar da Saúde da Câmara dos Deputados (BR, 2004)^{47, 48}. O Conselho Diretor do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) também manifesta seu apoio a essa medida, que representa um substancial avanço na política hospitalar (CONASS, 2004)⁴⁹. É um programa consistente, abrangente e sistêmico, de maior potencial, embora lhe faltasse uma melhor definição das relações entre o gestor geral de sistema e o do hospital de ensino.

No início da década passada, uma solução parecia estar encaminhada para a crônica crise dos Hospitais de Ensino (HE). A publicação das DCN reduzia a importância do hospital como cenário de práticas, em especial os de caráter terciário – o qual passaria a ser apenas mais um cenário – uma vez que se daria ao ensino uma prioridade nos níveis secundário e primário de atenção. Apesar disso, as décadas de paradoxos que alimentam a crise dos HU continuam gerando evidências sobre seus recursos escassos e desperdícios em seu interior, entre outros. Decorridos mais de dez anos de sua implantação, o que era visto como solução apresenta, hoje, um quadro desanimador, pois nem os ministérios envolvidos o assimilaram. O Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão – MPOG pouca atenção dedicou ao acompanhamento do Programa; o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação-MCTI reduziu seu engajamento desde seu início; o MEC, em fins de 2010, cria uma nova estrutura – EBSEH – dirigida para os 'seus' hospitais nas universidades federais; e o próprio MS, de grande líder desse processo, seu sistematizador e financiador, passou a tratá-lo como mais um programa dentre seus inúmeros programas, visto como muito 'trabalhoso e dispendioso' (ABEM, 2013)⁵⁰. E, por intermédio do CONASS e CONASEMS, os gestores estaduais e municipais do SUS tiveram envolvimento variando entre indiferença e tratamento burocrático cartorial no acompanhamento do processo de 'certificação e acreditação'. Essa reestruturação

permanece em aberto, ao tempo em que se mantém o imaginário dos estudantes de medicina sobre esse nível assistencial como local ideal de formação graduada. Porém, o cenário continuaria adverso.

Ao mesmo tempo, o próprio MS dava tratamento preferencial a seis grandes hospitais 'de excelência', desnudando a fragilidade governamental e do estado brasileiro em implementar qualquer política que exige ações interministeriais e intersetoriais – como é o caso tanto da educação médica como da igualmente complexa questão dos HE.

Digno de nota é que viria de fora dos HU um movimento que acabou por deslocar a privilegiada centralidade do hospital como cenário de ensino: o movimento da CINAEM – embora tenha encerrado suas atividades em 2002 – cujo diagnóstico não deixava dúvidas sobre os graves equívocos que continuavam sendo seguidos na totalidade das escolas médicas brasileiras.

Embora pratiquem variedade bem mais ampla de procedimentos, o perfil assistencial desses hospitais está estruturado segundo a lógica dos hospitais especializados voltados para problemas de maior complexidade. Esses serviços valorizam uma clínica centrada em “procedimentos tecnológicos” e cultivam muito pouco a clínica trabalho-humano concentrado. Tanto o atendimento clínico quanto o ensino perdem os eixos integradores com o enfraquecimento das equipes mais generalistas, como consequência do deslocamento realizado por professores envolvidos com aspectos muito específicos da clínica. A lógica de uma sólida formação geral ao nível da graduação perde força para uma exposição de saberes e práticas por parte de superespecialistas, que ‘dão aula’ e até avaliam a aprendizagem como se todos os estudantes fossem ser futuros especialistas naquela área.

Gastão Wagner de Sousa Campos, ao prefaciar o livro de Feuerwerker², também fez referência a “impressionante lista de soluções – racionais” elaboradas para dar conta das mudanças propostas na educação médica, concluindo que apesar delas continuasse preso a antigos paradigmas formadores, sendo que a própria Reforma Sanitária Brasileira, que havia inclusive desqualificado a clínica como espaço de mudanças, acabou por negligenciar e até mesmo excluiu, deliberadamente, a questão RHS – e,

dentro dela, a educação médica. Na voz dos gestores de serviços de saúde, a chegada do profissional médico com perfil de formação mais adequado às suas necessidades continua sendo aguardada.

As mudanças educacionais – e as próprias universidades – continuam sendo tratadas como mero reflexo da organização dos serviços e permanecem completamente desvinculadas da reorganização dos serviços, ao invés de tentar com ela contribuir, com seu saber, para a redefinição das práticas de atenção e para os processos gerais de reforma do setor saúde. A universidade deveria abrir-se para assumir em conjunto seu papel de ator nas reformas do setor saúde, envolvendo várias áreas, setores do conhecimento, disciplinas e pesquisas. Cabe-lhe também reconhecer que sua principal potencialidade de colaboração nas mudanças sociais não é pelo lado da prestação de serviços de saúde, mas do desenvolvimento das ciências e da cultura.

As escolas médicas são instituições complexas. Mudá-las implica serem promovidas diversas medidas reestruturantes, tanto dentro da Instituição de Ensino Superior- IES como na relação desta com o sistema de saúde.

O limite mudancista foi alcançado e está detido em seu interior, nas relações interinstitucionais e intersetoriais. Isso certamente significa que a educação médica relaciona-se com macroestruturas, o que nos leva à conclusão que ao responder às determinantes políticas, econômicas e culturais indicam que se tem que agir nesse nível para alcançar o patamar da educação médica do país, cabendo ao Estado exercer um papel regulador em todo o processo. As inovações não evoluem naturalmente por meio de acumulações para situações de reformas da educação médica. Ocorrem somente quando – e se – os interessados em mudanças mais profundas conseguem estabelecer novas relações de força e imprimir maior direcionalidade ao processo.

Ao par disso, o processo de aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu em 1988 no contexto da promulgação da Constituição Federal, vem exigindo ampla reestruturação dos sistemas públicos – e, em certa medida, também dos serviços privados de saúde – e novas articulações das esferas federal, estadual e municipal

com amplas perspectivas de se operar as políticas públicas universais de saúde. Considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, o SUS tem buscado reduzir a distância estrutural entre a formação profissional e as necessidades de saúde da população. Deve-se destacar a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) pelo Ministério da Saúde com a finalidade específica de formular e conduzir essa política. Segundo Cecin²² essa estrutura governamental foi fruto da emergência de movimentos na Educação (mudanças na educação de profissionais de saúde), na Saúde (reforma sanitária) e na sociedade (construção de diretrizes de gestão para o trabalho na área da saúde). Esse autor acrescenta e ainda evidencia o vigor com que se realiza este domínio, feito por acumulação conceitual, política e programática de conformação de um território de potencialidades dos saberes e das práticas concernentes à formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, por ele considerado como um percurso histórico e epistêmico.

A partir do lançamento das DCN pelo CNE/MEC, o MS estruturou vários programas dirigidos a alterar o perfil de formação profissional de estudantes de graduação – inicialmente de medicina e depois de enfermagem e odontologia – profissões que compõem, no mercado de trabalho, a equipe básica do PSF. Apoio técnico e financeiro têm induzido escolas e cursos a romper com a dicotomia teoria-prática e a atuar em torno do eixo integrador Ensino-Serviços-Comunidade. Esses programas, indutores da articulação entre IES, os serviços públicos e população usuária desses serviços, advogam uma ampla utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, diversificação do cenário de práticas, reorganização dos processos de trabalho, entre outros. Diversos relatórios detectaram fragilidades que abrangem desde aspectos político-estruturais até gerenciais, operacionais e acadêmicos – tais como a pouca flexibilidade das matrizes curriculares e os limites de atração dos profissionais da rede de serviços para atividades de ensino, entre eles o de Passarella (2013)⁵¹.

O objetivo de estruturar uma Rede-Escola com ações de intervenção e de pesquisa ainda desafiam a fragmentação do saber disciplinar. Geralmente, a articulação

dinâmica entre o trabalho e a educação detém-se no campo das intenções, longe, portanto, de se alcançar um currículo integrador, expondo, mais uma vez, que essa modalidade de trabalho implica em profundas mudanças no modo de ensino e aprender. A conclusão é que, embora a indução seja importante, o apoio técnico tem sido muito restrito, e a falta mais efetiva da presença dos gestores dos serviços torna seus resultados pouco impactantes no currículo de formação.

Em pleno século XXI, as propostas para superação destes problemas ainda não foram adotadas no país. As permanentes discussões na ABEM sobre o perfil de qual médico se deve formar – generalista ou médico de família – que são muito relevantes e que caracterizam um movimento social por mudanças, não conseguiram ainda produzir ações importantes no perfil da formação médica com efeitos positivos no interior de sistemas de saúde. O protagonismo que a ABEM realiza, promovendo discussões ao agregar educadores e escolas médicas – sobre as DCN, terminalidade na formação, Exame Nacional de Avaliação de Desempenho – ENADE e sistemas de avaliação, residência médica, mercado de trabalho e mecanismos de regulação e outros – tem-se mostrado limitado para, de fato, dotar o SUS com uma sólida base para desenvolver plenamente a educação médica que o país necessita. Romper com a manutenção do pensamento determinístico que atribui exclusividade ao mercado de trabalho, com as pressões que traçam o perfil profissional da formação – que ‘dita normas não escritas’ – é desafio tanto teórico como operacional, demonstrando que há outras variáveis que compõem a rede de relações que interferem na formação médica.

Como se vê, há um alto grau de complexidade das relações sociais que envolvem o ensino médico. Em nossa opinião, ainda se necessita de melhores análises. Há ainda desafios teóricos e construção de conceitos a serem contemplados, próprios do modo de produzir médicos, como demonstraremos nos próximos capítulos. Continua a haver uma necessidade de mais avanços conceituais, de uma maior visibilidade e uma melhor focalização dos rumos, senão como explicar que a produção de projetos de mudanças – tal como expresso nos movimentos como o PPREPS, UNI, CINAEM, DCN e outros – continuam esbarrando em estruturas rígidas, acordos de base

corporativa, dificuldades na mobilização dos professores e pressões do mercado de trabalho.

CAPÍTULO 2 - CONTRIBUIÇÃO PARA AS MUDANÇAS NA FORMAÇÃO MÉDICA: O LUGAR DA ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Com a pretensão de enfrentar o complexo debate pedagógico sobre os procedimentos do ensino e de tecer uma teoria da educação médica, o presente capítulo tem como objetivo situar os elementos pedagógicos como pressupostos da pesquisa para que se possa analisar melhor as vastas possibilidades educativas permitidas pelo empirismo, o inatismo e o construtivismo (Macedo, 2002)⁵² na formação médica.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA POLÍTICA INSTITUCIONAL E OS ASPECTOS ESTRATÉGICOS DO PERCURSO DE CONSTRUÇÃO DA ESCS

Buscando um novo modelo educacional, a ESCS, baseando-se em outras escolas que realizaram inovações curriculares do tipo ABP, vislumbrou a possibilidade de criar seu curso de medicina de forma peculiar ao procurar situá-lo inteiramente no contexto de uma rede pública de serviços de saúde. Para se estabelecer, sua história registra tensões, conflitos e lutas que descrevemos a seguir.

O relatório 'Por um Sistema Serviços de Saúde-Universidade no DF' (Belaciano, 1996)⁵³, do Projeto UNI-Brasília, na defesa de um novo paradigma educacional e assistencial, apontava a superação das dificuldades, insuficiências e inadequações que havia tanto na formação de profissionais de saúde no Distrito Federal como na prestação de serviços de saúde por parte da SES-DF, recomendando que se constituíssem novas relações e novas parcerias de trabalho entre o que era conhecido como 'aparelho formador' e o 'aparelho prestador de serviços'. Embasava em suas recomendações no ideário procurar correlações entre o currículo com a prestação de serviços de saúde e com a comunidade adstrita a eles, organizando os

três segmentos de forma a se conseguir o fortalecimento de suas lideranças, sua institucionalização e a sustentação dos processos de mudanças. Hoje, percebemos que minimizamos a importância e o significado cultural das mudanças das práticas institucionais, tanto da acadêmica como dos serviços de saúde e da própria comunidade usuária desses serviços, haja vista que expressamos sua condução de maneira simplista e apenas tecnicamente.

O relatório foi inteiramente rejeitado pelas forças políticas da área dominantes do curso de medicina da UnB – com o apoio de outras lideranças da universidade – e pela própria estrutura de poder da SES-DF, a qual, igualmente, fazia pouco caso do projeto. Por seu turno, as lideranças comunitárias, beneficiárias diretas das mudanças, eram as únicas a se manifestar favoravelmente, porém sua força política e seu poder de decisão não eram expressivos frente aos demais. Sem poder de decisão eram também os segmentos ‘marginais’ de ambas as estruturas institucionalizadas – da docência e da prestação de serviços, como era o caso de poucos professores das áreas clínicas e das áreas da saúde coletiva e dos profissionais da SES-DF da área de saúde pública vinculados à APS. Dito de outra forma: no momento em que se aventou a possibilidade de se alterar a composição do ‘núcleo duro’ do currículo e do ‘núcleo duro’ dos serviços especializados da SES-DF, representados pelas especialidades médicas muito bem instituídas, não podemos deixar de mencionar uma frase que um professor universitário (2006)⁵⁴, ex-titular da SGTES/MS, que dizia repetidamente: ‘(...) ainda integram-se apenas a periferia do currículo com a periferia dos serviços de saúde, com a periferia das comunidades (...)’, e, apesar disso, como recomendação, dizia que ‘deve-se seguir buscando mudanças que atinjam o ‘cerne’ da questão’⁵⁴. A preservação da hegemonia e dos interesses localizados tanto no ensino superior como nos serviços de saúde não deixa dúvida de que o ‘novo’ continuava sendo marginal em relação ao que está instituído, delimitando claramente os limites para se operar as mudanças no contexto político-institucional.

A rejeição ao trabalho produzido pelos Projetos UNI Brasília é apenas um exemplo que confirma como as escolas médicas são instituições complexas que articulam uma

multiplicidade de sujeitos, de identidades e de interesses. Havíamos aprendido que transformar o processo de formação de profissionais de saúde implica várias mudanças: na concepção de saúde, na construção do saber, nas práticas clínicas, nas relações entre médicos e população, entre médicos e demais profissionais da saúde, na concepção de educação e da produção do conhecimento, nas práticas docentes, nas relações entre professores e estudantes e nas relações de poder entre departamentos e disciplinas. E que mudanças profundas implicam transformações não somente de concepções e práticas arraigadas, mas também nas relações de poder dentro da universidade, nos vínculos e na dependência desta em relação aos serviços de saúde, e, de forma mais ampla ainda, no território local como expressão do espaço social e do campo das políticas setoriais. O ‘cerne’ da questão expressa acima era, portanto, o núcleo do poder estabelecido nas três estruturas.

Observávamos que atores sociais locais continuaram procurando conferir uma melhor direcionalidade para as mudanças do setor saúde no Distrito Federal, num sinal de que agenda UNI Brasília não estava esgotada. A crise vivenciada na FS/UnB após o encerramento da iniciativa do Programa UNI Brasília mostrava que, embora o curso de medicina da UnB fosse considerado um curso bem avaliado, a educação médica que se realizava no Distrito Federal, como em todo o país, suscitava indagações por parte de gestores e de profissionais da extensa rede de serviços da SES-DF. Apesar da rejeição do relatório, os questionamentos feitos pelo gestor local do sistema de saúde – que podemos considerar como expressão oriunda do mundo do trabalho do setor saúde – argumentava que o modelo de formação médica é um aspecto tão central que se haveria de considerar novas abordagens e alternativas, ampliando o campo operacional da educação médica e instrumentalizando uma nova política para a formação médica. Com base nas novas iniciativas acima descritas, vislumbrava-se um espaço político para se promover um curso integralmente vinculado a uma rede de serviços de saúde e que fosse por ela fortemente influenciado. Esta oportunidade surgiu na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, o que nos leva a destacar a emergência de um novo sujeito no processo de produção de médicos, inteiramente alheio e independente do ‘polo acadêmico’: o gestor distrital do SUS-DF. Esse sujeito

tomou para si, política e socialmente, a decisão e a responsabilidade de implantar um curso embasado no SUS distrital.

Queremos destacar que os arranjos institucionais básicos da ESCS foram frutos da compreensão e da vontade política do gestor do SUS/DF e Secretário de Saúde do DF, junto ao qual desenvolvemos um PPP de acordo com esta vontade política e com nossas compreensões político-institucionais – tanto acadêmicas como do SUS. O problema motivador do gestor distrital do SUS – que se expressava na decisão de ‘formar melhor o médico’, ‘formar diferente’, ‘com compromisso real com uma rede de serviços’, ‘um médico que não apenas cuidasse do corpo, mas que cuidasse da pessoa’ – formar, enfim, para as políticas públicas de saúde. Desejava-se influenciar na reorganização de serviços, de tal forma que viesse melhorar o atendimento na ampla rede de atenção em todos seus níveis de complexidade. Tínhamos a plena compreensão de que outras escolas médicas que operacionalizavam currículos de base apenas acadêmica haviam optado por outra decisão: a decisão de não mudar. Com as orientações de mudanças do modelo de atenção preconizadas pelo SUS, havia um cenário promissor para uma nova abordagem educacional que se procurava realizar.

Seu planejamento iniciou-se em 2000, com a clara percepção do contexto – uma avaliação do cenário favorável para intervenção de forças interessadas em promover transformações – e da crise setorial da saúde do Distrito Federal. No caso da ESCS, chama atenção à consciência, o compromisso claro e consistente, e o papel político desempenhado intencionalmente pelo governo distrital em todo o processo de implantação do novo curso. Como se vê, o Curso de Medicina criado em 2001 nasceu no bojo de reflexões críticas e em busca de alternativas a esses problemas há muito conhecidos.

O Projeto Pedagógico inovador identifica-se com as novas orientações nacionais expressas em relatórios de avaliação do ensino médico no Brasil (1991 – 1997); pelas conferências internacionais de educação médica (Edimburgo, 1988 e 1993; Havana, 1991), bem como no Encontro Americano de Educação Médica (Punta Del Este,

1992). O Projeto, na perspectiva interdisciplinar, visou integrar os saberes da área de saúde com os das Ciências Humanas, com uma abordagem que pudesse favorecer a construção de um modelo ético-humanitário de educação médica. Assim, a formação do médico devia superar a visão que define o homem como uma complexidade biológica e resgatar as dimensões detectadas pelo olhar das Ciências Humanas, as quais deveriam ser integradas ao olhar médico. Tentando focar o ser humano de forma integral, procurava superar várias contradições geradas pelo modelo biologicista e tecnicista, trazendo à tona dimensões psico-sócio-culturais.

Dois exemplos são dados. É comum se assistir, na relação médico-paciente, o poder da fala do médico em detrimento da fala 'desqualificada' do paciente, visto como 'outro'. E quando falamos aos médicos e aos estudantes de medicina do 'humanismo', eles não entendem 'isso' porque 'isso' ou 'não lhes diz respeito' ou não faz parte de sua linguagem e representação, isto é, 'isso' não tem um significado simbólico na sua prática profissional. Procurou-se então adicionar ao PPP outros olhares que permitissem a emergência do surgimento desses aspectos por considerá-los muito relevantes, para os quais se necessitava de novas práticas pedagógicas.

A partir dos enormes avanços da ciência e da tecnologia biomédica, vem-se exigindo abertura de espaços – como a ética e a equidade – expressando relevância para dimensões até então pouco consideradas, geralmente situadas na esfera dos valores, próprias dos estudos das Ciências Humanas. Procurou-se então garantir sua presença e lhes dar um tratamento adequado na criação do Projeto Pedagógico do curso de medicina da ESCS do Distrito Federal.

Face às necessidades assistenciais dos indivíduos e da comunidade, apresentando como justificativa central ser a reorientação da prática médica de responsabilidade dos profissionais e dos serviços da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal, no ano 2000, tomou-se a decisão de implementar e manter, no contexto de seus serviços de saúde, uma estrutura de formação médica em nível de graduação. A SES-DF já vinha buscando renovar seu modelo de atenção e de assistência, medidas necessárias para tornar sua ampla rede de ações e serviços mais eficaz, tomou para

si a responsabilidade de reorientar sua complexa organização de acordo com o que está expresso no ideário e na base legal do SUS: as diretrizes de universalidade, integralidade, equidade e resolubilidade que, por sua vez, exigem revisão e reestruturação de tudo que diz respeito à forma como vem-se lidando com a questão dos recursos humanos em saúde. Outra justificativa importante foi considerar também que a integralidade deve guiar o cuidado a ser dispensado ao paciente, no contexto familiar e comunitário, incorporando-os ao processo do trabalho em saúde, razão pela qual ela deve permanecer também como eixo orientador da formação dos recursos humanos em todos os níveis. Tanto o currículo médico como a própria ESCS, ao estruturarem-se como um projeto educacional da SES-DF, haveriam de levar em conta, claramente, a defesa dos princípios e das diretrizes consagradas na Constituição Federal, da Lei Orgânica da Saúde e as correspondentes normas legais distritais. Além disso, a elaboração do Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina e a própria ESCS consideraram o processo de elaboração das DCN dos cursos de medicina – durante as quais tivemos intensa participação – que viriam a ser aprovadas em novembro de 2001 pelo Conselho Nacional de Educação e pelo Ministério da Educação. Expressávamos, portanto, toda a mobilização protagonizada ao longo da década anterior pelo Programa UNI, pela ABEM e pela CINAEM.

Da mesma forma como as DCN, a formulação do curso de medicina da ESCS exigiu uma crítica à formação médica convencional, que possui uma abordagem centrada em técnicas biomédicas e que privilegia o hospital e o procedimento médico individualizado sem uma efetiva base de articulação com instrumentos e fundamentos oriundos da saúde coletiva, tendo por consequência o pouco ou nenhum preparo dos alunos para atuar, profissionalmente, na complexidade e nas exigências contemporâneas dos sistemas públicos e privados de saúde. O processo educacional inovador requereu um enfrentamento inicial com base na atualização de conceitos e valores da própria medicina, com a ESCS assumindo como desafio central que o próprio processo de formação profissional, capaz de conduzir a uma compreensão e levar o profissional a atuar em saúde na dimensão tanto individual como coletiva. Para isso, dotou-se a SES-DF com uma estrutura técnico-educacional, pedagógica e

científica, como parte intrínseca de uma rede de serviços que tem responsabilidade sobre um território e uma população adstrita sob seus cuidados.

Com sua primeira turma selecionada, o funcionamento da ESCS iniciou suas atividades educacionais em meados de 2001, as quais precederam a aprovação e a divulgação das DCN de medicina. Em sua versão oficial, na introdução do PPP (2002)⁵⁵ do curso de Medicina da ESCS, destaca-se que cabe ao GDF, através da SES/DF, a implantação de um curso de medicina, fornecendo como razões que ‘o próprio sistema de saúde gere os médicos de que necessita’. Destacava ser essa a última etapa da política de desenvolvimento de seu plano de organização de uma rede assistencial completa – a formação de médicos mais adequados para o trabalho na SES. Propõe-se a servir de estratégia para consolidação do modelo assistencial coerente com as diretrizes do SUS. Destaca ainda a clara necessidade do planejamento de recursos humanos se ajustarem às necessidades do modelo assistencial, o qual deve cuidar não só das insuficiências quantitativas, mas das redefinições do perfil e a inserção da carreira no mercado de trabalho médico, renovando os vínculos com o mercado de trabalho e com os demais segmentos da sociedade. Sobre o trabalho médico, o documento orientador considera a necessidade de incorporar o conceito de clínica ampliada nas práticas assistenciais para que a nova formação fornecesse aspectos práticos com abordagens psicossociais da medicina, baseada em evidências e do trabalho em equipe. O PPP detalha ainda as reformas do sistema de saúde e do sistema educacional em curso, esclarecendo as decorrências que são aguardadas sobre a prática médica e o processo de trabalho em medicina.

Preocupa-se com as características que um docente deve possuir para o exercício educacional e a estruturação de uma ‘docência médica profissionalizada’, com mecanismos de formação e aprimoramento constante da metodologia didático-pedagógico, as quais seriam mediante a oferta de três modalidades de curso de capacitação: básica, permanente e avançada.

O currículo de estudos promovido pela ESCS considerou também a importância de conter e expressar as características e as necessidades das demandas dos serviços de saúde que se apresentam na rede de serviços: as características demográficas – tais como o envelhecimento populacional – e as características de morbidade mais prevalentes no quadro nosológico brasileiro: Doenças Crônicas não Transmissíveis, Causas Externas e Neoplasias – sem descuidar das Doenças Transmissíveis ‘permanentes’ como tuberculose, hanseníase, dengue e malária e as ‘emergentes’ como AIDS e hantavirose. Na medida em que uma rede de serviços de saúde tem a obrigatoriedade e a missão de atender uma população que apresenta ‘naturalmente’ essas características, o curso de medicina ESCS não teria de ‘ir atrás’ de pacientes com aqueles quadros patológicos para ‘mostrar’ ao aluno para ‘aprender’. O desafio central do currículo implantado na ESCS é outro: fornecer ao aluno, futuro profissional médico, a compreensão e o domínio sistematizado para um desempenho de competências técnicas que tenham significativa expressão social, levando-o a incorporar conceitos, saberes e práticas oriundos da relação que se estabelece entre as necessidades de saúde de grupos de população demandantes dos serviços, com capacidade de resposta tanto profissional como organizacional do sistema de saúde. Visava-se, assim, a que a rede de serviços de saúde da SES-DF, que vem tentando promover as mudanças preconizadas pelo SUS, fornecesse uma atenção e uma assistência à saúde aos grupos sociais sob uma perspectiva histórica, política, social e cultural, base sobre a qual se procurou assentar o currículo. O processo educacional da ESCS visou, portanto, a ser parte integrante da mudança de concepção e das possibilidades técnicas e de organização de intervenção no processo saúde-doença e da organização social do Distrito Federal: a SES-DF.

O curso de medicina elaborado foi baseado em outras experiências de formação médica devidamente avaliada. Procura possuir amplo domínio da problematização como instrumento pedagógico, tendo, na integração ensino serviços, uma estratégia fundamental para a aquisição dos domínios fundamentais requeridos para um bom exercício profissional.

As estratégias educacionais do currículo de estudo do curso de medicina da ESCS tem como características principais um conjunto de 24 módulos temáticos compostos por problemas sob o enfoque interdisciplinar. Distribuídos ao longo de quatro anos, os módulos e os problemas reais foram elaborados por docentes com experiência clínica no tema correspondente e são desenvolvidos por meio de uma dinâmica tutorial em pequenos grupos de alunos. Há o treinamento em um programa – também de quatro anos – em habilidades e atitudes profissionais, no qual se valoriza inclusive a comunicação e as relações que a profissão estabelece na sociedade, a semiologia, a interpretação de exames complementares e a realização de procedimentos clínicos e cirúrgicos mais exigidos pela prática médica. Há ainda um treinamento em outro programa, de interação entre o ensino, os serviços e a comunidade, também de quatro anos, no qual o aluno desenvolve e vivencia diversas modalidades de práticas de saúde em contextos reais do processo saúde – em ambientes como família, comunidade e rede de cuidados de atenção a saúde. Essas estratégias educacionais, com essa estruturação, a inserção precoce do aluno no cuidado de saúde, que visam levar o aluno a vivenciar e reconhecer a importância de estruturas sociais e dos níveis hierárquicos da atenção à saúde, bem como as possibilidades e os limites do uso adequado das tecnologias nos diversos níveis assistenciais do sistema de saúde brasileiro. O Estágio Curricular Obrigatório – internato – é de dois anos, em estágios clínicos, cirúrgicos, de saúde mental e de saúde coletiva nas áreas da saúde da criança, do adulto e da mulher, em serviços que abrangem os três níveis de assistência e da atenção à saúde. Durante esses estágios, procura-se manter a essência do método problematizador, com os docentes das áreas acima citadas, compartilhando o treinamento e as práticas da formação médica com docentes das Ciências Humanas- Psicologia.

A estruturação do curso médico corrobora, ainda que as doenças possam não ser diferentes ao acometer o indivíduo, mas existem diferenças na frequência e na manifestação das mesmas, nas prioridades regionais e na estrutura cultural e social, que levam a diferenças na prática médica e sanitária. O curso, portanto, visou graduar o profissional, tornando-o ciente destas diferenças e conhecedor das necessidades

locais, exigindo dele adequação e competência técnica para exercer suas atividades profissionais.

A adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem no curso de medicina da ESCS, em especial a ABP e a problematização descrita por Freire (1975⁵⁶, 1996⁵⁷) não é fruto de uma decisão fortuita, mas uma opção consciente em função da necessidade e da possibilidade de se reorganizar efetivamente o processo educativo em saúde, de modo a desenvolver cada vez mais a capacidade de autoaprendizagem dos sujeitos envolvidos com ênfase na resolução de problemas. Para isso, tornava-se mister 'educar os educadores', a fim de manter as diretrizes do currículo e de evitar as improvisações, tão comuns na educação convencional. Portanto, foram tomadas medidas para qualificar essa dimensão com planejamento, execução e avaliação das funções pedagógicas essenciais, com produção de material instrucional e sistematização de programas com os respectivos instrumentos de aprendizagem.

Chamamos a atenção para a importância de se adotar a sequência do raciocínio exposto na obra de Garcia²⁸, que analisa a educação médica "não como um processo isolado, mas como um processo histórico, subordinado à estrutura economicamente predominante na sociedade onde se desenvolve". Deste trabalho, procurou-se compreender aspectos fundamentais como a falta de integração entre ensino e trabalho, assim como a pressão enfrentada pela escola médica para ser inovadora e ao mesmo tempo ter que se adaptar às exigências do mercado de trabalho.

Também Davini (1994)⁵⁸ chamou atenção ao afirmar que

a efetiva socialização profissional, quanto a modos de pensar e de atuar, individual e coletivamente, de uma determinada categoria, completa-se e consolida-se no campo da prática profissional. (...) As formas de relação social (hegemonia, processo decisório, conflito, controle do saber) e as práticas técnicas (divisão do trabalho, circuitos operativos, saber fazer), são produtos históricos e funcionam como matriz de aprendizagem nos locais de trabalho, mais do que qualquer coisa aprendida no processo escolar formal. (1994, p. 112)⁵⁸

Adotou-se a visão de que a exposição dos estudantes a serviços de saúde e a práticas sanitárias podem tanto dificultar como facilitar as aprendizagens

transformadoras, o que requer preparo e adoção de medidas para intervenções específicas e pontuais ao longo de todo o processo.

Dentre os vários trabalhos e propostas de mudanças avaliados buscando sua implementação, percebeu-se que a produção sobre educação médica no período é muito significativa, especialmente as que haviam sido sistematizadas e atualizadas desde a reflexão que acompanhou o processo de lançamento do programa UNI, que foram incorporadas no referencial desse processo de construção de uma escola médica dentro da SES-DF. Julgava-se possível promover mudanças significativas na educação médica, cujo grau de profundidade depende de características e da base política local das propostas de intervenção, para as quais a sua consistência teórico-metodológica, a solidez de sua base estrutural e a pertinência de suas estratégias são fundamentais.

Além dos estudos promovidos e as orientações fornecidas pelo programa UNI para uma nova educação médica, consideramos também os principais estudos da época, como o trabalho que foi feito a partir dos artigos publicados na Revista Educación Médica y Salud - editada pela OPAS – e na Revista de Educação Médica/RBEM - editada pela ABEM – nos anais dos Congressos da ABEM, nos documentos produzidos pela Comissão de Ensino Médico do MEC e em outras publicações especializadas. Com isso, identificaram-se os principais problemas e os principais sujeitos envolvidos e suas propostas de mudança, dando-lhes a devida atenção. No caso, cuidados especiais foram tomados para não se correr o risco de uma simplificação do processo educacional e da difícil e complexa integração com os serviços da SES, visto que esta possui uma gigantesca estrutura, com uma cultura arraigada e um modelo de procedimentos técnicos e administrativos que não podem ser desprezados ou subestimados.

Procurou-se um denominador comum entre uma estrutura de universidade (que tem departamentos para realizar ensino, pesquisa e extensão), uma instituição de saúde (que tem por missão oferecer serviços de saúde) e os problemas de saúde da população adstrita ao território do Distrito Federal. Entendeu-se que mais do que as

estruturas institucionais, os problemas de saúde é que deviam ser o foco central de aprendizagem dos estudantes, a qual deve realizar-se por intermédio de uma estrutura de prestação de serviços de saúde integral e no território.

Ao projeto educacional cabia cuidar que o novo currículo garantisse uma sólida formação geral a todos os formandos e impedir uma especialização precoce. Sabia-se também quão necessário e importante é fortalecer a formação geral na graduação – para a qual se necessita resgatar as bases da clínica médica e de saúde pública – e ao mesmo tempo ser necessário continuar a formar melhor os especialistas ao nível da pós-graduação. Diagnosticou-se que o problema não se resumia a definir abstratamente sobre a formação geral ou especializada, mas na adequação da formação às necessidades das equipes e dos serviços de saúde, definindo previamente suas funções, competências e desempenhos. Havia também a preocupação com o reconhecimento social do profissional a ser formado.

Embora não seja da governabilidade da escola o desempenho dos alunos como futuros profissionais no mercado de trabalho, ela tem a responsabilidade de prepará-los para o exercício profissional, fornecendo-lhes as ferramentas de uma aprendizagem que eles possam vir a adaptar a novas circunstâncias no futuro.

Para Ferreira e Venturelli (1999)⁵⁹ não é a ABP que vinha conseguindo bons resultados. Mesmo assim, nós realizamos uma longa preparação para utilizar a ABP no curso de medicina, medida que mostrou ter sido muito acertada. Em nossa experiência, como demonstraremos, a discussão técnica e pedagógica foi fundamental, e a ABP permitiu construir consensos, mostrando-se não só como excelente instrumento pedagógico, mas comprovando ser um valioso método de ensino em medicina, visto ser um método seguro, sistemático e com farta literatura avaliativa que o mostra ser comprovadamente eficaz. Não vemos nenhuma oposição entre a ABP e a integração ensino-serviço. Ao contrário de sua aplicação, encontramos fortes evidências que demonstram que a ABP, junto com outras metodologias educacionais ativas, é o melhor método de ensino para efetivar a integração ensino-serviços.

O método aprendizagem baseada em problemas há muito tempo é utilizado em várias escolas médicas em diversos países. Devidamente avaliada, passou a ser conhecida e discutida no âmbito público das escolas médicas do Brasil devido à iniciativa UNI e ao trabalho da ABEM. Os fundamentos teóricos encontram-se na literatura especializada brasileira tais como os artigos de Mitre (2008)⁶⁰, de Berbel (1998)⁶¹ e de Toledo Junior (2008)⁶².

A ABP foi desenvolvida a partir do melhor conhecimento do modo de aprender do adulto e da compreensão do funcionamento da memória humana, permitindo que o aluno passe a desempenhar papel ativo e preponderante em sua própria educação. Ao buscar o conhecimento para resolução de problemas, o estudante torna-se capaz de reter as informações técnicas e científicas relevantes e de desenvolver o raciocínio clínico, permitindo que ele 'aprenda como aprender'.

Na ABP, recomenda-se que os problemas usados conduzam as aprendizagens das ciências básicas e clínicas de forma integrada. Um bom problema na ABP deve ser concebido de uma forma que incentive a discussão dos princípios educacionais incorporados no currículo, situando a aprendizagem em contextos similares ao que os alunos enfrentarão em situações da vida real, permitindo gerar hipóteses para os problemas e pensar em abordagens para priorizar suas hipóteses. Permite que os estudantes forneçam evidências e argumentação para suas ações e visões sendo vários os benefícios para o estudante: estimula o estudante a desenvolver habilidades para gerenciar o próprio aprendizado, a buscar ativamente as informações, a integrar o conhecimento, e a identificar e explorar áreas novas. Com isso, ele adquire as ferramentas para desenvolver habilidades técnicas, cognitivas e atitudinais para a prática profissional e também para aprender ao longo da vida.

O projeto político pedagógico da ESCS considerou que quando se trata de simplificar o ato médico, deve-se considerar o conceito e a estruturação da Atenção Primária em Saúde nas atividades curriculares. Nesse sentido, evitou-se correr o risco de cair 'na armadilha da extensão (Misoczky, 1993⁶³; Botomé, 1996⁶⁴). Essa crítica à extensão, que é conhecida como o 'terceiro pilar' da vida universitária, trazia aspectos

preocupantes, pois as atividades extensionistas são entendidas e praticadas, no mais das vezes, como um ativismo assistencialista e paternalista, facilitado pelo idealismo dos estudantes, mais próximos à realidade social, porém despreparados para uma ação efetiva, profunda e abrangente, e também pela inexperiência de professores. Procurou-se fazer com que a extensão tivesse outro significado, deixando de ser uma função paralela ao ensino e à pesquisa, integrando-se como uma dimensão destes e passasse a ser um momento indispensável do processo de produção de conhecimento. Segundo Botomé (1996)⁶⁴ não se trata de eliminar a extensão universitária – tanto é que a proposta não é sua extinção. Nós a superamos incorporando-a a práticas curriculares. Mais adiante, mostraremos como o currículo que foi elaborado para a ESCS, deu um passo significativo nessa superação.

Não trabalhar disciplinarmente no currículo, e sim interdisciplinarmente, foi outra decisão fundamental tomada. Parafraseando Pacheco (2001)⁶⁵ se se pretende expor o aluno a problemas de saúde, preparando-o para resolvê-los, deve-se admitir que esses problemas são necessariamente interdisciplinares. A realidade é interdisciplinar, concluímos. Mas – continuando nosso raciocínio – apontar estratégias de caráter interdisciplinar para a formação de um médico com sólida formação geral exige a construção de um currículo integrador.

Queremos ressaltar que não estamos utilizando o termo currículo integrado, porque este termo é polêmico em termos de distintas perspectivas epistemológicas, pedagógicas e político-educacionais. Em vez disso, estamos utilizando o termo currículo integrador enquanto perspectiva de integração curricular, como contraposição à compartimentalização e à fragmentação do conhecimento e por possibilitar o entendimento de sua história, tradições e da realidade que desejamos que seja alterada. Desejamos superar a questão da disciplinarização tanto teoricamente como na prática: na teoria, enquanto forma de organização curricular e, conseqüentemente, a força e a influência dos grupos disciplinares na produção de políticas e práticas curriculares; na prática, possibilitar a integração ensino-serviços, saúde individual e saúde coletiva e a própria integração teórico-prática.

Outra questão estratégica e fundamental levada em consideração requereu definir as características gerais do profissional a ser formado – o seu perfil de formação, ainda que não soubéssemos como se deve processar o ensino para alcançá-lo. Nessa ocasião, devido à decisiva e forte influência que os programas nas residências exercem durante a fase da formação médica graduada, não há como desconsiderar a preocupação do papel e a forma como se desenvolvem. As necessárias mudanças na formação do perfil médico na graduação, portanto, deve ser considerada procurando-se manter outra estratégia, específica, dirigida para modificar aspectos estratégico da formação especializada – papel da residência, hoje, – inclusive contemplando as formas de acesso e a distribuição de vagas para a formação de especialistas que, no país, possui âmbito nacional. Portanto, mesmo sem extrapolar os limites de atuação de um curso de graduação, permanecia a preocupação com a necessária compatibilização de programas educacionais em todos os níveis da formação médica na SES-DF.

A criação da ESCS não foi produto de uma ‘receita’ pronta. Foi uma resposta guiada não apenas pela nossa experiência na FS/UnB e no campo da administração de serviços de saúde – onde também tínhamos nossas vivências na implantação de redes assistenciais. Era também uma resposta ao que está contido em normativas oficiais – LDB e as DCN – relativas às políticas públicas do campo da educação, estas ainda em fase de elaboração, e nas normativas oficiais do SUS, outra política pública relativa ao campo da saúde. Com base em relatos de experiências internacionais, especialmente da Universidade de McMaster (Canadá) e Universidade de Maastricht (Holanda), e experiências brasileiras bem sucedidas com processos de mudanças curriculares, especialmente as oriundas do Programa UNI-FAMEMA/Marília-SP e UEL/ Londrina-PR, fizemos nossas escolhas. Optamos por metodologias ativas, especialmente as problematizações, com base tanto nas teorias formuladas pelo educador Paulo Freire como na ABP. E, devido à forte presença, no currículo, do componente integração do ensino com os serviços de saúde, orientamos a construção de um currículo que fosse estruturalmente integrado à rede da SES/SUS-DF. Essa formulação antecedeu em um ano a publicação, pelo MEC, das DCN para

os cursos de medicina. Quase dez anos depois, soubemos que antecedeu, também, a publicação do relatório da LC³, em que se advoga, internacionalmente, como saída da crise, um modelo similar de educação médica.

Pela decisão tomada de implantar um curso de medicina, a SES-DF recebeu severas críticas por se envolver em Educação, assunto não só que não seria de 'sua' competência, pois era completamente alheio à sua missão institucional. Mas o gestor responsável pela rede assistencial do SUS-DF dispôs-se a 'pagar o preço', nos pondo a 'um passo fora da lei', das normas, parafraseando Bourdieu (1989)⁶⁶. Trazemos esse fato à lembrança para dizer que a ESCS, utilizando a expressão de Cruz⁴ era um produto direto das tensões observadas que se vivia 'naturalmente' nas políticas de saúde e educação. Realizamos nosso trabalho, o PPP praticando as 'dúvidas radicais' a que Bourdieu⁶⁶ se refere, construindo um currículo integrador que se tornaria marca registrada na inovação da educação médica. Seus principais instrumentos – a ABP e a problematização de Paulo Freire, a integração ensino-serviços com a comunidade e a gestão do processo educacional, embora derivem de conhecimentos, não são um conhecimento em si: são tecnologias ou artefatos que produzem seus efeitos – e é o que desejamos pesquisar. Essa marca registrada – seu currículo integrador – era produto da ciência e é como deve ser tratado, com métodos apropriados e dentro de seu próprio tempo.

2.2 A REALIDADE CONSTRUÍDA: AS CARACTERÍSTICAS BÁSICAS, OS INSTRUMENTOS E OS DISPOSITIVOS PEDAGÓGICOS DO CURRÍCULO INTEGRADOR DO CURSO DE MEDICINA DA ESCS

De acordo com o PPP (2003)⁶⁷ para propiciar aos estudantes uma vivência na realidade da rede de serviços em todos os níveis de complexidade e com a comunidade, o currículo pautou-se por uma pedagogia oriunda do construtivismo, incorporando, no processo formador, as condições para a criação de práticas educativas a partir das quais o aluno construa seu próprio conhecimento e sua forma

de ser no mundo da profissão. Esse processo consiste no desenho de um currículo voltado para resolver problemas; uma grande vivência dos alunos em práticas reais; em uma abordagem integral do conhecimento; em uma relação professor-aluno mais horizontal, e condições para uma busca e seleção, pelo próprio discente, das informações técnicas e científicas relevantes. Consiste também numa aquisição de habilidades colaborativas mediante o estudo em pequenos grupos, levando-o a responsabilizar-se pela sua aprendizagem no convívio com seus pares, e na incorporação de motivações e técnicas de busca permanente de novas aprendizagens ao longo de sua vida profissional. Na ESCS, este processo formador é considerado tão importante quanto o próprio ensino dos aspectos necessários ao exercício do trabalho em medicina.

Com essas novas orientações, o curso de medicina definiu os seguintes perfis, competências e habilidades:

- Relacionar e utilizar os conhecimentos das áreas básicas, clínicas, cirúrgicas e da saúde coletiva para atuar na solução dos problemas mais relevantes que comprometem a saúde dos indivíduos e das famílias;
- Compreender e agir frente aos problemas mais comuns dentro de uma visão integral do processo saúde-doença, relacionando os determinantes socioeconômicos, culturais e políticos, assim como os aspectos comportamentais relevantes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde;
- Ter a capacidade de estabelecer a relação médico-família dentro de padrões éticos, técnicos e humanísticos adequados e legitimados;
- Trabalhar em equipe com os profissionais de saúde, evidenciando o compromisso social com a melhoria contínua do atendimento e do desempenho dos serviços de saúde, dentro de uma perspectiva de universalidade e equidade;
- Utilizar-se de forma adequada, quando necessário, do sistema de referência e contra-referência, de diagnóstico, tratamento e recuperação de pessoas sob seus cuidados;

- Ser capaz de prestar atendimento de emergência e providenciar os cuidados especializados requeridos;
- Valer-se da melhor combinação de conhecimentos e recursos tecnológicos de máxima efetividade, eficácia e segurança com menor custo, de forma a contribuir para a racionalização dos gastos em saúde e adequada alocação de recursos;
- Desenvolver a capacidade de atualização profissional, valendo-se dos meios de educação permanente;
- Ser capaz de conhecer e estabelecer julgamentos de valor sobre as políticas de saúde e estratégias de intervenção, visando assegurar a universalidade, a equidade, a resolubilidade e a continuidade dos cuidados de saúde.

Os elementos utilizados como princípio do currículo do curso visando garantir e aperfeiçoar a formação geral do médico em termos técnicos, científicos e humanísticos foram os seguintes:

- Interdisciplinaridade;
- Envolvimento dos alunos em situações de prática de saúde ao longo de todo o curso;
- Integração ensino-serviços-pesquisa;
- Desenvolvimento do estudo baseado na problematização;
- Ensino centrado nas necessidades de aprendizagem dos estudantes;
- Desenvolvimento da capacidade de realizar estudos para se manter atualizado (educação permanente)
- Compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional;
- Adoção de uma avaliação que seja formativa e somativa.

Adotou-se para isso propostas orientadoras de Harden (1986)⁶⁸ e de Orstein e Hunkins (1993)⁶⁹ para realizar o planejamento curricular. Conforme entendimento desses autores, a implementação do projeto pedagógico de um curso implica definir conteúdos, métodos de aprendizagem e meios de avaliação apropriados, destacando como elementos básicos do currículo:

1. Necessidade: definiram-se as necessidades do sistema público e como será feito o planejamento adequado para atendê-las;
2. Objetivos: definiram-se os conhecimentos, habilidades e valores que devem ser estabelecidos para atender às necessidades acima fixadas;
3. Conteúdos: definiram-se as disciplinas, conceitos e princípios, e práticas estabelecidas de acordo com o contexto no qual esse profissional irá atuar;
4. Organização do currículo: definiram-se um plano sequencial entre teoria, prática e trabalho dentro do sistema de saúde, desde o primeiro momento de ingresso na escola, que pode ser iniciada com uma observação tutorada do trabalho médico;
5. Estratégias de aprendizado: levou-se em conta as ações e técnicas que correspondam à demanda real do público-alvo que se quer atender: a maioria da população. Para isso foi necessário uma discussão sobre a melhor maneira de atender e melhorar a vida dos cidadãos, a resolução de problemas básicos e a simulação de situações de alta ou baixa complexidade para que o aluno esteja preparado para ambas as situações, seguindo representações de modelos de atendimento adequados.

No PPP⁶⁷ estão descritas as novas orientações nacionais e internacionais sobre educação médica preconizadas para uma educação médica para o século XXI. Com a aprendizagem problematizadora vinculada à integração ensino-serviços, esta organização curricular apresenta dois elementos de destaques:

- Participação ativa do estudante em seu processo de formação – aprendendo a resolver problemas reais vivenciados em uma rede de serviços de diversos níveis de

atenção responsável pela prestação de serviços a uma população – território, e a busca de soluções para os problemas que desafiam o estudante, de tal forma que ele incorpore o “aprender a aprender”. Essa pedagogia interativa, “aprender fazendo”, que ocorre ao longo de todo o currículo, revelou ter um profundo significado, especialmente porque decorre da relação do aprendiz com o mundo do trabalho.

- Problemas de saúde – tanto para a elaboração de um programa de módulos temáticos interdisciplinares e outro para o treinamento de habilidades práticas realizadas por meio de preceptoria. Ambos os programas têm todos seus aspectos oriundos do exercício profissional real, vivenciado por profissionais responsáveis pelos serviços de saúde, agora exercendo funções docentes ou de preceptoria, orientando a aquisição das competências necessárias.

Um terceiro elemento a destacar foi acrescentado à condução do currículo: a gestão do processo educacional. Trata-se de uma gestão revestida de autoridade para sustentar uma intencionalidade política, executada de comum acordo, no que couber, com a gestão dos serviços de saúde, capaz de levar adiante, em todas as etapas da formação, dos aspectos considerados estratégicos para que o processo educacional possa alcançar o perfil profissional desejado. Assim, por intermédio dos gestores do SUS-DF e dos gestores do curso, foram sendo ‘transmitidas’ ao longo de todo o processo educacional e da gestão do currículo, as principais características dos serviços da SES-DF, a experiência na prestação dos serviços e as necessidades de reorganização dos serviços da rede assistencial.

Sabíamos da importância de realizar esse trabalho como enfrentamento dos problemas da formação médica descritos das diversas análises que se vem fazendo sobre o já centenário Relatório Flexner¹, de procurar superar o paradigma exclusivamente disciplinar, biologicista e instrucionista. Acreditávamos que o desafio de mudar uma realidade institucional dada é possível, desde que se lhe consiga contrapor uma nova abordagem, permitindo estabelecer novas e significativas relações. Procurávamos superar desconfianças e descrenças que, de forma recorrente, ressurgiam em muitas áreas da escola, geralmente por docentes afilhados

ao pensamento determinístico que atribui exclusivamente aos interesses econômicos do setor – mais especificamente aos apelos do mercado de trabalho – a prerrogativa de traçar perfis profissionais e ditar as normas de formação médica. Em contrapartida, argumentávamos sobre a validade e a possibilidade de sucesso desta iniciativa, lembrando que as décadas que precederam a legislação do SUS eram acompanhadas por um sistema de saúde que continuava sem uma política de formação de recursos humanos organizado suficientemente para o cumprimento de sua missão assistencial.

O tempo se encarregaria de mostrar que a ABP é um instrumento tão poderoso que deslocou – ou ‘protegeu’ – o currículo de tensões, como a que nos referimos acima.

O currículo de medicina da ESCS procura integrar as dimensões da teoria com a prática, da saúde individual com a saúde coletiva e do ensino com a prestação de serviços de saúde. Adotando as competências profissionais propostas pela Organização Pan-Americana de Saúde em 1999 e alinhando-se à definição do perfil do egresso contida nas DCN, acordou-se que quatro grandes programas educacionais – verdadeiros ‘pilares’ do curso – comporiam o currículo: um programa de cognição por meio de módulos temáticos interdisciplinares, um programa de práticas para as habilidades e atitudes profissionais, um programa por meio da interação ensino-serviços-comunidade, e um programa de estágio curricular obrigatório.

Enquanto os módulos temáticos enfocam o domínio cognitivo da aprendizagem, proporcionando uma base de conhecimentos que vão instrumentalizar a aprendizagem prática desenvolvida nos demais programas, o programa de habilidades e atitudes objetiva a aprendizado de habilidades clínicas e o desenvolvimento de atitudes e comportamentos essenciais ao exercício profissional no contexto da interação médico-paciente em todos os níveis de complexidade e nos diversos ambientes da prática profissional. Já o programa IESC é desenvolvido nas unidades básicas de saúde e no programa saúde da família da rede da SES-DF, onde se contextualiza e integra conhecimentos relativos aos diferentes domínios do

aprendizado abordados nos módulos temáticos e no programa de habilidades e atitudes. A IESC procura, ainda, dar legitimidade e autenticidade às práticas e experiências educacionais, permitindo a seleção e a proposição de solução para os problemas de saúde identificados junto à comunidade.

A orientação curricular por competência, voltada para os resultados a serem obtidos gradativamente até o final do curso, são expressos em termos de perfil do egresso ou de competência, com os quais os formandos são levados a alcançar indistintamente uma sólida formação geral antes de se especializarem, tornando-se aptos a receber seu grau de médico. Mais adiante demonstraremos o significado e a importância do espaço da articulação e das relações humanas, onde os diferentes saberes estão inseridos na trajetória curricular, que os estudantes percorrem e vivenciam para a aquisição das competências previamente definidas que visam os diversos domínios do ser. Resumidamente, apresentamos, na sequência, as bases de cada um desses quatro grandes programas que compõem o currículo de medicina da ESCS, os quais estão detalhados no Anexo A.

2.2.1 A cognição: os módulos temáticos interdisciplinares e a dinâmica tutorial.

Não se tratando de um currículo disciplinar e conteudista, os 'conteúdos' são apresentados sob a forma de problemas organizados em módulos temáticos interdisciplinares, que são executados sob a forma de sessões de dinâmica tutorial.

Cada módulo é preparado antecipadamente por um grupo de planejamento, responsável pela sua organização e seleção de problemas até a fase final de avaliação dos estudantes e do próprio módulo.

Realizada em pequenos grupos sob a responsabilidade de um tutor, cada estudante recebe, no primeiro dia de cada módulo, um Manual do Módulo que contém informações sobre a organização e o desenvolvimento do mesmo, contendo a semana padrão do período, elementos básicos explicativos sobre a dinâmica tutorial – os 'sete passos' – com o papel do tutor, do coordenador e do secretário na sessão, a

‘árvore’ temática e a relação dos problemas que compõem aquele módulo, a relação das palestras e das práticas do módulo, as referências bibliográficas sugeridas, e o sistema de avaliação tanto formativo – autoavaliação, avaliação interpares e avaliação do tutor pelos estudantes como somativo – o exame de avaliação cognitiva. Este, após sua realização, tem os seus critérios de correção divulgados. Ao final de cada módulo, os estudantes ainda participam da avaliação global de sua execução – se cada problema foi claro, evocou conhecimentos prévios, integrou disciplinas, abordou aspectos biossociais, integrou teoria com prática; a organização didático pedagógica – se o módulo foi organizado, se as palestras, as práticas e a infraestrutura foram adequadas, se houve integração com outros programas educacionais (habilidades e atitudes e IESC), integração com outros módulos anteriores; se as referências foram suficientes, e, por fim, uma avaliação geral quanto à importância do módulo para a formação e se ajudou a se motivar para os estudos.

A relação dos módulos do curso de medicina da ESCS, que são desenvolvidos ao longo de quatro anos, contempla: Introdução ao Estudo da Medicina; Concepção e Formação do Ser Humano; Metabolismo; Funções Biológicas I; Mecanismos de Agressão e Defesa; Abrangência das Ações de Saúde; Funções Biológicas II; Nascimento, Crescimento e Desenvolvimento; Percepção, Consciência e Emoção; Processo de Envelhecimento; Proliferação Celular; Saúde da Mulher; Sexualidade Humana e Planejamento Familiar; Locomoção e Preensão; Dor; Dor Abdominal; Diarreia, Vômitos e Icterícia; Febre, Inflamação e Infecção; Doenças Resultantes da Agressão ao Meio Ambiente; Perda de Sangue, Fadiga, Perda de Peso e Anemias; Transtornos Mentais e de Comportamento; Distúrbios Sensoriais, Motores e da Consciência; Dispnéia, Dor Torácica e Edemas; Desordens Nutricionais e Metabólicas; Manifestações Externas das Doenças e Iatrogenias; Emergências.

No Anexo A, na página 239, encontra-se um exemplar de manual de módulo temático interdisciplinar – Distúrbios Sensoriais, Motores e da Consciência, exemplar do tutor, que é da 4ª série do curso.

2.2.2 O saber-fazer na saúde individual: habilidades e atitudes profissionais.

Com o conceito de competência fortemente vinculado ao saber-fazer, mas não só, valoriza-se muito esta dimensão da formação e atuação profissional, abrindo-se espaços para atividades que promovem o aprendizado social e afetivo dos estudantes, integrando-se o saber-fazer ao saber-ser, saber-aprender e saber-conviver. Esses saberes são construídos tendo por princípio uma formação crítica, reflexiva e permeável aos limites e às demandas sociais, pavimentando o caminho para a formação de profissionais de saúde que possam atuar não só como profissionais competentes, mas também como agentes de transformação da realidade de saúde vigente no país.

Definem-se antecipadamente um conjunto de ações intencionais tidas como centrais para um adequado exercício profissional, cujas ações envolverão a mobilização de conhecimentos, habilidades e atitudes nas mais diversas combinações, devidamente ajustadas ao conhecimento do trabalho. Desta forma, a competência tem condições de ser traduzida na integração dos saberes necessário à execução de atividades profissionais segundo as necessidades de saúde da população.

O desenho instrucional diz respeito, assim, à intersecção de saberes em ação. Ele está voltado para o domínio de competências compondo uma matriz na qual constam os saberes técnico instrumentais, referentes ao saber-fazer, e os saberes sócio-afetivos referentes ao saber-ser, saber-aprender e saber-conviver. Na matriz, encontram-se, de um lado, os domínios de competência ou habilidades-chave serão: entrevista clínica, obtenção e relato de dados, exame físico, raciocínio clínico e tomada de decisão. Por outro lado, estas habilidades-chave são matriciadas com os valores, atitudes e comportamentos que permeiam ações que integram outros domínios da atenção à saúde, que envolvem o profissionalismo, composto por sua vez pela comunicação, ética, responsabilidade, humanismo e excelência profissional.

O programa integra, portanto, as áreas consideradas essenciais para o exercício profissional: semiologia, comunicação, procedimentos médicos e exames

complementares. A comunicação – área que é relativamente nova, se comparada às demais – tem tratamento profissionalizado devido à sua importância crescente na prática médica na atualidade, trazendo questões sistematizadas para reflexão, princípios de atuação e metas de aprendizagem.

Centrado em experiências reais, o programa prioriza o contato com o paciente e o trabalho em grupos, com colegas, instrutores e profissionais de saúde, procurando-se observar os aspectos éticos, humanísticos, sociais e psicológicos de que a atenção e a assistência devem ser revestidas. Técnicas de obtenção de história clínica, de destreza na realização de exame físico e de análise de dados de pessoa com diferentes níveis intelectuais e emocionais – para reconhecer suas ansiedades, incertezas, temores e expectativas – são desenvolvidas ao longo do curso, em graus crescentes de complexidade, procurando-se manter uniformidade e padronização na aprendizagem e, conseqüentemente, no atendimento pelo próprio estudante.

A discussão de caso clínico é sistematizada em 12 passos, cuja dinâmica de discussão obedece a uma rotina para casos selecionados pelo grupo de estudantes, indo desde a apresentação oral à reapresentação escrita do caso pelo estudante responsável, concluindo pelo planejamento dos cuidados do paciente e a avaliação formativa da atividade. É o momento, também, de se realizar a integração básico-clínica, correlacionando os conhecimentos oriundos da clínica e interdisciplinarmente com a anatomia, a fisiologia, a fisiopatologia, a farmacologia, a epidemiologia e outras disciplinas. Critica-se a excessiva valorização e uso dos recursos tecnológicos que restringe o exercício profissional a uma prática dependente de equipamentos por meio de exames complementares de laboratório e de imagem, procurando-se evitar que a fascinação pela tecnologia se dê em detrimento do exame clínico. Valoriza-se muito o treinamento de acesso à informação médica técnica e científica atualizada, desenvolvendo técnicas de leitura crítica.

Strito sensu, o programa tem a duração de quatro anos: o ciclo inicial (1ª e 2ª série) e o ciclo intermediário (3ª e 4ª série); porém, estabelece-se a mesma lógica de ensino

penetra como terceiro ciclo, durante os dois últimos anos da graduação – os rodízios realizados durante o estágio curricular obrigatório.

Em cada caso é ressaltada e valorizada a compreensão sobre o ser humano como um ser indissociavelmente físico, biológico, psíquico, social e cultural, e com essas dimensões, serem consideradas as ações de promoção da saúde e tratamento de doenças. Esta é a razão para a qual se enfatiza a comunicação ao longo do currículo, desenvolvendo no estudante a sistematização da capacidade de humanizar, da percepção da complexidade e da diversidade da natureza humana, da compreensão da pessoa doente e não apenas sobre a doença, do estabelecimento de laços e vínculos de confiança para, empaticamente, na relação médico-paciente, sejam obtidas as informações necessárias à definição diagnóstica e à decisão sobre o tratamento.

No Anexo A, encontra-se na página 262, um exemplar do manual do programa de habilidades e atitudes da 1ª à 4ª série.

2.2.3 O saber fazer na saúde coletiva: IESCS

Conforme dito acima, a IESC trata de um programa educacional que não só aproxima os estudantes de ferramentas da APS como da compreensão e atuação em redes assistenciais e de atenção à saúde. No Brasil, essa aproximação é representada pela organização do SUS, o que significa também expressar a importância da atuação do profissional no contexto das políticas de saúde demandadas pelo estado brasileiro. As ferramentas da APS que são desenvolvidas ao longo de primeiros três anos do curso de medicina visam ao acolhimento e à prática de cuidados individuais e coletivos, para o que se lança mão de Projeto Terapêutico Singular, do conceito de Clínica Ampliada, da técnica S.O.A.P para registro de prontuário, dentre outros, de modo a permitir a reorganização dos processos de trabalho e favorecer a produção de saúde. Em muitas ocasiões, em função do próprio objeto determinante do processo saúde-

doença, dá-se ênfase à atuação multi e intersetorial para intervenção sobre problemas de saúde identificados no território onde se atua. São ações também educativas, trabalhadas conjuntamente pelos estudantes, professores e servidores em unidades de saúde e em equipamentos comunitários, buscando-se gerar a autonomia dos sujeitos em temas relevantes da saúde pública.

A atuação preferencial é por intermédio da problematização, desenvolvida pelo educador Freire^{56, 57}, e sistematizada como 'Arco de Margueres' (1970)⁷⁰. Este consiste em cinco etapas: observação da realidade, levantamento de pontos-chave, teorização/ explicação, hipótese de solução e aplicação à realidade.

Tematicamente, são escolhidos processos saúde-doença representativos e com expressão epidemiológica, de grande demanda nos serviços de saúde e nas comunidades e territórios de atuação, Com isso, busca-se seu desempenho em áreas estrategicamente importantes para a saúde pública brasileira, como a atenção à saúde da mulher, atenção à saúde da criança, atenção à saúde do adolescente, atenção à saúde do adulto e do idoso, vigilância epidemiológica, curativos, vacinações, práticas integrativas e complementares de saúde, Doenças Sexualmente Transmissíveis-DST/AIDS e acolhimento.

Aos alunos é exigida a elaboração de um trabalho de caráter técnico – científico e sua apresentação sob a forma de pôster ou uma apresentação oral em um seminário realizado anualmente pelo programa educacional para toda a ESCS e SES-DF, ou uma publicação de artigo técnico ou científico em periódicos locais, regionais ou nacionais.

Sempre que possível, coloca-se os estudantes em situações imprevistas, em que se manifestam desafios cognitivos e contradições, levando-os a uma postura mais crítica da realidade.

Na 4ª série, esse programa é integrado com o de habilidades e atitudes/comunicação em diferentes cenários de ensino. Desenvolvido a partir do que foi adquirido pelos estudantes, desde a primeira série do curso, aplica-se, tanto no exercício do cuidado

individual como coletivo e em conjunto com os profissionais de saúde, as competências clínicas em unidades básicas de saúde como nas urgências e emergências, enfocando aspectos bio-psico-sociais do seu estudo e trabalho nas relações que os indivíduos estabelecem no seu contexto familiar e laboral. No desempenho, visa-se ainda à organização do cuidado, ao planejamento de atividades, à história e à evolução clínica, ao exame clínico, ao plano de cuidados e da terapêutica, além de preparo de apresentação e estudo de caso e de práticas educativas, do trabalho de grupo e do trabalho em equipe multiprofissional.

No Anexo A, nas páginas 325 a 372, encontram-se dois exemplos de manuais de IESC, o da 2ª série, completo, e o da 4ª série, cujo programa é integrado com a comunicação/ habilidades e atitudes, o qual, devido à sua extensão, anexamos apenas o índice.

2.2.4 Estágio curricular obrigatório: a consolidação de uma sólida formação geral da prática médica antes da especialização

Rodízios nas áreas gerais da prática médica durante dois anos letivos completam a formação médica propiciada pela ESCS. Trata-se da realização de estágios práticos regulares e obrigatórios a todos os formandos, realizados em períodos iguais contemplando as grandes áreas gerais da saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto – aspectos cirúrgicos e saúde do adulto – aspectos clínicos, além de saúde coletiva. Ocorrem em ambientes de ambulatórios gerais e de especialidades, serviços de urgência e de emergência, enfermarias, centro cirúrgico e centro obstétrico e berçários (normal e Unidade de Tratamento Intensivo- UTI) predominando a ‘metodologia’ estudo-trabalho. O rodízio em saúde coletiva promove a consolidação de conhecimentos e de práticas em redes de atenção e sua gestão; de práticas de atenção à saúde; dos procedimentos assistenciais em ambientes de famílias e da comunidade e em programas epidemiologicamente prioritários da SES-SF e do SUS,

inclusive de saúde mental, da prevenção e os cuidados dispensados a usuários de drogas e álcool.

Ainda se carece de melhores definições teóricas e estruturações pedagógicas, de uma ampla articulação entre formação geral fornecida pela graduação e pela formação especializada fornecida por meio dos programas de residência médica – inclusive sobre a diferenciação desse período do ‘internato’ com os programas de residência médica. Não há, ainda, perspectivas de se promover mudanças substanciais no ‘espaço’ das especializações, colocando em dúvida todos os esforços feitos durante a graduação – mas esta é outra discussão. Esse período, importantíssimo para a fase final da profissionalização, contudo, apesar dos esforços feitos pelos docentes e preceptores, reforçando todo o aprendizado anterior por uma prática médica humanizada e na lógica preconizada pelo currículo de estudos, ‘o limite do possível’ é alcançado e definido pela estrutura dos serviços da SES-DF. Observe-se que este período de estudos corresponde aos dois campos, e é onde mais se aproximam, com a hegemonia do que deu origem à educação médica.

No Anexo A, na página 399, encontra-se o manual do Estágio Curricular Obrigatório 5ª e 6ª séries.

Por fim, cabe salientar que as atividades de avaliação da aprendizagem contidas em cada manual/programa educacional possuem o suporte de um programa informatizado que a ESCS desenvolveu para todos os sistemas de avaliação que utiliza, que tem condições de emitir relatórios regularmente aos docentes e gestores do curso.

O surgimento da ESCS como resposta ao problema dos recursos humanos médicos do DF criou a expectativa de que o médico formado por essa escola deveria ter o domínio dos aspectos biológicos e tecnológicos atualizados da profissão, mas também ser capaz de ir além: ter formação humanística para prestar serviço ao SUS enquanto um importante instrumento de uma política pública, sendo que para isso – formar para o SUS –, isto é, para formar para uma política pública, é preciso um

entendimento sobre o SUS e a própria política de saúde, compreendê-los como uma resposta de um poder instituído por meio de uma política pública.

2.3 O CURSO DE MEDICINA DA ESCS COMO CASO PARTICULAR DE EDUCAÇÃO MÉDICA: OBJETO DE ESTUDO E MÉTODO DE ANÁLISE

A escolha do objeto, da teoria e do método geralmente fazem parte das preferências pessoais do autor, forjados que foram em sua trajetória enquanto sujeito histórico. Encontramo-nos empenhados em ampliar e reconstruir nosso objeto de pesquisa, haja vista a categoria explicativa currículo não permitiu conhecer a rede multidimensional de relacionamentos que ele, o currículo da ESCS, permite estabelecer. Antes, porém, da construção do nosso olhar, levaremos em consideração Bourdieu⁶⁵ que, ao discutir sobre a rotina cultural imposta e intercalada pela educação, sugere algumas questões que devem ser consideradas – e que adotamos – para a prática da pesquisa. A primeira foi nos colocarmos, enquanto pesquisador, numa prática de objetivação participante, que propõe um

exercício (de) ruptura (em relação) às aderências e às adesões mais profundas e mais inconscientes, justamente aquelas que, muitas vezes, constituem o 'interesse' do próprio objeto estudado para aquele que o estuda, tudo aquilo que ele menos pretende conhecer na sua relação com o objeto que ele procura conhecer (2001, p. 51).

Acreditamos estar atendendo a esta premissa por termos realizado um descolamento de nossa relação com o objeto de estudo, tendo deixado de ser participante ativo no movimento realizado para estruturar a ESCS para ser um pesquisador da iniciativa dessa modalidade de educação médica. O deslocamento realizado – sair de uma posição de intervenção direta no campo da elaboração das estratégias de ação para uma posição mais afastada sobre os sentidos do estudo – permite confrontar os instrumentos teóricos com a proposta da ESCS para a formação médica, e ao fazê-los 'funcionar' em um estudo de caso sobre mudanças na educação médica,

procuraremos desvelar o campo da educação médica enquanto local de produção social.

Para penetrar no pormenor do nosso objeto de estudo, estabelecemos um processo de conversão do olhar – uma ruptura – procurando ‘dar um novo olhar’. Com isso adquirimos uma visão global justamente porque nos afastamos do objeto, procurando renunciar à tentação de nos servir da ciência para nele intervir. Posteriormente, será possível optar pôr em ação conhecimentos teóricos adquiridos.

No presente caso, julgamos ser necessário um ‘novo olhar’ porque, conforme detalhamos no subcapítulo 1.1, a maioria dos estudos sobre mudanças na educação médica existentes na literatura são dirigidos geralmente pelo olhar tanto estruturalista como pedagógico. São geralmente trabalhos que versam sobre a busca de explicações dos aspectos gerais das reformas sobre educação médica, sobre novas metodologias de ensino-aprendizagem e suas avaliações, sobre análise de conteúdos temáticos, sobre percepções dos atores diretamente envolvidos, sobre críticas aos movimentos de reforma curricular. Ademais, os estudos que têm como objeto escolas médicas, as quais têm base diversa da ESCS, pois esta situa-se, integralmente, em uma SES, e o SUS, que correspondem a sistemas de saúde. Há também estudos que versam sobre a discussão entre o corpo humano e a biopolítica – promovida por autores como Foucault (2001)⁷¹, ou sobre a educação médica na ordem social capitalista – como os promovidos por Schraiber¹⁴. São estudos que geralmente têm como objeto de estudo questões cujas indagações diferem das que fizemos relativas à ESCS, que se encontram no final do subcapítulo 3.3. Assim sendo, diferentemente, pelo fato de nossas indagações serem oriundas de uma escola baseada no SUS, tratam de temas de educação médica muito pouco estudados ou não estudados. Nossas indagações são oriundas de uma escola de medicina que vai além – e esse é o foco da nossa tese – uma escola que forma para dar conta tanto da humanização no SUS como dar conta de uma formação orientada para o SUS como política pública. Uma escola que forma profissionais por meio de procedimentos pedagógicos e por meio de uma matriz curricular – no que a ESCS tem similaridade com outras escolas – que, ao fazê-lo por meio de uma radical integração ensino-serviços e da

gestão da aprendizagem intermediada pelo SUS através de seus profissionais, de onde são selecionados todos seus professores, preceptores e gestores, alcança resultados que proveem de outros tipos de relações que ela estabelece que não são propiciadas por outras escolas aos seus estudantes. Se ela orienta uma formação mais adequada para as redes públicas de atenção à saúde e de assistência, formando médicos para dar conta não só dos aspectos biológicos e tecnológicos essenciais da profissão, o que a caracteriza? O que a explica? A ESCS como ela é – qual é a teoria que dá conta de sua análise? Ao mesmo tempo em que não tínhamos respostas a essas indagações, surgiam outras. Dissemos que à medida que seguíamos o desenvolvimento do currículo do curso de medicina da ESCS acumulavam-se inquietações que podemos resumir assim: estamos formando melhores médicos, em condições de atender às políticas públicas, ou estamos operando apenas uma formação médica mais ‘moderna’, porém ainda dentro do paradigma tradicional? Objetivamente, como pode uma escola, sem forte tradição acadêmica e sem base disciplinar, ter alcançado sucessivamente excelentes resultados em avaliações externas, situando-se sucessivamente por três vezes na faixa máxima do ENADE/MEC – o que foi conseguido por apenas outra escola, como mostra a Tabela 2 apresentada na página 113.

Para responder a essas indagações, são necessárias explicações que superem teoricamente as muitas dificuldades oriundas da multiplicidade de estruturas conceituais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas às outras, que são simultaneamente estranhas, irregulares e não explícitas.

A necessidade de ‘ir às próprias coisas’ exige um instrumento de percepção apropriado. Com essa exigência de sair da intuição, procuramos o método mais adequado para o nosso estudo e buscamos nos orientar por uma concepção teórica. Como os demais campos, o campo de estudos da educação médica oferece, enquanto campo de pesquisa, outras possibilidades de informações, porém continuaremos a nos fixar no que consideramos ser a categoria explicativa central – o currículo – sobre educação médica e continuar a busca por compreender e explicar melhor a experiência da ESCS.

Sendo o método uma forma de nos aproximar da realidade que nos propusemos estudar e entender, e sendo várias as possibilidades metodológicas, detalharemos a que optamos. Ao discutir objeto e método de pesquisa, Bourdieu⁶⁶ põe em questão a usual primazia do método em detrimento do pensamento ou de reflexão. Afirmando haver uma oposição falsa entre “teoria” e “metodologia”, o autor recusa essa divisão em duas instâncias separadas por estar convencido que “não se pode reencontrar o concreto combinando duas abstrações” (p. 23-24)⁶⁶. Quanto à construção do objeto, ele afirma que não é algo que se produza de uma única vez. É um trabalho de fôlego, que se realiza para perceber retoques sucessivos, por correções e emendas, sugeridos por princípios práticos que orientam as opções.

A teoria que utilizaremos – campo, *habitus* e pensamento relacional – tem a ver, em certo sentido, com o próprio modo de construção do objeto. Ela vai orientar as opções práticas da pesquisa. Procuramos perceber nosso objeto por meio dessa noção, cuja base teórica desenvolveremos no seguinte subcapítulo, o 4.2.

Nosso objeto mais imediato será sobre os sentidos do projeto da ESCS: aqui, a ESCS será tratada como campo da educação médica, enquanto local de produção social de uma modalidade concretizada de ‘proposta para a formação médica’. Ela encontra-se nessa situação por estar revestida da capacidade de falar e agir legitimamente, isto é, de maneira autorizada e com autoridade, pois é socialmente outorgada como um agente determinado. Assim sendo, tendo a ESCS como objeto, nosso objetivo é examinar mais atentamente temas sobre educação médica que essa modalidade de formação apresenta e sobre os quais ainda se têm muitas dúvidas ou que ainda não foram abordados.

Tendo como objeto mais imediato os sentidos do projeto da ESCS, nosso estudo exploratório teve como objetos particulares buscar os significados e os benefícios que advêm da integração ensino-serviços para a educação médica, o que estabelece uma nova relação entre a formação médica e a gestão de uma rede de serviços de saúde. Fixaremos nosso interesse num PPP delimitando sinteticamente o objeto ESCS, descrito na Figura 2, que destaca a importância desta relação.

Desta forma, tratada a ESCS como campo da educação médica – ‘um caso particular do possível’ – e enquanto local de produção social de ‘proposta para a formação médica’, a opção metodológica está baseada na ideia de que, ao analisar detalhadamente o que ocorre na ESCS e buscar compreender em profundidade suas características, possamos identificar significados para o contexto e a situação mais geral da educação médica.

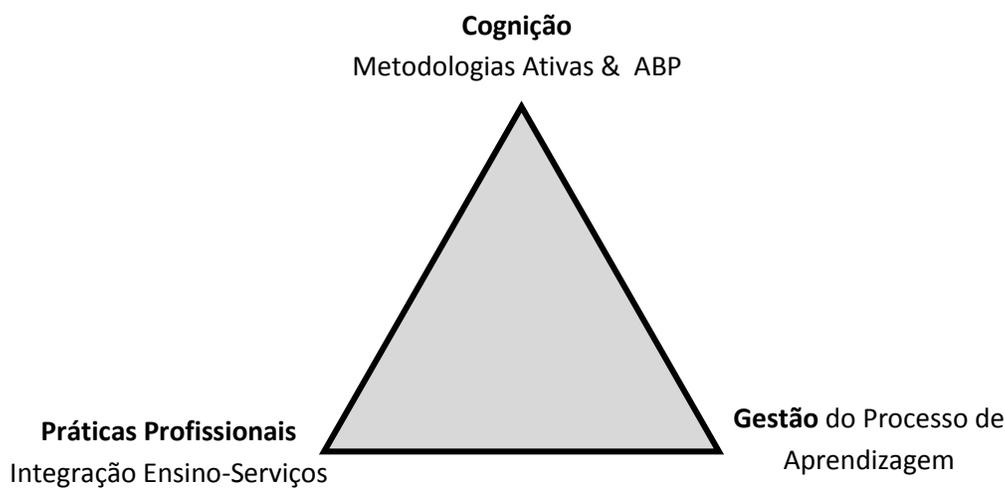


FIGURA 2 - Belaciano MI. Elementos essenciais do Currículo Integrador da ESCS como objetos de estudo.

Nesse sentido, é o caso da ESCS encontrar-se em um campo de políticas, que se constitui em campo de atuação social e definido por sua natureza social. Nosso objeto de estudo emerge com predomínio de uma complexa rede de relações sociais. Por meio deste campo, pensando relacionalmente, podemos colocar em evidência ou explorar as relações que o currículo da ESCS estabelece e que queremos destacar.

Recordamos de Garcia²⁸ que o processo de ensino é o conjunto de etapas sucessivas pelas quais passa o estudante até transformar-se em médico. Neste processo, distinguem-se atividades, meios e objetos de ensino.

A razão pela qual o processo ESCS de formação médica, analisado como objeto de estudo, poder ser visto como um campo de estudo interessado em atender às

necessidades de formulação de políticas institucionais para formação de médicos – pois na medida da proposição de suas diretrizes para a intervenção, age diretamente sobre a instituição ‘formar médicos’ e, indiretamente, sobre a saúde da população sob a responsabilidade da SES-DF/SUS – é que o tema da reforma curricular é um espaço de produção de conhecimentos educacionais, permitindo procurar compreender ‘cientificamente’ as questões pertinentes à formação dos médicos,

Os agentes de um determinado campo possuem, respectivamente, diferentes *habitus*, conforme visto em Bourdieu⁶⁶, que são adaptados às exigências e às necessidades do campo em questão, sendo o *habitus* um

sistema de disposições duráveis e estruturadas predispostas a funcionarem como estruturas do indivíduo, onde se incluem regras e valores oriundos dos processos de socialização (Bourdieu, p. 60).

Diz ele ainda que “Todo o campo é lugar de uma luta mais ou menos declarada pela definição dos princípios legítimos de divisão do campo” (p. 149).

E, mais ainda, que

Como o objeto em questão não está isolado de um conjunto de relações, para analisar este tipo de objeto, complexo, é preciso pensar relacionalmente tanto as unidades sociais em questão como as suas propriedades (p.27).

A complexidade de recortar o objeto de estudo é uma decorrência – histórica – do campo da educação médica ter imposto a qualquer escola médica uma interface que, em sua quase totalidade, sobrepõe-se com o campo da medicina. Sendo o vínculo estrutural estabelecido entre o curso de medicina e a rede de serviços de saúde um aspecto central para que as mudanças que são buscadas ocorram e sejam sustentadas, o sentido da análise desse objeto deve ser sobre essa mesma totalidade. Concretamente, temos que buscar um método de análise que forneça os sentidos do modelo da ESCS de construir um caminho de formação de médicos para corresponder ao que é preconizado pelo SUS.

Como nosso objeto em questão, complexo, encontra-se envolvido em um conjunto de relações, que são aspectos que se têm mostrado relevantes para a análise tanto das unidades sociais em questão como as suas propriedades, o pensamento relacional pode ser revelador das mesmas, afirma Bourdieu⁶⁶. Interessa-nos, sobretudo, examinar melhor o espaço da formação curricular que, expresso não apenas pelo espaço das práticas pedagógicas a que os estudantes são sujeitados, mas também por representar o contexto das macro – políticas de saúde e educação, por abrigar o espaço institucional com o espaço de sua gestão e de sua articulação concreta com os serviços de saúde. No decorrer deste trabalho, buscaremos, com a iluminação desse objeto pelo referencial teórico, fornecido por Bourdieu⁶⁶, uma explicação mais ampla do modelo da ESCS e, se possível, tornar clara a comprovação de seu sentido.

Optar por esse objeto de estudo levou-nos a não realizar um percurso ‘típico’ de uma pesquisa: definição do problema-hipótese-referencial teórico-metodologia-pesquisa de campo-resultados e discussão/conclusões. Em termos de conhecimento, nosso trabalho é um estudo exploratório-descritivo. Desta forma, o *modus operandi* deste estudo será sobre uma empiria, a qual será cotejada à luz de um referencial teórico, buscando explicações *a posteriori* sobre o fenômeno estudado. A construção analítica será sobre a Figura 2 (p. 88). Metodologicamente, portanto, faremos um caminho diferente: considerando esta empiria, cotejaremos este objeto de estudo à luz de um referencial teórico e buscamos explicações *a posteriori* sobre o fenômeno estudado.

Para esse percurso, utilizamos as noções fornecidas por Fiorin e Platão (2000)⁷², de quem adaptamos a Figura 3 a seguir. Eles sugerem uma metodologia por nós apropriada para este estudo exploratório-descritivo, por meio da seguinte sequência: estabelecimento de fundamentos ou princípios gerais; expressão de uma afirmação; mostra de evidências; estabelecimento das ressalvas que limitam nossas conclusões ou condicionam nossas afirmações. Em termos de conhecimento, nosso estudo define-se como exploratório-descritivo. Do ponto de vista científico, descrever é coletar informações sobre os conceitos ou variáveis a que o objeto se refere. Fundamentalmente, seu valor máximo é descrever um feito ou situação que ocorre.

Para Sampierri; Collado e Lúcio (2006)⁷³ os estudos descritivos procuram especificar as características de qualquer fenômeno que se submete à análise.



FIGURA 3 - BOOTH, Wayne C., COLOMB, Gregory G. e WILLIAMS, Joseph M., A arte da pesquisa. São Paulo: Martins Fontes, 2005, cap. III, p. 113-194, Com adaptações

Em geral, os estudos descritivos fundamentam pesquisas correlacionais, as quais por sua vez proporcionam informações para dar continuidade a estudos explicativos, que por fim geram entendimentos e são bem estruturados. Por outro lado, esses autores utilizam a classificação de Dankhe para explicar que os estudos exploratórios – dentre outras definições – “são uma realização para objetivar o exame de ideias ou pesquisas em base de novas perspectivas e ampliar os estudos existentes”. (Dankhe, 1989; *apud* Sampierri; Collado e Lúcio, 2006, p. 101)⁷³. Determinando tendências e

identificando áreas de estudo, essa modalidade de estudos serve para obter informações visando à possibilidade de realizar uma pesquisa mais completa, identificar conceitos ou variáveis mais promissoras, estabelecer prioridades sobre pesquisas futuras ou sugerir afirmações e postulados. Tais estudos servem muito para preparar o campo e, em geral, antecedem os estudos descritivos, correlacionais ou explicativos. Esses estudos caracterizam-se ainda por terem maior flexibilidade na sua metodologia. Ainda que sejam pouco elaborados, podem oferecer a possibilidade de previsões. Em comparação com estudos descritivos, correlacionais e explicativos, os estudos exploratórios implicam maiores riscos por serem mais amplos e dispersos do que estes outros tipos de estudo⁷³.

No presente caso, o fator decisivo que influenciou nossa escolha de realizar uma pesquisa exploratório-descritiva é que, conforme dissemos ao descrever e analisar os dispositivos pedagógicos utilizados pela ESCS, o conhecimento atual, revelado pela revisão da literatura sobre o tema educação médica, necessita que sejam explorados novos enfoques, de onde podem ser selecionados temas não pesquisados ou ideias vagamente relacionadas com a educação médica, delineando-se problemas-perguntas. Uma vez que do ponto de vista científico descrever é coletar informações para especificar características de fenômenos que se quer submeter à análise, no presente caso, as informações que analisaremos serão as relativas à ESCS.

Pesquisas sobre temas complexos – e a educação médica é um tema complexo – geralmente requerem diferentes etapas de desenvolvimento, sendo possível que uma pesquisa se inicie como exploratória para, numa outra fase, ser seguida de uma outra pesquisa explicativa. Ainda que, em essência, nosso estudo seja um estudo exploratório, acreditamos ser possível, em estudos futuros, ele poderá vir a embasar estudos correlacionais ou explicativos. Cremos que o valor da exploração servirá para nos familiarizar com fenômenos relativamente desconhecidos a fim de possibilitar futuras pesquisas, mais completas. Não se constituindo nosso estudo apenas em um fim em si mesmo, julgamos poder contribuir para que se explorem novas tendências, identificar áreas, ambientes e relações potenciais correlacionados com a educação médica.

Para Sampierri; Collado e Lúcio⁷³ o estudo de caso não é uma escolha de método, mas do 'objeto' ou da 'mostra' a ser estudada. O caso é uma unidade básica de pesquisa, podendo tratar-se de uma organização, sendo que no nosso caso a realizamos do ponto de vista de um diagnóstico. Esse autor diz ainda que o caso deve ser tratado com propriedade, buscando um completo entendimento de sua natureza, circunstâncias, contextos e características, tal como estamos fazendo ao definir a ESCS como objeto de estudo e com ele lidar como um estudo de caso.

O estudo de caso vem da tradição da pesquisa médica e psicológica, de onde foi adaptado, sendo uma das principais modalidades de análise das Ciências Sociais aplicadas ao campo da saúde. Da tipologia de estudo de casos classificados por Sampierri; Collado e Lúcio⁷³, caso possamos explorar e descrever a razão por que a ESCS tem conseguido corresponder aos problemas apresentados pela formação médica contemporânea, – ou seja, se de fato ela atende aos seus objetivos mediante sua forma peculiar do trabalho educacional – sob um novo enfoque curricular. O 'objeto ESCS' como um estudo de caso é do tipo que pode fornecer material de conhecimento para nosso tema.

Apesar das restrições ao estudo de caso, cujas principais críticas e limitações relacionam-se ao seu poder de generalização – já que não se pode garantir que as características do caso estudado sejam típicas e, portanto, passível de generalização – seu estudo pode vir a construir um conhecimento que, para além da mera descrição, possa captar significados, sentidos, eixos de tensão, contradição e resistência subjacentes à constituição da realidade em pauta. Essa possibilidade sustenta-se na premissa de que é possível conhecer as relações e os fatores que interferem na situação em estudo. No caso da ESCS, o estudo de caso é sobre uma escola vocacionada, com um currículo que tem uma situação particular e uma gestão explicitamente intencionada para formar, para essa mesma rede e para uma política pública de saúde e um *lócus* privilegiado, o contexto de uma rede de serviços de saúde. Essa é a razão pela qual em nosso trabalho o currículo continua sendo o tema mais estratégico, uma vez que cuidar da formação dos estudantes é cuidar do currículo por meio da gestão da aprendizagem, do desenvolvimento dos docentes, da

avaliação da aprendizagem. Priorizar o currículo – categoria que consideramos relevante para o campo especializado da educação médica – permite-nos destacar também outras subcategorias que com ele se relacionam, tais como o trabalho médico e o mercado de trabalho, a gestão e a institucionalização das mudanças do processo de formação, a identidade e a cultura, que estão presentes no espaço social onde a educação médica se desenvolve. O estudo de caso seguirá sendo desenvolvido com base na análise documental dos instrumentos e dados produzidos pelo processo educacional institucional, descritos nos subcapítulos 2.2 e 3.2 e nos Anexos A e B. Permitem investigar a ESCS, fornecendo um panorama preciso para o entendimento do contexto e do processo educacional por ela promovido.

Servindo como objeto de estudo, a ESCS não pode ser compreendida como generalização, pois enquanto simplesmente um estudo de caso, o modelo não pode explicar uma lei maior sobre o funcionamento geral da educação médica. Porém, suas características essenciais, à luz de um referencial teórico, podem ser adequadamente interpretadas. Torna-se possível destacar alguns pontos do campo que se organizam em torno desses interesses: o espaço institucional onde se desenvolve a formação médica e o espaço das macropolíticas de saúde e de educação. A partir dessas ideias, transcrevemos o diagrama da Figura 4 elaborado por Cruz⁴ que demonstra os espaços que compõem o campo da educação médica.

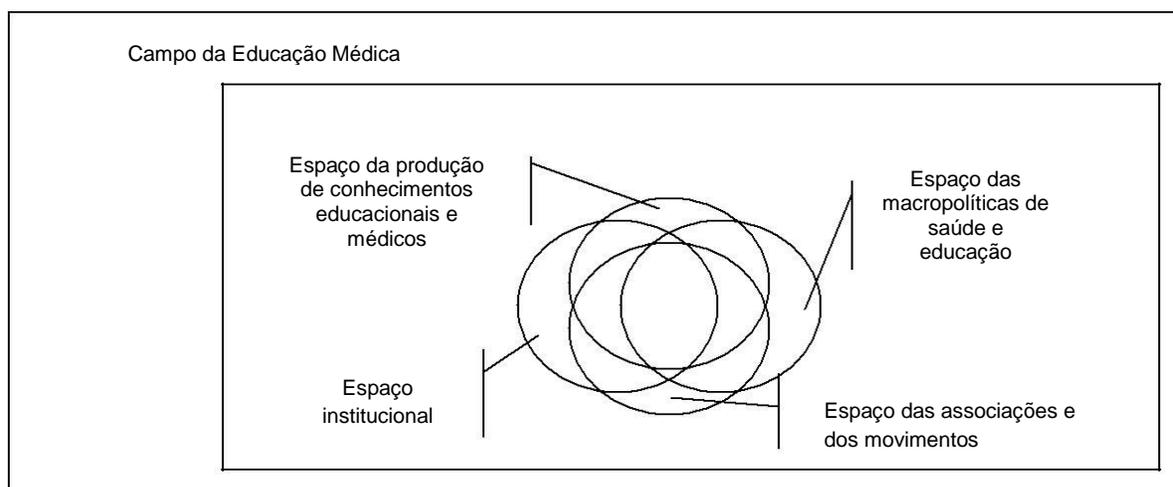


FIGURA 4 - Cruz KT. *Espaços que compõem o campo da educação médica*. [Dissertação de Mestrado, Page 83]. Campinas: UNICAMP/FCM; 2004.

Ao identificar seus pontos de aparecimento, interessa-nos mapear e destacar os elementos que contribuem tanto para sua conservação como para sua transformação.

No capítulo 5, seguiremos discutindo os achados, os resultados da pesquisa, colocando em questão o desenvolvimento histórico próprio da ESCS no contexto da formação médica em geral.

CAPÍTULO 3 - TEORIA CURRICULAR E RESULTADOS DE UMA NOVA PRÁTICA EDUCACIONAL

Ao incidir sobre a realidade que se pretende racionalizada e explicada, a teoria permite ‘abrir o campo’ quanto à natureza do pensamento científico curricular sobre problemas que são especificamente educativos – e é este o propósito deste capítulo.

3.1 FUNDAMENTOS PARA HUMANIZAÇÃO DE UM CURRÍCULO INTEGRADOR

Quando indagamos aos professores ou a um gestor de um curso de medicina ‘em que base teórica se baseia o currículo com o qual ele trabalha’, é raro receber uma resposta adequada afirmando, não raramente, que ‘o currículo se basta por si só’. Geralmente, eles desconhecem a necessidade e a importância que uma teoria curricular tem. Entretanto, segundo Young (2014)⁷⁴, na medida em que precisamos responder mais diretamente à pergunta ‘o que todos os alunos deveriam saber ao deixar a escola?’, não resta dúvida de que hoje não há questão educacional mais crucial do que o currículo.

Ao se explorar as mudanças na educação médica, ambas as questões acima são a razão de por que neste capítulo mostraremos a importância e a necessidade de que o trabalho mudancista médica seja realizado, tendo por base uma teoria curricular apropriada. No Brasil, recentemente, o currículo para a formação de médicos vem ganhando destaques devido às discussões trazidas pela maior divulgação e uso de vários instrumentos da política educacional nacional – diretrizes, parâmetros e referenciais curriculares nacionais. Eles vêm sendo utilizados pelos sistemas de autorização, credenciamento, avaliação e credenciamento de cursos e instituições de ensino superior.

O currículo remete ao PPP da instituição, que é a referência ao papel técnico e político que ela se propõe desempenhar. Esse papel é mediado pelo currículo, que é considerado a 'espinha dorsal da escola'. O currículo é sua identidade, e seu ponto de apoio. Articulando toda a prática docente e discente, o currículo, juntamente com a escola, compõe uma unidade básica que vai ser considerada na presente análise. Os estudos sobre currículos possibilitam uma reflexão crítica e coletiva sobre o recorte da cultura, sobre o conhecimento a ser ensinado e as atividades práticas a serem desenvolvidas. Realizar e tomar decisões curriculares é, segundo Vasconcellos (2011)⁷⁵, guiar-se por um propósito, colocando em pauta a organização da escola como um todo, e favorecendo a sistematização da prática pedagógica no que diz respeito a necessidades, finalidades, metodologias, relacionamentos e avaliações.

Ao se adotar o formato de um currículo, há de se ter em vista que se encontra subjacente a ele uma teoria curricular, mesmo que implicitamente. Deve-se ter consciência da razão pela qual existem, para uma mesma finalidade, desde currículos hiperpadronizados até outros muito específicos, de transformação curricular genuína. Esta é a razão por que, para identificá-los, é necessário disponibilizar elementos teórico-metodológicos à escola, aos gestores, coordenadores e professores, visto que geralmente faltam-lhes instrumentos teóricos educacionais adequados. Importa fazer uma reflexão cuidadosa, que toca tanto em pontos objetivos como subjetivos. Mais do que prescrever, é necessário descrever, relacionar e levantar hipóteses sobre o funcionamento da escola, utilizando o conhecimento sobre o currículo como uma das ferramentas necessárias a esse trabalho desenvolvido pela educação, inclusive para a educação médica.

Existem práticas significativas nas escolas, com grande desempenho por parte de muitos educadores, mas frequentemente percebe-se que há práticas fragmentadas que resultam em mudanças efêmeras. Não envolvem toda a escola e a 'alma' da escola, que é o currículo. Geralmente não se considera que o uso de uma mesma estratégia ou metodologia pode dar resultados completamente diferentes. Quando refletimos sobre as formas de implantar um ensino inovador, é comum se assumir, sem se questionar, o modelo disciplinar que está dado. Muitas escolas fazem apenas

alguns ajustes na velha estrutura ou ficam simplesmente gerenciando os equívocos atuais da escola. A palavra mudança tem sido usada automaticamente e sem significado, e por isso muito banalizada. Conseqüentemente, desconsidera-se que conteúdos e metodologias são meios ou instrumentos, e não fins. Observa-se, na linha do tempo, a incrível inércia do currículo escolar em relação ao movimento da sociedade e das ideias pedagógicas. A lógica do currículo disciplinar instrucionista não tem sido muito alterada, quando uma das razões dos descaminhos atuais da escola continua sendo seu currículo disciplinar e instrucionista.

Por opção, ao seguir outro caminho, a ESCS fez diferente. Ela pretendeu alterar, entre outras coisas, o esquema tradicional de ensino: o paradigma do ensino como mera transmissão – escutar, copiar, anotar, mecanizar com exercícios de ‘fixação’, memorizar e reproduzir na prova. Para ‘o que fazer’ ser significativo, com a consciência da grande dificuldade para se reorganizar efetivamente a estrutura curricular, previamente foi necessário, no caso da ESCS, rever profundamente a estrutura curricular em vigor na educação médica no Brasil.

Segundo Lundgren (1983)⁷⁶, o currículo é um projeto formativo e ocorre em articulação com normas administrativas e jurídicas. Simultaneamente, ele pode ter duas funções: 1- uma função formadora de habilidades e competências relativas a um contexto sociocultural, institucional e didático; 2- uma função de tomada de decisões didáticas. Qualquer que seja a sua forma, considera-se sempre que o desenvolvimento curricular integra quatro itens principais – justificação teórica, elaboração ou planejamento, operacionalização e avaliação. Porém, o desenvolvimento do currículo sem uma teoria pode ter resultados indesejáveis, daí ser necessária uma reflexão teórica. Existe uma ideologia subjacente a qualquer decisão curricular, sendo que sua concepção e implementação ultrapassa o âmbito dos professores e engloba os contextos político-administrativo e de gestão.

Enquanto instrumento de formação, a teoria do currículo situa-se no campo teórico prático, pois o currículo existe em função de um objeto socialmente determinado e, portanto, podemos definir esse campo teórico como questões não só de ordem

reflexiva como também valorativa. Por não se reduzir a problemas de aplicação de saberes especializados desenvolvidos por outras disciplinas, o currículo é, nas palavras de Kemmis e McTaggart (1988)⁷⁷ um terreno prático, socialmente construído e historicamente formado.

O exame do currículo – que, no nosso caso, é a ESCS – precisa se dar mediante dimensões que configuram três teorias – técnica, prática e crítica – de onde podem resultar diferentes abordagens para a descrição, explicação e compreensão do fenômeno.

Considerando uma abordagem que faz uso da teoria técnica, observa-se que sobressai um interesse técnico e uma lógica prática do desenvolvimento curricular, com o predomínio da mentalidade técnica, tendo como fundamento que a teoria leva à prática para a formação do médico que precisa desenvolver a técnica para sua uma prática profissional.

A teoria prática, segundo Kemmis (1988)⁷⁸, se caracteriza por um discurso humanista, uma organização liberal e uma prática racional, que reforçam a concepção do currículo como processo e não simplesmente como produto. Na ESCS, interpretamos como sendo um diálogo franco e uma organização aberta, visto que para Grundy (1987)⁷⁹ falar do currículo como prática é referir-se à interação entre alunos e professores, considerados sujeitos, pois esta autora dá importância ao ato pessoal de procura de significado. Mas sendo o currículo um instrumento de produção de sentido, seu texto deve ter condições de resolver o problema da representação e sua complexidade se deve ao fato de ele ser carregado de sentidos; portanto, a teoria e a prática interagem e se influenciam mutuamente.

Mas essa forma de pensar o currículo fica mais clara na perspectiva de uma abordagem segundo a teoria crítica, que se caracteriza, segundo Kemmis⁷⁵ por um discurso dialético, uma organização participativa, democrática, comunitária e por uma ação emancipatória. Esta forma admite uma proximidade com a concepção técnica se considerarmos a necessidade de precisão nas ações médicas, tanto quanto na concepção prática quando consideramos uma organização comunitária.

Como se vê, o tema currículo é polissêmico, possuindo diversos sentidos. Os sentidos que buscamos são a humanização na formação médica e a adequação do perfil de formação a uma rede pública de assistência e de atenção. Seguiremos, assim, o raciocínio de Vasconcellos⁷⁵, para quem resumidamente existem duas compreensões que buscam um sentido ao currículo:

1- o currículo como proposta curricular, seleção e experiência de aprendizagem, de desenvolvimento feito por instituição de ensino; sequência ordenada de estudos, estruturação de espaços, tempos e saberes; forma de trabalho de docentes, objetivos, formas de avaliações, o que se pretende ensinar e como a escola vai se organizar para isso;

2- o currículo como percurso efetivamente feito pelo sujeito na escola. Nesse sentido, é a trajetória do educando.

Segundo este autor, assumimos uma visão ampliada e integral do currículo como 'projeto de formação', projeto esse que demanda a elaboração e a realização interativa, e não uma simples redação de documentos a serem formalmente relacionados que envolve intenção e realidade. Visto sob este prisma, o currículo abarca o conjunto de formulações (saberes, programas, disciplinas, estruturas) e experiências propiciadas pela instituição de ensino (atividades, práticas, vivências) para a formação dos sujeitos – educandos – de acordo com a finalidade a que se propõe.

Do ponto de vista teórico-metodológico, ainda segundo Vasconcellos⁷⁵, currículo é da ordem da mediação, fruto da tensão que se estabelece entre intencionalidade (projeção da finalidade) e a realidade (análise da realidade) que se tem. Historicamente, há um *curriculum* do currículo. Até pouco tempo, a ênfase curricular pedia quase exclusivamente para um objeto de conhecimento a-histórico, pouco se falando de sua relação com o contexto. É de meados do séc. XIX, mas ainda muito predominante na atualidade, a configuração curricular como uma única atividade do único docente, desenvolvida em um único ato para todos os alunos e a configuração do ensino simultâneo-ensinar a todos como se fosse um.

Essa configuração surgiu vinculada à expansão da escola e à necessidade de atender um número crescente de estudantes. A mudança paradigmática – considerar a ação do discente como sujeitos do currículo – é muito recente. Hoje, como resultado da interação entre os currículos dos sujeitos, o currículo do objeto e o currículo da realidade, procura-se estruturar o currículo para que corresponda a mudanças temáticas que privilegiam os elementos básicos da situação – sujeitos, objeto do conhecimento e realidade – o que nos permite depreender o quanto o currículo é um artefato cultural e social, estando à mercê do jogo de forças de interesse de cada momento histórico. O currículo não tem valor nele mesmo, visto que não é o valor da teoria nem são os métodos, isoladamente, que fazem a diferença. Influenciam muito o currículo a concepção que se tem da educação, a ênfase no sujeito, o público a que se destina e a realidade.

Ainda que não seja nosso objeto de estudo detalhar a ampla classificação existente sobre os currículos, enfatizamos a necessidade de criticar a concepção puramente técnica que ainda é muito utilizada, seja por modismo, pelo entusiasmo com a mudança tecnológica ou pela justificativa exclusiva das exigências do mercado de trabalho. Com esta justificativa, na maioria das vezes, simplificam-se ou mesmo banalizam-se as discussões, optando por dirigir questões centrais da formação curricular exclusivamente a uma possível empregabilidade do estudante como futuro trabalhador. Nós também consideramos que a questão do mercado de trabalho deva também ser considerada pelos educadores, porém julgamos ser possível – e também é um dever – ampliar a concepção do currículo, e ao mesmo tempo levar em conta o mercado de trabalho, abordando-os conjuntamente.

Se é certo que a escola tem que procurar se adaptar aos alunos, é igualmente certo que o aluno também deve se adaptar à escola. Ter a pessoa como centralidade do currículo significa que a pessoa é o fundamento e finalidade do trabalho educativo, de maneira que os alunos aprendam a ser pessoas e a ver os outros como pessoas – daí a preocupação com a humanização dos educadores. A humanização a que nos referimos é em sentido sociocultural. Embora o homem tenha uma natureza, o homem também constrói sua própria natureza, ou seja, o homem se produz a si

mesmo. Nesse sentido, o ambiente humano é responsável pela humanização. Só nos permite afirmar que a humanização, assim como a desumanização, que tem sido objeto de estudos e proposições no setor saúde, são ações que podem ser ambas – construídas, desconstruídas e reconstruídas pelo homem.

Para humanizar é necessário uma aproximação cuidadosa da atividade humana como um todo, pois para superar a mecanização da aprendizagem, a alienação e a desumanização que muitas vezes estão vinculados ao currículo, a compreensão básica que deve prevalecer é que formar alguém é uma atividade humana. É necessário dar centralidade ao humano, assumir um valor.

Nesta abordagem, chamamos atenção que enfatizar a centralidade na pessoa – isto é, no caso da educação essa pessoa é o estudante – não implica exclusivismo nem autonomia absoluta. Em nossa perspectiva, colocar o foco do currículo no ser humano – no sujeito – significa estabelecer as condições necessárias para exercer uma educação dirigida para o domínio do conhecimento, do saber conceitual e do saber procedimental ou atitudinal. Deve-se considerar ainda que para essa concepção de currículo exige-se uma nova organização curricular.

A concepção da educação que Vasconcellos⁷⁵ apresenta com ênfase no sujeito (concreto) e na realidade é na perspectiva da transformação, tanto política como epistemológica. Vale dizer a preocupação com o vínculo de proximidade entre o sujeito e a representação da realidade, que tem suporte no objeto e no processo do conhecimento. Pressupõe que ‘um outro mundo é possível’, captado em seu movimento, em suas contradições, e em sua trajetória de desenvolvimento histórico.

O currículo escolar se dá a partir da atividade humana dos sujeitos ali implicados, fundamentalmente educandos e educadores. Ao comentar a vida na escola, afirma que o currículo se constitui pela atividade e que a preocupação deve ser por um “currículo que oriente o docente que orienta a trajetória do discente, logo o currículo deve ser pensado na trajetória do discente.”⁷⁵ (p. 37-41).

Não devem ser mantidos à margem do currículo vários aspectos subjetivos – convivência, conflitos, descobertas, afetos, relacionamentos, formas de ser – dos quais os alunos são portadores. Ao contrário, devem ser objeto da gestão da aprendizagem. Como práticas significativas que são, devem ser vistos como estruturantes do currículo que direciona a formação, porque estão presentes no seu dia a dia e influenciam na aprendizagem. Considerá-los não é deixar de considerar a responsabilidade da educação como política pública, mas preparar o professor para saber lidar com os aspectos humanos, e não só com aspectos técnicos e políticos, até porque, queiramos ou não, eles estão lá, e como eles continuam a ser um grande desafio devido à inconsistência de muitos docentes em saber lidar com eles, colocam o desafio de termos de lidar com nossa própria humanidade. Recuperar o humano no currículo não é exagerar em enfoques psicologizantes, negligenciando com as dimensões sociais e políticas do currículo. É dar-lhe um sentido mais amplo e completo.

Enquanto dispositivos pedagógicos, importa ainda observar que a formação acadêmica, por si só, não garante a constituição de um perfil humano do professor. É muito comum e nítida a distinção de gestores e docentes que promovem um programa educacional que comporta uma mediação humana qualificada. Não basta somente uma ‘boa teoria curricular’, autônoma, aplicada na escola. São necessários gestores e docentes que sejam capazes de estarem à disposição, de se permitirem atuar como sujeitos em relação. E não se trata de optar por uma coisa ou outra, mas sim de articular uma coisa e outra. A coexistência de dois lados – contraditórios – que serão acrescentados ainda daquilo que vai emergir do processo, que vai permitir seu surgimento em uma nova categoria, segundo Vasconcellos⁷⁵ revela ter pesquisado em uma obra de Marx (1989).

Ainda embasado em outros autores, Vasconcellos⁷⁵ explica que o *ser humano* se faz por sua atividade, e assim, é preciso compreender melhor a atividade humana. O conceito teórico de atividade, expresso tanto por Hegel (1992) como por Marx (1978, 1989) – e outros, como Gramsci (1982) e Freire (1997) – é que a mudança de uma

ordem, seja no plano da técnica ou da tecnologia seja no plano político, é estabelecida pela ação do homem.

No desenvolvimento histórico-cultural da atividade humana, ontologicamente, o papel do trabalho surge como uma necessidade, por meio da qual se obtém a produção tanto física quanto psíquica ou espiritual daquilo que se precisa para a própria sobrevivência. Vasconcellos⁷⁵ afirma – embasado na obra de Morin (1997) – que produzir, significa dar existência a algo e que o trabalho tem um caráter mediador “entre quem trabalha e os outros que trabalham, entre quem trabalha e consigo próprio” Vasconcellos (p. 51)⁷⁵ e ainda recorre a Lima para dizer que o “principal produto do trabalho humano é a própria humanidade do sujeito que o realiza” (Lima, 2004; *apud* Vasconcellos, 2011, p. 51)⁷⁵, ou, como se diz, o ser humano só se torna humano por sua atuação.

Embora a relação entre ambos – trabalho e atividade – seja muito estreita, Vasconcellos⁷⁵ entende que a atividade humana é uma categoria mais abrangente que trabalho. Atividade humana, segundo esse autor, é um conceito mais potente, com um sentido menos contaminado, como acontece pelo fato de o trabalho ser entendido, muitas vezes, e também no senso comum entre os próprios educadores, de maneira restrita como atividade produtiva, trabalho manual, vínculo de emprego.

Como em qualquer atividade humana, o trabalho é anteriormente idealizado, ou imaginado. Ele é a explicitação de um projeto que se tem em mira e, enquanto desenvolvimento da própria civilização, é expressão de uma cultura. Isto também se aplica ao trabalho da educação médica. Movimentamo-nos, então, no mundo da cultura, o qual nos foi preparado pelos que nos antecederam. Vamos nos fazendo – ‘vir-a-ser’ – na relação com o meio e com os outros. Para Vasconcellos⁷⁵ as coisas com as quais entramos em contato são depositárias de sentido e satisfazem necessidades humanas, entretanto, recorre a Vigotsky (1995) no que diz respeito ao psiquismo – ou das funções superiores como percepção, memória, atenção voluntária, pensamento, linguagem – e depende-se essencialmente de atividade própria e, conforme disse Hegel (1995), o “espírito é o que se produz, converte-se no

que é (...) ter-se feito por si próprio” (Hegel, 1995; *apud* Vasconcellos, 2011, p. 52)⁷⁵ dando à atividade um papel na constituição do sujeito.

Observando os diferentes tipos de atividades, diversas modalidades de práticas são descritas por Vasconcellos⁷⁵ quanto ao campo de atuação e à intencionalidade, por exemplo, e, embasado em Max Weber (2000) tipifica as ações: 1- em ação racional referente a fins; 2- ação racional referente a valores; 3- ação afetiva e em ação tradicional, costume arraigado. Já Arendt (1993)⁸⁰ distingue três atividades humanas fundamentais: 1- labor, atividade que corresponde ao processo biológico do corpo humano; 2- trabalho, atividade que produz coisas nitidamente diferentes de qualquer ambiente natural; 3- ação, única atividade que se exerce diretamente entre os homens sem a mediação das coisas ou da matéria.

Por outro lado, Vasconcellos⁷⁵ se apoia no desenvolvimento do conceito de atividade dominante – o principal de Leontiev (1988) – em que ressalta “a vida, a atividade como um todo, não é constituída mecanicamente a partir de tipos separados de atividade” (Leontiev, 1988; *apud* Vasconcellos, 2011, p. 64)⁷⁵. Na mesma sequência, Vasconcellos⁷⁵ cita Max Weber (2000), para quem “entendemos por atividade um comportamento humano quando e na medida em que os agentes lhe comuniquem um sentido subjetivo” (Weber, 2000; *apud* Vasconcellos, 2011, p. 57)⁷⁵.

Além disso, é fundamental descobrir o sentido da atividade que orienta a ação. Conforme Vasconcellos⁷⁵ a “questão do sentido é absolutamente fundamental; nossa grande luta é justamente superar qualquer forma de ação sem sentido, tanto por parte do aluno quanto do professor” (p. 57)⁷⁵.

Além da prática intencional, existe também a prática não intencional, que representa ações não deliberadas, aquelas que fogem do controle do indivíduo e que estão sob a influência de carga cultural como hábitos enraizados, condicionantes históricos, como impulsos, desejos e alienação ou carga psicológica inconsciente. Independentemente da classificação, a atividade tem caráter social. Uma ação coletiva corresponde ao conjunto de ações singulares de cada indivíduo que compõe esse coletivo, e que são marcados por motivos e planos de ação compartilhados. Vasconcellos⁷⁵ ao comentar

a carta de Marx a Annenkov (1846), destaca que a “história social dos homens é sempre a história de seu desenvolvimento individual, tenham ou não consciência desse fato”. (Marx, 1989c; *apud* Vasconcellos, 2011, p. 58)⁷⁵. Daí a necessidade de Vasconcellos⁷⁵ nos ter feito entender que a individualidade é impregnada da essência social. Ora recorrendo a Vasquez, para quem a individualidade “é inerente ao indivíduo como síntese de relações sociais” (Vasquez, 1977; *apud* Vasconcellos, 2011, p. 58)⁷⁵; ora a Marx “O indivíduo é o ser social” (Marx, 1989; *apud* Vasconcellos, 2011, p. 58)⁷⁵ e continuando na mesma lógica “assim como a sociedade produz o homem enquanto homem, assim ela é por ele produzida” (Marx, 1989; *apud* Vasconcellos, 2011, p. 59)⁷⁵.

Daremos maior destaque à afetividade e à cognição por serem duas dimensões constituintes básicas. No que diz respeito à afetividade, Vasconcellos⁷⁵ recorre a Vigotsky (2004) e afirma que são precisamente as paixões que constituem o fenômeno fundamental da natureza humana. Como não temos muito controle sobre os sentimentos e as emoções que nos afetam, o querer tem um componente que caminha na direção do imponderável ou do incontrolável. O elemento racional, embora necessário, não é suficiente para configurar a ação humana. Na ação, não existe só a razão, mas também o impulso e o investimento afetivo, que vem do complexo campo que envolve a afetividade, a emoção, o posicionamento valorativo, o axiológico, o desejo, a necessidade. Caberia, aqui, perguntar como o médico é levado, muitas vezes, a restringir o sentido de seu trabalho e só ‘ver’ e cuidar do corpo ou de uma de suas partes, parcializando a pessoa – que é justamente como se ensina habitualmente hoje na maior parte das vezes.

No que diz respeito à cognição, cujo papel é imprescindível, há necessidade da esfera epistemológica. Segundo Vasconcellos⁷⁵ ao se ampliar o conceito passando do termo ‘conhecimento’ para ‘processo de conhecer’, permite situar a cognição passando a envolver outras categorias como percepção, atenção, raciocínio, classificação, juízo, memória, representações, imaginação, linguagem, pensamento. Esta é uma das razões pela qual se vem desenvolvendo as metodologias ativas de ensino, inclusive a

ABP, como reação a não retenção da informação pelo uso de métodos memorizadores.

Portanto, a atividade humana é vista, hoje, como uma totalidade psíquica, resultado tanto da afetividade como da cognição, formando uma unidade-síntese indivisível do intelecto e do afeto. A neuropsicologia confirmou que o cérebro desconhece a separação entre cognição e afetividade, que a divisão entre ambos é arbitrária, já que não tem um correspondente fisiológico. Vasconcellos⁷⁵ nos conduz à conclusão desse capítulo do trabalho de Vigotsky – um de seus marcantes contributos – a descrença do professor nas mudanças, por não vislumbrar possibilidade (dimensão cognitiva), acaba diminuindo o desejo de (querer) fazer, não se envolvendo no processo de mudança (dimensão afetiva). Para haver a mudança, portanto, não bastam ideias novas. É preciso vinculá-las a novos afetos.

Mas, para alcançar as condições de realização da atividade humana, devem-se acrescentar considerações a respeito de poder a este querer, e sua vinculação entre o interno e o externo. Aí, entramos na dimensão constituinte de relações: o indivíduo só está na condição de sujeito quando há um querer e um poder em relação a ele.

Vasconcellos⁷⁵ também explica que há um complexo de atributos como sensibilidade, motivo, projeção de finalidade, leitura da realidade, orientação para o plano de ação, ação e avaliação que correspondem aos aspectos constitutivos que estruturam teórica e metodologicamente a atividade humana e, como processos, modificam-se constantemente como se pode perceber no esquema a seguir, elaborado a partir das dimensões metodológicas de atividades, mapeadas por este autor.

Com este complexo de atributos, confere-se à atividade humana uma capacidade para poder alcançar o princípio educativo, o qual, segundo Vasconcellos⁷⁵, possui os fundamentos ontológicos, epistemológicos, éticos, políticos e teórico-metodológicos da prática dos educadores e dos educandos. Portanto, o fundamento educativo é composto pelos elementos que efetivamente direcionam e organizam a ação no processo de ensino-aprendizagem:

Dimensão metodológica	Significado
Sensibilidade	Disponibilidade
Motivo	É o que move
Projeção de finalidade	Clareza da intencionalidade
Análise da realidade	Condições, leitura da realidade
Elaboração de plano de ação	Definição da proposta de mediação
Ação	Intervenção na realidade
Avaliação	Procedimento crítico, verificação de adequações

Fonte: Vasconcellos, 2011, p. 73. (Com adaptações)

O fundamento educativo destes elementos é o grande eixo articulador das práticas e a referência para a atribuição do sentido.

O tipicamente humano não é a ação – no sentido de qualquer ação – mas ação intencional. Uma vez que o sujeito se constitui pela interação com o objeto (físico ou espiritual) num contexto social, os problemas do currículo, então, tem que contemplar o sentido do trabalho, vinculando os conteúdos da vida para terem significado relevante para o estudante. Vasconcellos⁷⁵ foi além quando alertou que o que está em questão é se chegar à “atividade humana prático-crítica” (Marx 1978; *apud* Vasconcellos, 2011, p. 82). Esta é a razão pela qual se deve pensar a atividade humana como princípio educativo para enfrentar diretamente os grandes problemas atuais do currículo.

Tanto para saber como para fazer, o educando deve estudar, o que remete aos conteúdos. O próprio currículo, como conceito educacional, nos leva à questão crucial: qual conhecimento deve compor o currículo? Vasconcellos⁷⁵ diz que é

indispensável reconceituar os conteúdos como saberes necessários, pois o aluno não é uma “máquina de conhecer”. Eles são os elementos estruturantes da prática pedagógica. Ultimamente, tem ganhado relevância a denominação de saberes ao invés de conteúdos. O fato de trabalhar com metodologias ativas de ensino-aprendizagem não dispensa a definição do rol de conteúdos considerados para a formação, sendo que o que muda no uso dessas metodologias é a forma como serão trabalhados. Os conteúdos expressam a exigência de equipar o educando para a produção de sentido, com a problemática do sentido da própria vida, buscando conteúdos que ajudem os estudantes a se localizar, a se posicionar, a usufruir da cultura e a intervir no mundo.

Os saberes necessários podem ser agrupados em um quadro de saberes, o qual reflete uma síntese da proposta curricular no que diz respeito aos objetivos, saberes e conteúdos. Porém, para definir e organizar a forma de trabalhá-los é sempre um desafio pedagógico, que requer tarefas básicas. Para a definição dos saberes necessários, como o sujeito que aprende é um sujeito integral e concreto, com todas as suas dimensões, não só as cognitivas – além desta dimensão ele é um ser afetivo, ético, estético, lúdico, físico, espiritual, social, econômico, político, cultural – o campo desses saberes deve abarcar a formação em várias esferas da existência⁷⁵ – o que é a nosso juízo, uma mudança paradigmática na educação.

Ao estudante deve ser esclarecido que uma efetiva aprendizagem exige de sua parte um componente atitudinal favorável aos estudos: abertura, disposição, interesse, mobilização e atitude favorável ao conhecimento. É necessária a assimilação, pela aprendizagem, de saberes científicos, filosóficos, tecnológicos ou estéticos estabelecidos historicamente. É importante, hoje, considerar sempre a capacidade de aprender a aprender dos estudantes, pois não sabemos definir o que será importante eles dominarem durante sua vida profissional. Um saber básico – provavelmente o mais importante – é aprender a pensar e a estabelecer relações, devendo ele compreender que ‘perguntar é buscar estabelecer relações’. A preocupação em cumprir os conteúdos conceituais, isto é, conhecer, tem feito com que os saberes procedimentais e os saberes atitudinais não sejam trabalhados adequadamente, daí

deve-se considerar, sempre, a existência não de um único, mas de três tipos ou modalidades básicas de saber: conceitual, procedimental e atitudinal, os quais exigem uma adequada formação docente.

Vasconcellos⁷⁵ ainda considera que, pela ampliação do conceito de currículo escolar, tematizar as várias modalidades de conteúdo é uma forma de ajudar a resolver os problemas derivados do chamado currículo oculto. Os saberes explicitados podem ser estabelecidos por 'áreas de conhecimento' ou de formação. Esta forma de apresentação permite também fazer uma análise crítica – sobre presenças ou ausências – do que está contemplado na proposta curricular. Essa forma de apresentação também revela que são assumidos como fundamentais e que se reconhece sua necessidade na formação humana em questão. Essa abordagem pode ajudar a seguir na direção que se deseja, portanto pode ser também um instrumento de gestão. O quadro de saberes necessários mostra que é preciso mexer no 'núcleo duro' do currículo, procurando ter tudo mais conectado.

Importa superar o pensamento dicotômico, organizar o ensino por situações-problemas, procurar por temas e situações de interesse dos alunos. As disciplinas não desaparecem porque perdem sua centralidade: passam a ficar a serviço, ficam como 'servas' a serviço de sua compreensão por parte dos educandos. Grupos de professores, pelo fato de terem o mapa do conhecimento, das habilidades e atitudes, expressos na totalidade ou na abrangência do programa educacional, devem ficar atentos às necessidades e ao movimento da aprendizagem dos educandos, acolhendo, provocando, subsidiando e interagindo. Exigirem que o educando faça seu próprio percurso, respaldado pela mediação do docente-tutor e por seus colegas no grupo tutorial. O currículo fica 'em movimento', criando um ambiente e uma comunidade de aprendizagem, sendo possível, também, trabalhar o currículo por projetos⁷⁵.

3.2 RESULTADOS PERCEBIDOS DO PROCESSO EDUCACIONAL PROMOVIDO PELA ESCS

A seguir, apresentamos vários dados e resultados que julgamos relevantes do processo educacional da ESCS. Enquanto alguns dados referem-se a resultados parciais (presença dos egressos no mercado de trabalho médico local, regional e nacional), há outros que são consolidados (casos do ENADE/MEC e do Master of Health Professional Education- MHPE), enquanto alguns são sujeitos a interpretações (custos, produtividade dos estudantes enquanto estudam). Trata-se de um conjunto de cinco documentos que mostram o contexto em que se situa o estabelecimento deste caso significativo de mudança curricular e o jogo de forças do que vem sendo instituído como processo educacional da ESCS. São evidências que devem ser submetidas à análise como produtos alcançados por essa forma peculiar de produção de médicos, sendo, a nosso juízo, muito significativos.

Como estávamos sempre atentos aos movimentos de resistência ao novo currículo, e estando cientes que a ESCS conduzia um processo contra-hegemônico não só no âmbito da SES-DF, mas no meio acadêmico da cidade e região onde ela se localiza geográfica e socialmente – espaços onde ela necessitava se legitimar – a gestão dessas diversas modalidades de críticas requereu atenção especial. São documentos que representam tensões reais e vivências próprias de um processo resultante de conflitos, complexo, decorrentes da implantação de uma estrutura ‘nova’ e ‘acadêmica’ no interior da estrutura de prestação de serviços, que é mais ‘pragmática’ e que precisa alcançar ‘resultados’. Embora acolhêssemos críticas cabíveis, outras, maliciosas, mereciam contundentes respostas, visto que representavam a manifestação de diversos interesses contrariados, que expunham ao risco o sucesso de todo o processo institucional em curso. Tais críticas nos deram a oportunidade de responder argumentando não só a favor desse modelo de projeto formador profissional em saúde, mas também de mostrar com mais clareza os grandes benefícios – não só individuais, mas para a instituição SES e SUS e para a sociedade – advindos da relação estabelecida entre estudo e trabalho, realizado pelos

estudantes, docentes e servidores em exercício profissional na rede da SES. Elaborados no segundo semestre de 2008 e primeiro semestre de 2009, os dois primeiros referem-se a críticas aos ‘altos custos’ e à ‘sobrecarga que o curso representava para os serviços’. São documentos técnicos internos, elaborados integralmente pelo corpo dirigente do curso para responder a críticas severas que vinham sendo feitas dirigidas à integração ensino-serviços – cerne do modelo educacional, que exige que o profissional da rede de serviços da SES seja o docente/gestor do curso. Eles também evidenciam como na ESCS o discente estuda trabalhando, produzindo para o sistema de saúde onde se desenvolve seu curso.

O terceiro documento corresponde a avaliações externas promovidas pelo INEP/MEC, obrigatório para IES federais e privadas. Muito embora não fosse obrigatório à ESCS submeter-se a essa modalidade de avaliação – ela pertence a um sistema estadual de ensino – a opção em participar do ENADE representava a oportunidade de submeter os estudantes a um sistema de avaliação externo, regular, reconhecido e de grande valor de legitimação. Os resultados são tão significativos e expressivos que inserimos no corpo deste texto a Tabela 2 que pertence ao trabalho reproduzido no Anexo B e também pode ser observada a seguir:

O quarto documento trata de dados preliminares. Refere-se a um levantamento sobre a localização geográfica e o vínculo institucional no mercado de trabalho que os egressos do curso de medicina vêm estabelecendo profissionalmente.

O quinto documento corresponde a um programa do mestrado internacional que a ESCS promoveu ao procurar estabelecer um padrão e uma referência educacional para seus professores, visando instrumentalizá-los científica e tecnicamente em ambiente próprio da educação-médica.

Os documentos estão reproduzidos na íntegra, sem alterações, compondo o Anexo B. São eles:

- Sobre os Custos de um Curso de Medicina, que compara os custos do curso da ESCS com outros cursos que utilizam a ABP (Anexo B, p. 460).

Tabela 2 - Desempenho de estudante de medicina de 28 Instituições de Ensino com os programas mais bem conceituados no ENADE¹ (comparativo entre 2007, 2010 e 2013)², percentual de professores com pós-graduação completa, natureza jurídica da instituição e tempo de funcionamento do curso em anos.

CLASSIFICAÇÃO	INSTITUIÇÃO	ENADE			PROFESSORES COM PÓS-GRADUAÇÃO (%)	NATUREZA LEGAL	TEMPO DE FUNCIONAMENTO DO CURSO (ANOS)
		2007 ⁷	2010 ⁸	2013 ⁹			
A	ESCS	5	5	5	19	Pública	15
A	UFG	5	5	5	46	Pública	49
B	UFCSPA	5	5	4	69	Pública	52
B	UFMT	5	4	4	55	Pública	33
B	UERJ	5	4	4	51	Pública	79
B	UFSM	5	5	4	37	Pública	62
B	UFPI	5	4	4	30	Pública	50
B	UFRJ	4	5	4	73	Pública	208
B	FCMSCSP	4	4	5	72	Privada	82
B	FAMEMA	4	5	4	34	Pública	50
B	FURG	4	4	4	31	Pública	50
B	PUCRS	4	4	4	55	Privada	47
B	UnB	4	4	5	77	Pública	54
B	UEM	4	5	5	61	Pública	29
B	UFJF	4	5	4	48	Pública	66
B	UFMS	4	4	5	50	Pública	50
B	UFMG	4	4	4	86	Pública	102
B	UFPE	4	4	4	64	Pública	102
B	UFTM	4	5	5	68	Pública	62
B	FMABC	4	5	5	50	Privada	47
B	FIPA	4	4	4	28	Privada	47
B	PUCAMP	4	4	4	42	Privada	34
B	PUCPR	4	4	4	34	Privada	60
B	UCS	4	4	4	36	Privada	42
B	UPF	4	5	5	11	Privada	47
B	UNIOESTE	4	5	5	28	Pública	19
B	UFC/FORT	4	4	4	67	Pública	61
B	UNIDERP	4	5	5	31	Privada	16

¹ ENADE é o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes do Ministério da Educação do Brasil. O exame avalia os resultados do processo educativo através da eficiência dos estudantes do curso em relação ao conteúdo do programa. O conceito obtido corresponde às faixas de 1 a 5, sendo 1 o pior resultado e 5 o melhor desempenho.

² A Tabela é constituída por 28 escolas cujos desempenhos nas três avaliações nacionais consecutivas^{7, 8 e 9} (2007, 2010 e 2013, disponíveis em <<http://portal.inep.gov.br/enade/resultados>>) situaram-se nas faixas 4 e 5 do ENADE. A classificação A equivale ao desempenho máximo (5, 5 e 5) e a classificação B equivale aos desempenhos alternados entre 4 e 5 ou apenas 4 nos três anos. Apresentamos ainda como parte do nosso estudo a titulação docente, a natureza jurídica e o tempo de funcionamento, em anos, de cada um dos 28 melhores cursos de medicina entre os 176 pesquisados.

- Custos e Produtividade, que trata da relação do estudo e do trabalho que os estudantes da ESCS realizam aumentando a produtividade dos serviços prestados na SES com os custos do curso. (Anexo B, p. 467)
- Resultados da Participação da ESCS no ENADE 2007, 2010 e 2013, que compara os resultados de avaliação dos estudantes de 176 cursos de medicina no Brasil. (Anexo B, p. 471)
- Onde estão os Egressos da ESCS? Pesquisa preliminar que mapeia para que áreas e que mercado de trabalho os egressos da ESCS estão se dirigindo. (Anexo B, p. 476)
- Parceria internacional com a School of Health Education of Maastricht University para o desenvolvimento dos docentes: o Mestrado de Educação das Profissões da Saúde (da sigla inglesa MHPE). (Anexo B, p. 478)

3.3 DISCUSSÕES SOBRE O CURRÍCULO DA ESCS E A TEORIA DE CURRÍCULO

Vimos como uma política institucional forjou elementos técnicos e administrativos para que uma nova realidade em educação médica pudesse ser constituída. Sua realização corrobora uma das aprendizagens mais importantes do ser humano: de que as coisas podem mudar. Conforme sugere Vasconcellos⁷⁵, confirmamos com nossa experiência de trabalho institucional que a mudança se dá pela ação dos sujeitos. Vivenciamos isso com o Programa UNI e com a própria ESCS, e, em ambos, colocou-se sempre a questão da opção.

Nesse subcapítulo, faremos uma discussão do que foi essencialmente significativo e essencial em nosso processo de construção da proposta curricular, cotejando os procedimentos teóricos, práticos e institucionais adotados. Referir-nos-emos aos

dados e resultados alcançados, tendo por base nossa experiência na ESCS, devido à utilização dos conceitos básicos, dispositivos e instrumentos pedagógicos adotados. Os materiais apresentados – e sob investigação – encontram-se nos subcapítulos 2.2 e 3.2; e seu detalhamento, encontra-se nos documentos dos anexos A e B. Porém, antes de procurar responder em que teoria curricular a ESCS se baseou e que pode justificar tê-los alcançado, queremos fazer uma reparação. Comumente, quando da divulgação de normas, diretrizes e parâmetros de políticas governamentais setoriais – como é o caso da educação e do setor saúde – não se explicita em qual teoria ou teorias eles se baseiam ou são consubstanciados. Ao adotar um novo currículo na ESCS, desconsideramos e desconhecíamos por completo qual a teoria que o justifica, muito embora, como em relação a qualquer outro currículo, há sempre uma teoria subjacente. Dito de outra forma: ao lidar com o currículo enquanto instrumento – pois adotamos um ‘currículo PBL’ pronto, ainda que por nós revisado, quando de sua implantação – não sabíamos o que hoje sabemos a partir da leitura de Young⁷⁴. Esse autor diz que o currículo tem dois papéis: um, crítico, e outro, normativo. Esse autor vai além ao sugerir que, historicamente, esses dois papéis – o crítico e o normativo – tem sido claramente separados, em detrimento de ambos. Com este trabalho, esperamos estar fazendo essa reparação: ao procurar realizar a correspondência entre o currículo da ESCS e uma teoria de currículo, trataremos conjuntamente os dois papéis a que se refere à teoria de currículo, conforme Young⁷⁴ sugere.

Devido à complexidade desta discussão, daremos a ela tratamento em cinco partes: discussão sobre a opção e o querer de uma mudança curricular com o ser humano e a atividade humana como elementos centrais da mudança e do próprio currículo; discussão sobre o processo de construção curricular; discussão sobre os educandos; discussão sobre disciplinas, saberes e metodologia educacional: educar para além da disciplinariedade; e, finalmente, discussão sobre as práticas a que os estudantes são sujeitos: a realidade como foco de atuação.

3.3.1 Primeira Discussão: a opção e o querer realizar uma mudança curricular tendo o ser humano e a atividade humana como elementos centrais da mudança e do próprio currículo

Iniciamos dizendo que o 'currículo PBL' enquanto uma nova concepção curricular-com foco no sujeito, que levem os estudantes a buscar um saber conceitual e um saber procedimental para resolver problemas 'do SUS' com valores humanos, à época, implicava possuir o domínio de uma nova concepção curricular. Considerávamos que 'um outro currículo é possível' como alternativa ao currículo disciplinar instrucionista. Porém, embora tivéssemos elaborado uma minuta de currículo, buscamos a segurança de sua realização recorrendo a uma consultoria junto a duas outras IES: a UEL e a FAMEMA. Na ocasião, conforme dissemos, não procuramos evidenciar um conjunto muito amplo de explicações sobre a base teórica do currículo integrador que a ESCS procurava adotar. Levados por pressões imediatistas, pela oportunidade política de realização e pelo contexto, representado pela história cultural da separação entre os saberes da saúde e a educação, caímos na armadilha das 'simplificações'. A mera adaptação de um projeto educacional – que certamente possuía uma base teórica – pode não ser o melhor caminho recomendado, seja pelas dificuldades do processo de tomada de decisão naquela conjuntura institucional, seja por termos de ser mais pragmáticos para não correr o risco de virmos a ser 'sufocados' pela rigidez de uma determinada interpretação, o que é comum em certos ambientes acadêmicos. Mesmo tendo havido uma recompensa por termos, adentrados em seus emaranhados teóricos, nunca é tarde reconhecer, porém, a importância de se ter claros os fundamentos teóricos que regem as ações – no caso, uma teoria curricular – e a ajuda que ela pode estabelecer mediante uma reflexão crítica indispensável aos rumos do processo educacional em tela.

Na abordagem e na busca de princípios educativos para formar médicos para nossa sociedade, tendo o ser humano como seu núcleo essencial, desejávamos superar a abordagem meramente técnica de que se tem revestido a educação. Na nossa

experiência, considerando essencial e significativo entender o trabalho realizado para o alcance de mudanças tanto no plano das técnicas ou das tecnologias como no plano político, hoje conseguimos perceber que procuramos estabelecer a estruturação e os fundamentos do currículo da ESCS tendo a atividade humana como princípio educativo, conforme é sugerido por Vasconcellos⁷⁵. Para romper com a condição de passividade e com a lógica da mecanização do cotidiano, na medida em que compreendemos por currículo aquele que privilegia a abordagem a partir dos sujeitos, colocamos o professor e o estudante na condição de sujeitos do processo educativo. Assim, a atividade humana como princípio educativo do currículo destaca-se por ser capaz de fazer do currículo da escola, simultaneamente, um espaço de aprendizagem e de desenvolvimento humano.

Quando se analisa o desenvolvimento histórico-cultural de qualquer atividade humana, não se duvida que o trabalho desempenha uma posição central na constituição humana. Obviamente, o mesmo ocorre na relação entre trabalho e formação médica. No caso da ESCS sobre a formação médica, levamos em consideração que o trabalho deve desempenhar um papel central na constituição do sujeito – o estudante. Resulta daí ser muito importante considerar o papel e qual atividade humana se está promovendo e submetendo para ser a base da sua constituição como sujeito. O trabalho não deve ser arbitrário, ao contrário, deve ser depositário de sentido e satisfazer necessidades humanas. A afirmação da autonomia humana do sujeito – que, conforme dissemos, em nossas preocupações educacionais sempre é o discente – vai depender, essencialmente, das realizações de sua própria atividade, pois é a partir delas que ele vai desenvolvendo uma consciência e uma razão. Ele é portador, no que diz respeito ao psiquismo, de funções psicológicas ‘superiores’ – percepção, memória, atenção voluntária, pensamento e linguagem. Daí ‘trabalhar em saúde’, que, repetimos, que se constitui pela atividade humana, ocupar um lugar central no contexto do currículo integrador, sendo que ele compõe uma totalidade que procuramos focalizar no centro de nossa análise.

3.3.2 Segunda Discussão: o processo de construção curricular

A opção tomada para a construção da proposta curricular da ESCS ocorreu em função da necessidade de se romper com a ideia de que ‘o currículo está pronto e definido’, de que ‘sempre foi assim’, o que exigiu que os educadores e os educandos se tornassem ‘produtores curriculares’. Na ESCS, procurou-se ter sempre uma visão crítica e, de forma aprofundada, com domínio do estado da arte, da teoria, conhecendo práticas curriculares significativas e outras vivências concretas. Fizemos ‘a lição de casa’ conforme aprendemos, participando intensamente da iniciativa Programa UNI, respeitando a necessidade de pesquisa, de estudo, do saber e do conhecimento por parte dos sujeitos envolvidos em sua construção. O nosso projeto não foi um processo mecânico e natural que se desdobrou automaticamente de si mesmo a partir de definições dadas *a priori*. Foi preciso uma consciência que orientasse as ações de construção do currículo da ESCS.

Mas o indivíduo só está na condição de sujeito, ou na condição de realização da atividade humana, quando há, em relação a ele – e esse é o verbo, como diz Vasconcellos⁷⁵, nosso autor de referência para a teoria curricular – um querer e um poder. Não é também possível explicar rigorosamente a atividade humana sem considerar o vínculo que existe entre o plano interno e o externo, ou melhor entre o subjetivo e o objetivo. Seja na forma de saber conceitual, seja na forma de um projeto de ação, é o saber técnico que é necessário para sua realização, o qual, por sua vez, requer as condições materiais e estruturais, que são as condições objetivas. É isso que o leva a citar Ortega y Gasset (2005) ao dizerem que o “homem é o homem e suas circunstâncias”, porém, ele faz suas escolhas. (Ortega y Gasset, 2005; *apud* Vasconcellos, 2011, p. 68)⁷⁵.

O importante não era qualquer ação, ou uma prática educadora qualquer, de que ‘basta uma prática’ para avançar na construção do currículo. Não se tratava de estabelecer uma prática ‘em si’, mas uma prática consciente e crítica. A ESCS não assumiu trabalhar com a educação médica sem questionar o modelo disciplinar que

está dado. Havia uma consciência frente às armadilhas existentes na história cultural tradicional de 'saber dar aula'. Negamo-nos a fazer apenas alguns ajustes na velha estrutura e ficar simplesmente gerenciando os conhecidos equívocos atuais das escolas médicas. Foi necessário analisar, com profundidade, a estrutura curricular convencional, com consciência da dificuldade que há para reorganizá-la efetivamente.

Portanto, se a opção e o querer foram elementos fundamentais, o ponto de partida foi a sensibilidade e o inconformismo com a situação dada. O desejo de projetar e desejar um caminho e forjar uma mobilização para sua realização foi a necessidade que se expressa a partir de um quadro epidemiológico e pelas características do atendimento e da organização dos serviços públicos no Brasil. Além das questões didático-metodológicas, sabíamos que o cerne do currículo é também uma produção histórico-cultural, assim como sabíamos também que a humanização através do ensino é tarefa de toda escola, sendo seu papel social proporcionar, intencional e sistematicamente, a aprendizagem crítica, criativa, significativa e duradoura dos elementos essenciais da cultura. Encontramos em Vasconcellos⁷⁵ que, para clarear o vínculo entre currículo e a coisa pública, é preciso nos munir de instrumentos culturais apropriados, buscando uma mediação qualificada. Desejávamos que o currículo pudesse contribuir efetivamente para a humanização de todos, e não simplesmente entender a escola como apenas um instrumento de reprodução, mormente do que a sociedade vem condenando. Foi necessário buscar e questionar o compromisso e o envolvimento dos gestores e dos professores, mas também dos estudantes, um querer dos sujeitos nela envolvidos, um desejo, tendo sido grande o desafio de articular efetivamente uma proposta curricular ao PPP.

Foi importante que a minuta do projeto educacional da ESCS transmitisse a ideia de mudança e de direção. O grupo gestor do curso adquiriu paulatinamente capacidade de estabelecer metas, em ler a realidade, em buscar mediações para agir e avaliar, passando a dominar com mais segurança a gestão da aprendizagem. O currículo passou a ser o ponto de apoio e a articulação que propicia toda prática docente e discente, mas em pouco tempo percebemos que ele é também um instrumento de gestão. A descoberta desta dimensão – a gestão do processo educacional –

essencial, oferece aspectos que ajudam com observações que fazem “acontecer na direção desejada” como sugere Vasconcellos⁷⁵ (p.159), o que, a nosso ver, coloca o currículo também no complexo campo institucional, tema que discutiremos adiante mais atentamente. Como desejávamos colocar em prática a intencionalidade do gestor, ao criar a ESCS, fizemos com que essa questão se mantivesse por meio da gestão do processo educacional, e viesse compor, de maneira inegável e diuturnamente, as atividades do currículo, a ponto de ela se tornar uma das essências do modelo da ESCS, passando a compor o terceiro vértice do triângulo da Figura número 2, (p. 88).

Deste processo, passamos a compreender que se deve ter a certeza que o currículo é a espinha dorsal da escola. Ele é o seu elemento estruturante. O conjunto dos docentes e seus idealizadores são seus construtores e realizadores, conforme as condições concretas da escola e da sociedade à qual pertencem. Vimos na ESCS a importância de como os vínculos, compromissos e visão de mundo e de saúde de seus sujeitos devem partilhar do dispositivo pedagógico, ficando a ele subjacentes, marcando com seus pressupostos uma postura diante da realidade. Essa é a razão da não existência de um currículo universal, um currículo *‘em si’*, pois seus agentes são sujeitos históricos.

É interessante observar a reação inicial dos professores quando lhes apresentamos como base na definição dos conteúdos as necessidades epidemiológicas da sociedade. Eles argumentavam que temiam estar deixando de considerar os saberes formais, e, portanto, serem responsabilizados por ‘não darem conta do programa’. Procuramos demonstrar-lhes que é um grande equívoco argumentar superficialmente sobre os ‘conteúdos essenciais’. Indagávamos-lhes: os estudantes devem ‘dominar o quê’ e ‘dominar para quê’? Afirmávamos-lhes que para a superação do currículo disciplinar, era necessário encontrar uma forma curricular instrumentalizada pela problematização, que ajudasse a concretizar as finalidades da educação médica. Que se deve alterar o ‘núcleo duro’ do currículo até romper com a longa tradição disciplinar isolacionista e fragmentária do currículo. Afinal, há muito já se havia comprovado que,

em geral, os conteúdos são pouco ou simplesmente não são assimilados, ou são 'imobilizáveis' no momento que mais se necessita deles: na ação.

Nas escolas que realizam inovações pedagógicas significativas, o que chama mais atenção são as pessoas. É a forma de ser dessas pessoas e a maneira de se relacionar e como se posicionam diante das atividades escolares que importa. Percebemos que a estrutura e os recursos que garantem o sucesso dependem substancialmente de quem os utiliza, daí a importância de se fazer uma boa seleção de docentes. Estruturas ou recursos físicos não são a garantia de sucesso, pois dependem, substancialmente, de quem os utiliza. Não adianta ótimos dispositivos à disposição de educadores sem humanidade preservada, que não se apropriam do substrato ou da intencionalidade profunda ou sem compromisso que gerou tais dispositivos. Mesmo considerando ser muito difícil institucionalmente selecionar os docentes, é necessário que os gestores compreendam que de nada adianta existirem dispositivos pedagógicos inovadores se não houver pessoas que sejam coerentes com o projeto, que vivam os valores que o PPP propõe.

Partilhar de um dispositivo educativo é partilhar, antes de tudo, de um sentido. Os que têm experiência com ABP percebiam a diferença entre memorização e capacidade de raciocínio em seus estudantes. A pergunta que sempre deve ser feita é se os alunos estão de fato aprendendo e desenvolvendo sua humanidade ao máximo. A questão do envolvimento não está somente na metodologia: o desenvolvimento da aprendizagem se vale do conjunto da prática educativa, e na formação de uma comunidade de aprendizagem. Daí a necessidade de cuidados pedagógicos tomados pela ESCS, a discussão sobre o cuidado e a busca pela opção por cuidadosas práticas educacionais, e a criação das condições para seguir adiante com o modelo proposto. O segredo das mudanças jamais se encontra nas técnicas ou nos métodos desvinculados dos sujeitos que procuram realizá-las e que lhes dão vida. Há uma relação entre os dispositivos pedagógicos e as pessoas, visto que quando se tenta aplicar esses dispositivos em outro contexto é comum não funcionarem, pois estão desconectados aos demais, ao conjunto orgânico.

Esboçar caminhos para superação do currículo disciplinar requereu ter o pleno domínio de disciplinas, mas encontrando alternativas consistentes que ajudassem a romper com a longa tradição disciplinar e fragmentária do currículo. Há necessidade, sim, de conteúdos que tenham bases disciplinares, essenciais 'para a formação humana' naquele nível de formação: graduação. Vários professores colocaram outros coeficientes de poder em jogo, como a organização disciplinar, privilegiando determinadas áreas em detrimento de outras, com cargas horárias com pesos diferenciados de acordo com a relevância dada pelo paradigma vigente. A eles contrapusemos outra lógica, que não a disciplinar, fazendo a nova lógica – de um currículo integrador – prevalecer sobre todo o currículo. Outra é a opção exigida pelo currículo, com a totalidade curricular se sobrepondo a qualquer uma de suas várias partes constitutivas.

A ESCS avançou na construção de um currículo com um determinado recorte, buscando uma prática educacional consciente e crítica, uma prática que procurasse produzir vida e saúde para todos – ainda que esses elementos estivessem inteiramente fora de seu alcance direto, pois são de inteira governabilidade de outra instituição: é a rede da SES-DF, que tem condições técnicas de sua realização, com atribuições éticas, morais e legais para sua realização. Nós nos movíamos num campo ainda muito delicado, marcado por conjunturas, processos e contradições internas e externas, e por isso mesmo havia a necessidade de se continuar a buscar uma coerência interna com os pressupostos do currículo pelo qual se optou. Há necessidade de se romper com a visão dicotômica entre pessoa e estruturas, o professor, o estudante e os dispositivos pedagógicos, sendo que em nosso caso tivemos que pensar simultaneamente as pessoas e as estruturas educacionais e dos serviços de saúde.

3.3.3 Terceira Discussão: o desenvolvimento dos educadores

Queremos registrar que a concepção curricular foi se definindo para todos os participantes com mais clareza, num processo de aproximação sucessiva. Uma 'boa

teoria curricular' não é o bastante. Não é algo autônomo que se copia, bastando aplicá-lo na escola. Hoje compreendemos a importância de uma melhor mediação humana qualificada. Tínhamos a consciência de que apenas a formação acadêmica não garante a constituição de um perfil-humano-do professor de que, tanto o gestor como o docente, devem ser capazes e de estar à disposição para participar efetivamente do processo de construção curricular e de seus desdobramentos. Percebe-se ainda muitas contradições sobre o olhar do educador, tanto por parte dos gestores como por parte próprios educadores; daí a importância de um sistema estável na escola, dos quais boa parte deles deve ter dedicação integral ao currículo. Realizou-se um forte investimento na formação dos professores, com vistas a resultar no fortalecimento do vínculo professor-estudante, de se aprimorar especialmente o olhar do educador em relação ao educando. Olhar pelo cuidado, pela crença sincera na capacidade de aprender, de se superar, de levar o aluno a sério e de prestar atenção nele.

Um dos problemas mais comuns entre os docentes é que costumam considerar o estudante estritamente do ponto de vista acadêmico, não o considerando em seu todo, como pessoa. Mormente, desconsidera-se completamente que a centralidade dos sujeitos humanos no currículo implica conhecer seus desejos, vínculos e compromissos, e de saber lidar com eles.

Foi difícil estabelecer um diálogo crítico e de forma não simplista. Não tivemos capacidade de indagar a nós próprios que espaços – de relação humana autêntica – têm ocupado, no currículo, aspectos como respeito, liberdade, sentimentos, relacionamentos, sentido de vida, projeto de vida, amizade, dramas pessoais e familiares, condições de existência, sexualidade, para citar os mais evidentes trazidos pelos educandos. A vida na escola é quase tudo para o educando. Não há como continuar se desconsiderando aspectos que são trazidos pelos estudantes para a escola, onde eles estabelecem vínculos e criam formas de relacionamento. Elementos como a convivência, conflitos, descobertas, afetos, relacionamentos e formas de ser, que são práticas significativas, devem também ser trabalhados como elementos estruturantes do currículo, ao invés de ficarem à sua margem. Há de se preparar os

docentes para serem capazes de instigar os estudantes a expressar suas opiniões, ao invés de reproduzirem, mecanicamente, o que a escola deles espera. Isto, de alguma forma, deve ser incorporado à gestão curricular e escolar, porque isto é o currículo 'todo dia'. É por isso que nas escolas que fazem a diferença observa-se um forte investimento na formação do professor.

Continuamos a insistir que há de se realizar, sempre, um forte investimento na formação dos professores. O sucesso ou o fracasso de qualquer política educativa depende do professor: sua consciência, seu compromisso, sua adesão ao projeto, e sua preparação e seu desempenho. Desde o início, disponibilizamos ao conjunto dos docentes, elementos teórico-metodológicos para que pudessem organizar melhor suas práticas. O papel do professor no trabalho/estudo é dar a orientação inicial, subsidiar e ser mediador do processo, é interagir educacionalmente, é avaliar. Mais do que prescrever, devem levar seus alunos a se tornarem capazes de escrever, relacionar, levantar hipóteses sobre o funcionamento de seu objeto de estudo e trabalho, de ter os domínios técnicos e de comportar-se adequadamente em cada caso de atuação profissional. Sem esse cuidado de se ir à raiz do fundamento educacional, o simples uso de estratégias ou metodologias educacionais, de agir superficialmente ou na base do mimetismo ou do mecanicismo, é insuficiente para assegurar-lhes uma formação plena.

O neologismo 'dodiscente' por meio do qual Paulo Freire procurou expressar também que uma relação curricular orienta o docente, o qual, por sua vez, orienta a trajetória do discente - para quem o currículo, portanto, deve ser pensado (logicamente) na trajetória do discente⁷⁵ (p. 70).

No caso da ESCS, investir na oferta dos procedimentos pedagógicos e na atitude do professor foram duas dimensões que tiveram que caminhar '*pari passu*'. Como a tarefa não é simplesmente a transmissão da aprendizagem, a competência exigida dos professores é outra, para a qual devem ser criadas e oferecidas às condições necessárias. O desafio é não ceder a tentações de restaurar o ensino convencional. Foi nítido o convencimento que os novos procedimentos pedagógicos exerceram

sobre a atitude e a adesão dos professores – mas durante a implantação do novo currículo tivemos que providenciar a exclusão de alguns docentes candidatos do processo, pois resistiam muito às inovações, querendo fazer prevalecer seus interesses acima da lógica curricular.

Esse olhar do educador é muito importante e deve compor o perfil do docente. Não se deve esquecer que, segundo Nóvoa, grande parte da pessoa é o professor, e grande parte do professor é a pessoa (1992)⁸¹, o que é corroborado por Moreira e Macedo (2002), apresentados a nós por Vasconcellos⁷⁵ por afirmarem que “são os currículos que nos tornam o que somos” (Moreira e Macedo, 2002; *apud* Vasconcellos, 2011, p. 205)⁷⁵.

3.3.4 Quarta Discussão: disciplinas, saberes e metodologia - educar para além da disciplinaridade

Para definir que saberes são necessários, iniciaremos citando Vasconcellos⁷⁵ por ser muito curiosa sua afirmação que a origem do termo disciplina é ‘ginástica mental’. Esse significado diz muito sobre seu sentido até hoje. Ao reconceituar os conteúdos como ‘saberes necessários’, o autor considera que os conteúdos têm correspondência com a ‘exigência de equipar o educando para a produção de sentido’, sendo função do educador, buscar conteúdos que ajudem os estudantes a se localizar, a se posicionar (mediação semiótica), a usufruir da cultura e a intervir no mundo.

Fizemos ver aos docentes que o ensino disciplinar e por especialidades, no caso da educação médica, é um grande equívoco, como é um equívoco querer que todo aluno seja um pequeno especialista. O aluno não é uma “máquina de conhecer”. Não é para alguém que um dia será um adulto, mas para alguém que já é adulto. Se não sabemos o que será importante daqui a 10, 15 anos, sabemos o que hoje é importante, inclusive a capacidade de ‘aprender a aprender’.

A ESCS colocou também como questão central para o currículo o processo de internalização dos saberes, e não a memorização mecânica. É voz corrente que a

organização disciplinar privilegia determinadas áreas em detrimento de outras, com cargas horárias e com pesos diferenciados – um verdadeiro absurdo educacional – o que exige seja buscada alternativa pedagógica. Ressaltamos que o domínio não deve ser apenas o disciplinar, mas o saber temático, interdisciplinar, por ser mais adequado aos saberes necessário ao currículo dos estudantes nesta etapa de sua formação. Como solução para a definição dos saberes necessários, existe a possibilidade de serem resolvidos por meio de unidades didáticas, organizados por complexos temáticos, mapas conceituais, temas geradores, formação das ações mentais por estágios, experiência de aprendizagem mediada ou estudo por trabalho/projetos, ‘ABP’ e outros. Todas têm como característica fundamental a integração e permitem ao estudante ter tudo mais conectado, permitindo-lhes serem mais criativos, críticos e autônomos. Importa afirmar que quando da organização do ensino por situações – problemas, por temas de interesse dos alunos ou por projetos, as disciplinas perdem sua centralidade, mas não desaparecem do processo educacional. Elas ficam ‘a serviço’ da compreensão dos conteúdos e do mundo por parte de quem estuda.

Constatamos também que outra dimensão básica relevante da aprendizagem é a própria organização do tempo de estudos. A organização modular – e sua seriação – deve considerar um tempo protegido para os estudos dos estudantes, a fim de dar mais tempo para que o aluno aprenda. Mas que seja um tempo devidamente trabalhado, rico em articulações e decorrente de uma organização curricular, com conteúdos trabalhados não de forma linear, mas retomados em diferentes situações, por sua vez cada vez mais complexas, possibilitando novas aproximações do aluno bem como o aprofundamento e a expansão dos conceitos estudados. Pensar mudanças curriculares em termos mais complexos implica sensibilidade, capacidade de estabelecer uma meta, em ler a realidade, em buscar mediações para atingir essa meta a partir do real, agir e avaliar. E é isso que levou Vasconcellos⁷⁵ a afirmar que é um equívoco o pressuposto teórico da proposta que orienta ir ‘do mais simples ao mais complexo’: ‘o conhecimento vai do mais complexo (ainda difuso, caótico-sincrético) ao igualmente mais complexo (concreto, determinado-sintético) pela

mediação, fruto da investigação-análise. Parte-se do todo e se resgata a realidade passo a passo, nos seus diversos níveis.

Mesmo no caso da ESCS, que há vários anos vem utilizando um currículo modular e a ABP, percebemos que permanece o grande equívoco em estabelecer módulos e se continuar fortemente pautado pela lógica disciplinar, com conteúdos funcionando como dogma que deve ser seguido a qualquer custo. São disciplinas que, equivocadamente, ainda mantêm o espaço próprio das especialidades em um currículo que procura ser integrado. Aos alunos, pautados pela lógica disciplinar, só lhes resta nomear, por exemplo, o módulo que procura tratar integradamente a dispnéia, dor torácica e edema de 'módulo de cardiologia', e de 'módulo de dermatologia' ao módulo que procura abordar a manifestação externa das doenças, o que é inteiramente diverso e um verdadeiro absurdo. São exemplos de que – em que pese as metodologias problematizadoras adotadas na ESCS serem consideradas exitosas – ainda se percebem equívocos e dificuldades na condução do currículo integrador e das adequações metodológicas, o que vale dizer que não há garantias de um 'não retorno' ao tradicional. Voltaremos a discutir isso mais adiante quando discutirmos o processo de institucionalização.

Isso pode ser parcialmente resolvido quando se realiza a explicitação dos saberes necessários correspondentes a cada etapa de estudos da graduação. Vasconcellos⁷⁵ alerta que explicitar os saberes continua sendo um problema na construção do currículo. É uma questão complexa. Como quem aprende é um sujeito integral e concreto, e como é um sujeito epistemológico que constrói seu conhecimento – e o faz não só com a dimensão cognitiva, mas com todas as suas outras dimensões, pois ele não deixa de ser afetivo, ético, estético, lúdico, físico, espiritual, social, econômico, político e cultural – levou o autor que estamos considerando a propor que seja definido o 'campo de saberes do currículo' como sendo a formação em todas as esferas da existência, o que a nosso ver simboliza uma mudança de paradigma na educação.

Deve-se procurar assegurar os saberes escolares que são derivados dos saberes de referência das ciências, das artes, e outras, que são historicamente estabelecidos e cuja assimilação é necessária para a formação. Porém, esses saberes devem ter outro tratamento pedagógico na escola. Exige-se, mais uma vez, uma formação adequada do professor a partir da compreensão que a aprendizagem se dá em três tipos ou 'modalidades de saber': aprendizagem conceitual e aprendizagem procedimental e atitudinal, sendo que eles não são disciplinares. É necessário impedir que se continue a fazer com que modalidades de aprendizagem procedimentais e atitudinais sigam sendo trabalhadas de forma confusa e inadequada, como se a prática fosse decorrente, mecanicamente, do saber conceitual, e os estudantes serem, sozinhos, responsáveis ou capazes de criar seus procedimentos e atitudes. Trabalhar consciente e criticamente as modalidades dos conteúdos é a tarefa do docente.

A organização e implantação de um currículo integrador deve ter como base um quadro de saberes necessários. A ABP, mais do que uma teoria ou uma técnica pedagógica, por necessidade de sua implantação, requereu rupturas significativas comparadas a outra organização escolar. Podemos dizer que a formulação curricular promovida pela ESCS seguiu o caminho sugerido por Vasconcellos⁷⁵: a organização implicou fortíssimas rupturas tanto administrativas (como a distribuição do tempo, espaço e recursos, contrato de trabalho dos profissionais) como políticas (como o papel da escola, vigor do projeto educativo), psicológicas (como ritmos e respeito ao processo de desenvolvimento), epistemológicos (como se dá a relação afetividade-cognição, como se dá o conhecimento), pedagógicas (como a forma de conceber o currículo e seu planejamento), e didáticas (como as práticas de ensino-aprendizagem).

Curricularmente, pode-se ainda trabalhar com projetos, temas geradores ou problematização que, no caso da ESCS, tem sido representada significativamente no programa educacional IESC – interação ensino, serviços e comunidade, conforme detalhado no Anexo A (p. 325).

Outra observação diz respeito ao sistema de avaliação, o qual deve ser coerente com o novo paradigma do processo de aprendizagem. A modalidade de avaliação que constam em cada documento relativo a cada atividade educacional constante nos Anexos A foi implantada num contexto de muita incompreensão, de que ‘agora perdemos o nosso poder’, de se praticar ‘um retrocesso’, e de que ‘o nível do ensino vai cair’. Sua compreensão como um instrumento pedagógico do mais alto valor, inseparável do próprio processo pedagógico, visto inclusive como um fator primordial na empreitada educacional, não deve jamais deixar de se constituir em avanço institucional efetivo.

Em sua implantação e desenvolvimento, a ESCS procurou visar, ainda que de forma muito preliminar, não só ao trabalho, mas à atividade humana.

O quadro de saberes de Vasconcellos⁷⁵ é uma síntese de proposta curricular no que diz respeito aos objetivos, saberes e conteúdos para estabelecer alguns saberes a serem explicitados por áreas de conhecimento que um ciclo de formação (humana) abarca num decurso de tempo. Da montagem do quadro de saberes tem-se uma proposta como um todo que dá liberdade no trato dos conteúdos, sobre o que está contemplado na proposta curricular. Pode-se fazer ainda uma análise crítica sobre presenças e ausências. A finalidade do Quadro de Saberes Necessários nos diz por si que eles são assumidos como fundamentais.

3.3.5 Quinta Discussão: as práticas a que os estudantes são sujeitos - a realidade como foco de atuação educacional.

Por fim, cabe dizer que geralmente o pedido frequente do conjunto dos docentes – que o docente de medicina também solicita – é que ‘coisas práticas’ sejam trabalhadas. Como a prática é muito importante para a formação médica, ela deve ser bem compreendida, não cabendo oferecer simplesmente ‘receitas curriculares’. Não

se trata de simplesmente colocá-los em ação. A pergunta a ser feita, sempre, é se a prática contribui para a humanização dos sujeitos envolvidos, se os alunos estão de fato aprendendo e se desenvolvendo ao máximo.

A atividade do discente que se realiza no trabalho em saúde é fazer com que o aluno pesquise, descubra e estabeleça relações, que serão o objeto de avaliação do estudante para seguir evoluindo em seu currículo de estudos. Desse processo, deve haver um ganho em termos de autonomia, decorrente do processo de tomada de decisão e dele ter que assumir responsabilidades pelas escolhas feitas, inclusive pela solidariedade em função do grupo com o qual ele realiza o trabalho. No caso da ESCS, a estrutura da atividade leva em conta que há um projeto socialmente referenciado, como, no caso, apoiar a organização dos serviços de saúde para que configurem redes de atenção à saúde conforme estabelecem as bases doutrinárias do SUS. Como ensina Vasconcellos⁷⁵, deve-se ir sempre além, procurando evidenciar sensibilidade, motivo, projeção de finalidade, leitura da realidade, orientação para a ação, ação e avaliação, qualificando a relação do ensino e do estudo profissionalizante com a vida. Este alcance permitirá assumir plenamente que o papel da escola é a educação, isto é, a humanização através do ensino, com os alunos se apropriando dos elementos fundamentais da cultura, encontrando na escola um ambiente em que o conhecimento é valorizado, desenvolvendo-se plenamente como seres humanos.

Essa é a explicação para o desenvolvimento do programa de habilidades e das competências, e também do programa educacional IESC, que realiza ensino por

projetos construídos pelos alunos. Este plano de trabalho, feito pelos alunos – tem a supervisão do professor que lhes apresenta um roteiro geral de um dispositivo pedagógico construído e avaliado com rigor. A partir daí, em grupos, o aluno pesquisa, descobre e estabelece novas relações propiciadas por esta parte do currículo, ocorrendo um ganho em termos de autonomia. Como se trata de um projeto referenciado socialmente qualifica a relação do ensino e do estudo com a vida – a do estudante e dos outros. Sobre isso, Vasconcellos⁷⁵ diz que os alunos “devem se apropriar dos elementos fundamentais da cultura, que encontrem na escola um ambiente em que o conhecimento é valorizado e que se desenvolvam plenamente como seres humanos” (p.199). Como se vê tanto o programa de habilidades e de atitudes como a IESC, envolvem a importantíssima área da comunicação.

Ocorrendo em ambientes diversos da rede da SES-DF, ampliam a relação a que os estudantes são sujeitados. O currículo, assim, propicia uma vivência e um significado marcados por sujeitos concretos, por sua vez marcados por seus tempos de vida. Então é nas relações estabelecidas que se pode buscar as explicações relativas ao sucesso do currículo da ESCS, pois essas relações devem exercer implicações sobre as características do perfil profissional que vai sendo formado. Como se vê, o currículo escolar, enquanto construção humana depende substancialmente dos sujeitos em relação, cuja ampliação – e orientações – resultam no aumento da realização das possibilidades definidas no próprio currículo. Daí reafirmarmos que o tipo de atividade é muito importante – e como! – enquanto prática curricular. O ser tem sua formação no social, na cultura, tanto que inspirado em Leontiev (1980), Vasconcellos⁷⁵ diz que “fora das relações sociais a atividade humana não existe”

(Leontiev, 1980; *apud* Vasconcellos 2011, p. 59)⁷⁵ e, como já o vimos embasado em Marx, explica que precisamos radicalmente do ‘outro’. Justifica-se, assim, a integração ensino-serviços, pois o objeto do projeto educacional deve estar enraizado na prática social dominante na sociedade e em suas variações, na realidade da vida, na história e na sua trama de relações. Uma estruturação ‘didática’ do currículo, retirada do contexto real, perde sentido enquanto objeto educacional. Concordamos com Vasconcellos⁷⁵, que diz que a gênese do projeto surge como resposta a uma pergunta, a uma dúvida, a uma curiosidade, a um desejo, a uma necessidade, a um problema.

O currículo da ESCS não é um currículo ‘em si’ ou um currículo reducionista. Sua diferença com os currículos tradicionais é devido à integral e forte presença da SES-DF, a qual marca presença o tempo todo na realidade, por intermédios de seus gestores, profissionais e serviços, em função das necessidades de sua demanda de atendimento e tidas como referência por indivíduos, pelo sistema de saúde e pela comunidade – sejam eles ou não atendidos – com todos seus méritos, problemas e contradições. Para nós, o projeto deve ser socialmente determinado, cuja temática é efetivamente significativa para os alunos. Chamamos a atenção para a coerência que há entre os três programas educacionais que buscam uma integração horizontal e vertical, e, ainda que em escala menor, do próprio estágio curricular obrigatório do curso em tela, superando o que o professor Antonio Marcio Lisboa denominou (1999) ‘currículo ‘arco-íris’’. Em todos eles, encontra-se a marca de um currículo integrador, que se estabeleceu com base na integração ensino-serviços e na gestão da aprendizagem, não tendo havido apenas uma mudança para um ‘currículo PBL’.

3.3.6 A Necessidade de uma Teoria de Currículo ser ampliada para abarcar um curso de medicina

A descrição feita até aqui sobre o currículo da ESCS explica os aspectos instrumentais da formação, mas não explica outras categorias em análise.

Transitando pela teoria de currículo, vimos que no tocante à humanização que a educação médica requer, a ESCS a cumpre como tarefa primordial da escola médica, alinhando-a ao seu papel social, que é proporcionar intencional e sistematicamente a aprendizagem crítica, criativa, significativa e duradoura dos elementos essenciais da cultura. Para nós esta cultura representa uma preocupação com os aspectos universais e equânimes em saúde, tais como definidos no/para o SUS, aspectos esses que assumem uma forma cultural variável de uma sociedade para outra e dos quais a medicina faz parte.

Feitas essas discussões sobre o currículo da ESCS, vimos que pelo fato de situar-se em uma rede pública de serviços, ele defronta os estudantes com o mundo real, não com o hipotético. Ele permite formar no mundo real, não nas situações de aprendizagem hipotéticas; com pessoas reais e não imaginárias. Há subjacente a todo ele uma 'práxis – ação e reflexão', em que a 'práxis' permite trabalhar também o mundo da interação, do social e do cultural. Não se atendo apenas sobre o 'aprender coisas', podemos afirmar que há uma coerência do currículo como sendo uma prática social.

É como se procura fazer na ESCS. A aprendizagem é vivenciada como um ato social. Seu fundamento é a construção de um ambiente social e não apenas físico –

ambiente esse que é considerado como a questão central do currículo. Através da ação de aprender, grupos de alunos tornam-se participantes ativos na construção de seu próprio conhecimento, não o restringindo apenas ao saber conceitual e cognitivo, englobando também aos saberes instrumental e procedimental que, didaticamente, correspondem ao 'saber fazer' e a 'saber ser'. Todo o processo de aprendizagem é oriundo e intermediado pela integração ensino-serviços.

Mas a 'práxis' assume ainda o papel de 'fazedor' de sentido (valor): aqueles que têm o poder de controlar o currículo são os que têm o poder de se certificarem que seus significados sejam aceitos como úteis na transmissão. Como em conjunto eles determinam o significado, o processo de construção do currículo se torna um ato político – sendo isso precisamente o que define o lugar político da ESCS: o contexto da SES-DF e de sua extensa rede de atenção e de assistência à saúde. Então a ESCS se viabilizou lançando mão do argumento que o projeto educacional que seu currículo expressa deve ponderar a prática médica de acordo com sua função social, política e cultural. Assim, o currículo da ESCS expressa uma totalidade social, e seus estudantes participam da intermediação dos diversos níveis da realidade com discussões de grupo, mediadas por um professor, tutor, orientador, instrutor ou preceptor.

Mesmo considerando que o currículo tenha um conceito multifacetado, como se observa, historicamente, o que vem acontecendo com a interpretação das DCN pelas IES, optamos pelo entendimento que Goodson (2011) chama mais atenção: a relação que o currículo estabelece com indivíduos, grupos e a coletividade. Isso significa que

a construção social do currículo prescritivo é apenas uma pequena parte da questão, visto que as atitudes educacionais dos grupos dominantes, anteriores, ainda tem seu peso histórico na sociedade, conforme diz Williamson (1974) . As práticas curriculares continuam normalmente regidas por normas – expressas ou tacitamente aceitas – e por ritos de natureza simbólica, que fazem circular certos valores e normas de comportamento mediante repetição, implicando automaticamente a continuidade com o passado que lhes é apropriado.

Não basta, contudo, a consciência de que o currículo reflete uma estrutura de poder. Como o que está prescrito não é necessariamente o que é apreendido, e o que se planeja não é necessariamente o que acontece, devemos estudar o currículo em nível de prescrição e em nível de interação, com enfoques que integrem ou associem os diversos níveis em que ele se situa – e para isso descrevemos o caso da ESCS como sendo o de uma busca. Precisamos de uma teoria curricular que contemple um modelo dinâmico, que ajude em como visualizar e agir sobre as interações – compêndios, pedagogia, recursos, seleção, economia, mercado de trabalho e tudo o mais. Para isso, a tese que defendemos é que é essencial estabelecer as conexões precisas que exercem influências e restrições sobre o currículo frente as tensões exercidas sobre a formação. Um modelo de estruturação curricular, com seu mapa-matriz, capaz de mostrar os caminhos potenciais de programação, desenvolvimento e inovações de práticas educacionais. O estudo sobre o currículo deve admitir essas associações. Deve ser capaz de diferenciar o ato ou a intenção da prescrição do currículo. A declaração das intenções da ESCS é igual a de muitas outras escolas, porque em todas elas trata-se sempre de um mesmo ideal, porém os objetivos e as

práticas são diferentes. Embora digam que o homem – corpo é o mesmo em qualquer lugar, mas no caso da ESCS, as associações que seu currículo procuram estabelecer visam à humanização e o atendimento a uma política pública, na qual o ser humano seja compreendido e atendido enquanto um problema socialmente definido. Ao se realizar esse movimento, traz-se de volta o currículo médico para uma agenda política – como é o caso das DCN, o caso da decisão política do GDF/SES-DF e o caso da nova lei que referendou o programa federal Mais Médicos.

O currículo da ESCS não está contido apenas numa ‘grade curricular’. Embora muitas questões tenham explicações satisfatórias pela teoria curricular, antigas e novas tensões continuam operando. De sua empiria, observamos um resultado que expressa que se o que forma é o currículo, então o currículo da ESCS contém elementos que devem ser explicados por uma teoria curricular que considere a amplitude e a complexidade de seu processo educacional. Para isso ele deve ser submetido a outros olhares teóricos. Isto possibilita agregar às teorias apresentadas até aqui outras explicações sobre o modelo adotado pela ESCS, explicitando assim uma teoria de currículo que não se limita aos aspectos técnicos da aprendizagem, mas além de atendê-los possui capacidade explicativa, dada a complexidade do objeto em análise – ESCS –, sendo bastante ampla e abrangente.

Não encontramos na literatura explicações para as questões levantadas e que geram essas tensões. É o caso, por exemplo, de como as metodologias problematizadoras, aplicadas no ensino médico, têm sido estudadas e analisadas à exaustão, mas o mesmo não ocorre com inúmeros aspectos da integração ensino-serviços, estratégia

central das novas reformas do currículo médico; ou sobre o papel do trabalho no currículo; ou sobre a definição dos saberes curriculares necessários à formação médica. A educação médica continua aguardando elementos explicativos para embasar teoricamente a relação ensino-serviços. Outro exemplo é a gestão que um currículo tem com base na ampla integração com a rede de serviços SUS de sua cidade ou região. As várias relações que o currículo permite estabelecer, e a partir das quais ele produz seus vários efeitos, extrapolam, e muito, o campo restrito onde o curso de medicina é contido.

Se, pormenorizadamente, os produtos do curso e da formação médica propiciada pela ESCS não se limitam à formação '*strito sensu*' de apenas 'atender', e se uma formação se dá a partir de um currículo, então o médico que este currículo forma é um médico que 'não apenas atende'. Da mesma forma, a teoria curricular apresenta limitações para dar uma explicação satisfatória sobre os 'produtos e resultados' contidos nos Anexos B. Sem dúvida, eles vão além da formação do 'médico que atende'.

A partir das questões pedagógicas próprias do currículo, necessitamos ampliar mais ainda uma teoria curricular para ela ser capaz de explicar os resultados que vêm sendo obtidos tanto pela produção do projeto pedagógico enquanto expressão das relações por ele estabelecidas para a formação médica. Há necessidade de outros 'olhares'. Uma teoria que permita identificar, a partir da concepção do currículo e de sua pedagogia, o médico que não só – e apenas atende – mas também o quanto ele humaniza, o quanto é capaz de se situar profissionalmente numa política de saúde (à

qual deve corresponder a política de educação). É preciso situar em que ‘jogo de forças’ – ou em que campo o currículo – seja da ESCS ou qualquer outro – se encontra e se relaciona. Fatos que, embora ocorram dentro do campo de produção social especializado, resultam de relações objetivas dos agentes da educação médica como os agentes dos demais campos de produção social que, de alguma forma, tem interesses em relação aos produtos produzidos no campo da educação médica: mais diretamente na saúde, educação, mercado de serviços profissionais, mercado de serviços de ensino e indiretamente nos campos econômico e político.

Ao invés de a nossa indagação ser ‘em que teoria curricular a ESCS se baseia?’, o sentido da nossa pergunta passou a ser: ‘como ampliar a teoria curricular para explicar melhor a ESCS?’

Devido às características peculiares da ESCS – a complexidade de seus processos e a excelência de seus resultados – consideramos empreender mais estudos e abordagens dirigidos para a necessidade de se ter uma ampla compreensão, dos rumos que vêm sendo dados pela ESCS, após alguns anos de seu funcionamento à educação médica, o que pretendemos realizar com este trabalho. O objeto educação médica requer explicações mais abrangentes. Necessita de teorias mais amplas, para dar maior inteligibilidade ao modelo implantado, cujos resultados observados contém as principais características daquilo que foi apresentado em 2009-2010 para todas as escolas médicas do mundo, denominado de ‘3ª geração’ de mudanças pelo relatório do ‘Lancet Commission’. Para continuar a responder a ‘como explicar melhor o que é a ESCS?’, com sua complexidade e a multiplicidade dos sujeitos e dos interesses ali

presentes, sistematizamos os elementos constitutivos mais importantes e significativos e os configuramos na Figura número 2 (p.88).

Os dados produzidos pela ESCS permitem novos estudos sobre o modelo para seu desenvolvimento e para a consolidação e divulgação desse importante instrumento e seu papel social. Seguimos problematizando o percurso educacional da ESCS e seus resultados. Novos aspectos dos problemas da formação foram identificados a partir das análises críticas feitas coletivamente por docentes e discentes que participaram dessa trajetória de 14 anos. Com nove turmas formadas, passou-se a perceber com maior clareza que a maior parte dos problemas da formação, por exemplo, aspectos como o mercado de trabalho e o papel que as especialidades médicas exercem sobre o currículo, que são questões fora da governabilidade do curso. Eles tornaram-se mais visíveis agora devido à análise feita deste modelo educacional – até o presente momento – dando uma configuração mais adequada ao currículo que passa a considerar o mercado de trabalho enquanto expressão do mundo do trabalho.

Da mesma forma, as questões colocadas permitem continuarmos a problematizar a educação médica em geral, porém sob um prisma diferente daquele apresentado no capítulo dois deste trabalho.

Com base em novas referências teóricas, buscamos os argumentos e procuramos responder a dúvidas como:

1. Em que medida a ESCS contribuiu para dar uma resposta ao velho adágio de que a escola médica precisa formar o profissional que o país necessita?

2. Em que pese a atuação pedagógica da ESCS ser bem avaliada, ela encontrou seus limites de desenvolvimento na própria SES-DF, sendo estes dados, entre outros, pelo biologicismo dominante, praticado nesta Secretaria. A partir de seus resultados, é possível alcançar novos horizontes explicativos?

3. Que novo contrato social é necessário para a escola sustentar as mudanças educacionais e continuar seu desenvolvimento?

4. Que contribuições teóricas podem ser dadas para a educação médica brasileira por uma escola com as características da ESCS?

Elas podem ser respondidas por mais de um prisma educacional. Procuramos um novo enfoque, ou um olhar de um outro ponto de vista.

Diversos argumentos, a depender da escolha, podem embasar respostas a essas questões. Silva (2010)⁸² classifica as teorias em três grupos – tradicionais, críticas e pós-críticas – cada qual enfatizando distintas categorias com que o trabalho educacional é realizado. Antes, porém, de especificá-las, convém dizer que esse autor preocupa-se muito menos ontologicamente e mais historicamente com o conceito de currículo. Para ele, mais do que buscar uma ‘definição de currículo’, é muito mais importante saber quais questões ‘uma teoria de currículo busca responder’, o que leva centralmente a questão para ‘qual conhecimento’ deve ser ensinado.

Para Silva⁸³, as categorias que as teorias ‘tradicionais’ enfatizam são ensino/ aprendizagem/ avaliação/ didática/ organização/ planejamento/ eficiência/ objetivos.

Já as teorias 'críticas' enfatizam as categorias ideologia/ reprodução cultural e social/ poder/ classe social/ capitalismo/ relações sociais de produção/ conscientização/ emancipação e libertação/ currículo oculto/ resistência. Ainda segundo ele, as teorias 'pós-críticas' enfatizam as categorias identidade, alteridade, diferença/ subjetividade/ gênero, raça e etnia, sexualidade/ significação e discurso/ saber-poder/ representação/ cultura.

Observamos que enquanto as teorias tradicionais se concentram em questões técnicas e aceitam 'o que' como dado (dado que o conhecimento – inquestionável – a ser transmitido) e buscam responder a 'como', 'qual a melhor maneira de transmiti-lo', as teorias críticas e pós-críticas se concentram em relações de poder. Elas não se limitam a perguntar 'por que', centrando sua questão central não tanto em 'o que', mas 'por que' esse conhecimento e não outro, 'por que' um determinado tipo de identidade ou subjetividade e não outro. Essas teorias se preocupam fundamentalmente com as conexões que se estabelecem, explicitamente ou não, entre o saber, a identidade e o poder.

Além de lançar mão de teorias curriculares mais abrangentes, como a de Young⁷⁴ e a de Silva⁸³, para superar a visão da educação que 'obstaculiza' a compreensão dos avanços, necessitamos traduzir a complexidade da qual a ESCS se reveste (Figura número 2) de outra perspectiva: uma perspectiva mais ampla da sociedade.

Necessitamos especificar de que forma isso ocorre com a ESCS, explicando teoricamente os efeitos de seu currículo integrador. Um currículo tradicional pode ser explicado por uma teoria educacional convencional, qual o saber que ele transmite,

mas essas teorias não explicam satisfatoriamente o caso da ESCS; o mesmo se dá com sua identidade, fortemente assentada na integração ensino-serviços; e o mesmo ocorre com a questão do poder, que se dá por intermédio da sua gestão institucionalizada. De que forma isso ocorre?

Para isso promovemos a sistematização descrita no modelo representado pelo triângulo da Figura número 2 (p. 88), que aponta para elementos e relações – exemplificados acima – que se estabeleceram e que se realizam para além do campo educacional tradicional. Os docentes e os alunos e os dispositivos pedagógicos não estão restritos à escola porque transitam em uma ampla rede assistencial e inserem-se no SUS, estabelecendo vínculos – como, por exemplo, com o mundo do trabalho. Ou pelo fato de o currículo ter uma população bem definida e referenciada, isto é, o currículo considerar sempre as populações atendidas por um sistema de saúde. Essas relações, assim estabelecidas, podem ser consideradas como aspecto central de todo o processo de mudança curricular que a ESCS promoveu. O currículo integrador não diz respeito apenas a suas metodologias de ensino – e são essas relações, como objeto detalhado, portanto, é que devem ser feitas nas análises, com instrumental e método apropriado.

Continuando nosso estudo exploratório, encontramos na sociologia – mais especificamente na teoria sociológica de Bourdieu⁶⁶ – uma leitura sobre o currículo propiciada por este referencial, que permitiu que muitas questões fossem explicadas. A teoria trata do conceito de ‘campo’ e de ‘*habitus*’, que podem nos ajudar a pensar a partir do campo em que a ESCS se encontra. Considerando a categoria explicativa

currículo como campo e como *habitus*, o que nele se pratica, em função de suas 'propriedades de situação' e 'propriedades de posição', pode nos ajudar a reconhecer como a economia, a educação no ambiente de trabalho e a gestão da SES, a institucionalização, a cultura, a produção de conhecimentos e com a ciência e a tecnologia, enfim, a 'rede multidimensional' dos relacionamentos que o currículo permite estabelecer. Mais uma vez necessitamos de uma teoria que explique como se estabelecem relações sociais mais amplas, que é onde o currículo se situa.

Da mesma forma, no que diz respeito ao campo da gestão e da institucionalização, tanto porque o currículo trata de 'conhecimentos' mas também porque o conhecimento pode ser 'lido' com a ajuda da sociologia do conhecimento, nos ateremos a uma teoria específica oriunda desse campo do saber – a teoria da construção social da realidade. Ela pode nos fornecer uma compreensão mais precisa das formas, etapas e significados e da institucionalização das mudanças curriculares promovidas, trazendo novos aportes para a importância da gestão curricular.

Visto que o currículo se encontra sob a influência de uma determinada cultura médica – e de educação médica – buscaremos estudos no campo antropológico – cultural para compreender as influências que o amplo campo cultural exerce sobre a reprodução, a manutenção do currículo e desse modelo de formação e sua importância para a formação médica atual. Necessitamos fazê-lo em função da 'razão crítica' e não somente ou simplesmente por uma 'razão prática'. A análise sociológica do recorte feito, à luz das teorias curriculares mais abrangentes, podem traduzir a complexidade da ESCS, situando melhor as escolas que estão promovendo sua

transição para a 3ª geração de mudanças, e com isso dando-lhe condições de se fortalecer/consolidar e a atualização constante (das trocas).

CAPÍTULO 4 - AMPLIAÇÃO DO OLHAR SOBRE O CURRÍCULO INTEGRADOR

4.1 TEORIA DE CAMPO: O CAMPO DA MEDICINA, O CAMPO DA EDUCAÇÃO MÉDICA E A MATRIZ SÓCIO ECONÔMICA E CULTURAL DA FORMAÇÃO MÉDICA

É sabido que a abrangente área da medicina – onde se situa o espaço da educação médica – não consegue ficar isenta da problemática social, uma vez que o corpo humano, e, de uma maneira mais abrangente, o ser humano, é permeado pelas determinações das condições e situações de vida. A explicação que é dada na maioria das vezes é com viés exclusivamente biologicista, insuficiente para ser, sozinha, a base teórica que explica tanto a medicina como o currículo de educação médica. Por outro lado, conforme já salientamos, as análises sobre as estruturas da educação médica de que dispomos têm seus limites contidos pelas explicações economicistas de caráter estruturalista. São análises que tiveram muito destaque e grande expressão ao longo da década de 1970, que tem como premissa a infraestrutura, com a produção econômica, determinando a supraestrutura ‘social’ como o Estado e as instituições. Garcia¹³ é um exemplo típico dessa corrente de pensamento. Porém, nos últimos anos vem-se buscando outro tratamento analítico para se entender o mundo simbólico no qual as pessoas estão inseridas; a maneira como elas veem e captam os sentidos e o que é atribuído às próprias experiências – requer-se também explicações que permitam avaliar o ponto de vista dos atores sociais envolvidos. Este raciocínio deve ser aplicado aos estudos específicos sobre educação médica.

Já havíamos observado que as relações entre campo médico e a estrutura econômica definem as formas em que se estabelece o trabalho médico, havendo, conforme afirma Garcia¹³, uma autonomia relativa entre a educação médica e a infraestrutura. Segundo uma visão estruturalista althusseriana, o modelo educacional da escola

médica pode ser concebida como o aparelho institucional da produção de médicos e constitui a superestrutura do processo produtivo. Mais recentemente, o ‘olhar’ das ciências sociais vem sendo desenvolvido, acrescentando novos instrumentos que englobam outras dimensões, evitando negar os estudos e as análises econômico – estruturalistas e políticas que citamos acima.

No que diz respeito ao ensino e ao modelo educacional, a escola é uma superestrutura característica de sociedades modernas, nas quais o ensino e o trabalho aparecem como sendo antagônicos, o que pode ser considerado como decorrência da separação, historicamente observada entre o ensino e o trabalho, e entre educação e saúde. Como as demais instituições que administram a atenção médica, a escola médica tem independência em relação a outras instituições. A escola parece ter uma capacidade de sobrevivência mesmo em sociedades que fizeram mudanças na infraestrutura que as sustenta Garcia¹³. Em essência, isso explica porque a escola, apesar das várias transformações proporcionadas pela revolução industrial, manteve sua superestrutura praticamente inalterada, mas Cruz⁴ considera que há limitações da explicação estruturalista e as relações objetivas entre os agentes da educação médica podem ser observadas em outros campos. Segundo, a produção de projetos pedagógicos ocorre dentro do campo de produção social especializado, resultado das relações objetivas entre os agentes da educação médica entre si, e destes com os agentes dos demais campos de produção social – saúde, educação, mercado de serviços profissionais, mercado de serviços de ensino mais diretos e campos políticos e econômicos, indiretamente – que de alguma forma têm interesses em relação aos produtos produzidos no campo da educação médica.

Nesse sentido, a educação médica pode ser entendida como um ‘campo de força’, na medida em que as propriedades tidas em consideração para se construir este espaço são propriedades atuantes – que são as diferentes espécies de poder ou de capital que ocorrem nos diferentes campos listados por Bourdieu⁶⁵. Assim, segundo este autor, as relações de forças objetivas, impostas a todos os que entram nesse campo são “irredutíveis às intenções dos agentes individuais ou mesmo às interações diretas

entre os agentes” (p. 134). As forças que tencionam o campo da Educação Médica são forças de atuação que:

- 1- desenvolvem uma prática pedagógica;
- 2- produzem conhecimento sobre a própria prática pedagógica e sobre a medicina;
- 3- disputam o sentido dos processos de decisão que influenciam na adoção de conceitos gerais da escola médica que estruturam os micropoderes institucionais – saúde, doença, papel do médico, do paciente, do professor e do aluno – e a distribuição de recursos entre os agentes do ensino.

Nesse sentido, é possível mapear alguns pontos do campo que se organizam em torno desses interesses: o espaço institucional onde se desenvolve a formação médica, e o espaço das macropolíticas de saúde e de educação. A partir dessas ideias, Cruz⁴ elaborou um diagrama apresentado na página 94 e que demonstra os espaços que compõem o campo da educação médica.

Para compreender melhor a ESCS e essas relações, aprofundaremos nossa análise acrescentando novos aportes, novos conceitos da sociologia e da cultura aos da educação, porém não deixando de considerar que eles também estão em disputa no próprio campo, bem como são emitidos a partir de relações que ali eles estabelecem. Seleccionamos um conjunto de ideias tomadas como referência dos postulados defendidos por Bourdieu⁶⁵ – em especial as noções de campo, hábitos e pensamento relacional – pois foi nos seus estudos que encontramos as condições para continuar aprofundando nossa reflexão inicial. Elegemos seus estudos para servir como ampliação do nosso referencial, visto que segundo esse autor, “o campo em questão que não está isolado de um conjunto de relações de que tira o essencial das suas prioridades”⁶⁵.

Como se vê, há autores que consideram ao mesmo tempo os aspectos histórico-culturais e simbólicos na sua realização. É o que faz Bourdieu (1996)⁸³ ao recomendar que, ao se fazer esse movimento, a teoria econômica, em vez de ser

modelo fundador, deve ser repensada e não abandonada, colocando os pressupostos da teoria econômica, como a questão do mercado e outras estruturas da produção, à luz dos conhecimentos adquiridos a partir da análise dos campos de produção cultural. Seus estudos partem da premissa que eles são decorrentes de relações objetivas entre agentes que ocupam determinadas posições em cada campo social que compõe o espaço multidimensional da sociedade em que estão inseridos. Ele afirma:

Os seres aparentes, diretamente visíveis, quer se trate de indivíduos quer de grupos, existem e subsistem na e pela diferença, isto é, enquanto ocupam posições relativas em que um espaço de relações que, ainda que invisível e sempre difícil de expressar empiricamente, é a realidade mais real e o princípio real dos comportamentos dos indivíduos e dos grupos. (p.48)⁸⁴.

A teoria (geral) dos campos, ao evidenciar as lutas que têm lugar no campo intelectual, permite compreender as ações que ele chama de ‘campo cultural’, dizendo que “o que está em jogo é o poder sobre um uso particular de uma categoria particular de sinais (...) e sobre a visão e o sentido natural e social” Bourdieu (1983, p.122)⁸⁴.

Lançaremos mão de conceitos desse ‘olhar’, pois o currículo – qualquer currículo – pertence também a esse campo de estudos. A noção de campo que, como disse Bourdieu (2001)⁸⁵,

que lembra o que há que fazer, a saber, verificar que o objeto em questão não está isolado de um conjunto de relações de que retira o essencial das suas propriedades (...) é preciso pensar relacionalmente. Compreender a gênese de um campo, isto é, aprender aquilo que faz a necessidade específica da crença que o sustenta, do jogo de linguagem que nele se joga, das coisas materiais e simbólicas em jogo que nele se geram, é explicar, tornar necessário, subtrair ao absurdo do arbitrário e do não motivado os atos dos produtores e as obras por eles produzidas e não como geralmente se julga, reduzir ou destruir⁸⁶. (p. 69)

Esta noção de campo – que, como dissemos acima, elegemos como ‘modus operandi’ do que esquematizamos na Figura 2 (p.88) para seguir os nossos estudos – agora baseados na teoria (geral) do campo de Bourdieu. Ele ainda esclarece que

campo é o lugar, o espaço de jogo de uma luta concorrencial (...) O que está em jogo é o monopólio da autoridade definida como capacidade técnica e poder social; ou da competência, enquanto capacidade de falar e agir

legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente outorgada a um agente determinado⁸⁶. (79, p. 122-123).

A subordinação dos campos ao campo da produção social nos leva à opção de utilizar a noção de campo médico e a noção de campo da educação médica a partir da teoria de campo aplicado por Cruz⁴ ao desenvolver em seu trabalho de mestrado. Portanto, de um lado, há o campo da medicina e por outro, há um “campo” especializado em educação médica, cada qual com suas características constitutivas.

Ao propor que se pensasse a partir da noção de campo, Bourdieu⁸⁶ o concebe como ‘campo de força’ em um espaço social o qual é um espaço multidimensional, onde não se atua desinteressadamente. O mundo social proposto pelo autor seria um espaço de posições e relações que os grupos ou agentes ocupam a cada momento histórico de cada sociedade. Ou ainda seria um conjunto de posições em um determinado sistema de relações que caracterizam essa sociedade, na qual a posição que cada um ocupa em determinado momento é definida pelo conjunto de força – de relações de poder – que interagem entre as várias posições dos diferentes grupos. O mundo social, assim, é composto por campos de produção social organizados a partir de relações objetivas entre pessoas em torno de interesses em comum.

Tais interesses, para conquistarem legitimidade social, devem ser capazes de satisfazer determinadas necessidades humanas em relação à saúde dos indivíduos, produzindo-se assim um ‘valor de uso’. (Canguilhem, 1996; *apud* Cruz, 2004, p. 73)⁴. Ao lançar mão de Canguilhem, Cruz⁴ procura explicar interesses em comum, em função dos ‘valores de uso’ em torno das necessidades humanas de cura ou alívio da dor ou do sofrimento. A saúde, como um campo social, é produzida a partir da satisfação das necessidades humanas (em termos de cura), sendo que os ‘interesses em comum’, para conquistarem legitimidade social, devem ser capazes de satisfazer determinadas necessidades humanas, produzindo esse ‘valor de uso’.

Além disso, para construir o espaço social, Bourdieu (2000)⁸⁶ assim continua:

Os agentes singulares são distribuídos por esse espaço em virtude de sua posição nas distribuições de duas espécies maiores de capital, o capital

econômico e o capital cultural, sendo o afastamento de dois agentes nessas distribuições uma medida de sua distância social⁸⁷. (p. 10).

Nosso objeto de estudo, que representa parte recortada de um todo, não foi completamente isolado por este olhar. Como uma unidade social do mundo real no qual está inserido, ele estabelece uma rede de relações, sendo que, conforme Bourdieu⁸⁷, ele possui propriedades que são próprias de sua condição material de existência – propriedades de situação – e outras que são referentes a sua posição – propriedades de posição. É nesse sentido que para analisar este tipo de objeto, complexo, e sua rede de relações, é preciso pensar relacionalmente tanto as unidades sociais em questão como as suas propriedades – de situação ou de posição – as quais podem ser caracterizadas em termos de presença ou ausência Bourdieu⁸⁷. Para se desenhar a estrutura do campo social, ele afirma ainda que

Os agentes de um determinado campo possuem diferentes *habitus* adaptados às exigências e às necessidades do campo em questão. O *habitus* é um sistema de disposições duráveis e estruturadas predispostas a funcionarem como estruturas do indivíduo, onde se incluem regras e valores oriundos dos processos de socialização⁸⁷. (p. 60).

Como se vê, para Bourdieu⁸⁷, um agente de uma instituição faz parte do campo na medida em que ele sofre seus efeitos ou nele os produz, sendo o *habitus* uma estrutura de pensamento dentro do campo. A aplicação da noção de *habitus* é uma estratégia prática para orientar e situar de maneira racional um espaço social. Segundo ele, “é sua segunda natureza, é quando você deixa de ser você” (p. 22), conforme diz o autor. “O *habitus* indica a disposição incorporada, quase postural (...) de um agente em ação” (p.60), continua o autor. “O *habitus* é um conhecimento adquirido e também um haver, um capital”⁸⁷ (p.61).

Queremos registrar aqui, por ora, que a escola – segundo Bourdieu⁸⁷ – por intermédio do currículo que ela opera, é “uma força formadora de hábitos” (p. 211) e que, no caso da ESCS, situa-se em um campo onde ocorrem mais intersecções do que ocorre com outras escolas, decorrendo daí a importância de considerarmos fortemente as

relações que seu currículo estabelece com o campo médico, isto é, com a prática médica e os *habitus* que ali praticam.

Retomando o tema do campo médico, já vimos que ele organiza-se a partir da produção econômica. Somente a partir de uma profissionalização específica pode oferecer à sociedade produtos capazes de atender à necessidade social que este campo de serviços gera. Este “capital profissional” tem sua estruturação fortalecida no fim do século XIX e durante todo o século XX pela importância progressiva que a ciência passou a ocupar na sociedade e que continua a sê-lo ainda neste início do século XXI, organizando-se a partir da crença de que a ciência é capaz de produzir uma verdade sobre o mundo a qual lhe confere o paradigma. Sob a forma de respostas científicas, uma vez que se procuram respostas para o sofrimento e a cura, para o sofrimento e a cura, os produtos das pesquisas científicas exercem o poder de legitimação, sendo considerados um “bem social”⁴ (p.75).

Já observamos como, historicamente, organizou-se um ‘mercado de serviços de cura’, onde os investimentos estão voltados a produzir uma crença no valor de um produto, ‘curar’, valor esse que é simultaneamente econômico e simbólico. Econômico porque disputa espaço em um mercado de serviço; simbólico porque disputa produção de crenças em torno do normal e do patológico, do adoecer e do curar. Sob esse aspecto, segundo Cruz⁴ observa que a educação médica situa-se na confluência de três superfícies: a saúde pública, o mercado de serviços de cura e a educação. Nessa perspectiva, a saúde no Brasil organizou-se ao longo do tempo marcada principalmente pela divisão em dois campos distintos, heterogêneos e estratificados, diferenciando-se em função das clientela alvo: o mercado de serviços médico-assistenciais (de natureza privada e o mercado de serviços de saúde pública (de natureza estatal), este para os de baixa posse, que não têm acesso àquele mercado.

Dentre as estratégias de sua reprodução, a construção social do estatuto de profissão médica – como as realizadas também por outras ocupações – encontra-se a profissionalização: o aspirante a profissional deverá passar por treinamento específico. Como resultado, há a conformação de uma atividade baseada na adesão

a um ideal de serviço, na forte identidade profissional, além da demarcação clara do território profissional pelo mercado de trabalho Machado (2000)⁸⁷. Na lógica de que um novo mercado mudaria as características do médico formado, a estratégia de transformação da prática médica passou a ser a criação de um novo mercado de trabalho para os profissionais de saúde – diferente do que até então captava o mercado médico, o qual exigiria um outro perfil profissional, diferente do liberal. Até hoje não há evidências de que o estabelecimento desse novo mercado público tenha trazido para dentro da escola médica um novo sentido e outra característica para a formação.

Mesmo considerando que sempre é analisado a partir da centralidade do trabalho médico, o espaço da prática médica, segundo Garcia¹³ tem sido definido na história diferentemente, conforme o modo de produção econômico vigente, visto que ele articula-se de forma diferente à estrutura social. Pelo fato de a prática médica se situar num espaço de onde provêm as leis que instituem a organização dos profissionais de saúde, o conteúdo do ensino, o grau de separação que existe entre o ensino e a atividade prática e a seleção dos estudantes, ela – a prática médica – tem, hierarquicamente, uma posição ‘superior’. Mas a educação médica, ainda que se situe numa relação de dependência, possui uma autonomia relativa, embora contendo ainda interesses provenientes da prática médica. Para Garcia¹³, essa é uma das razões por que continuamos observando que os professores geralmente são especialistas, e os estudantes, por sua vez, pressionados pelo mercado de trabalho, continuam a inclinar-se prematuramente para uma especialidade tal como já dizia esse autor. Ainda segundo ele, é por causa dessas relações de determinação que as escolas não tiveram sucesso em suas propostas de mudanças, pois encontraram grande resistência da estrutura da escola médica nas propostas de modificar o modo de produção de médicos.

Retornando ao modelo proposto por Bourdieu⁸⁷, já observamos acima como se concebe o campo médico inserido em um espaço social multidimensional, composto pelo conjunto aberto de campos relativamente autônomos. Cada campo produz recortes de interesse em relação ao mundo dos objetos, podendo esses recortes

serem exclusivos ou compartilhados em mais de um campo. Todos estes campos são “subordinados quanto ao seu funcionamento e às suas transformações, de modo mais ou menos firme e mais ou menos direto ao campo de produção econômica”⁸⁷ (p. 153).

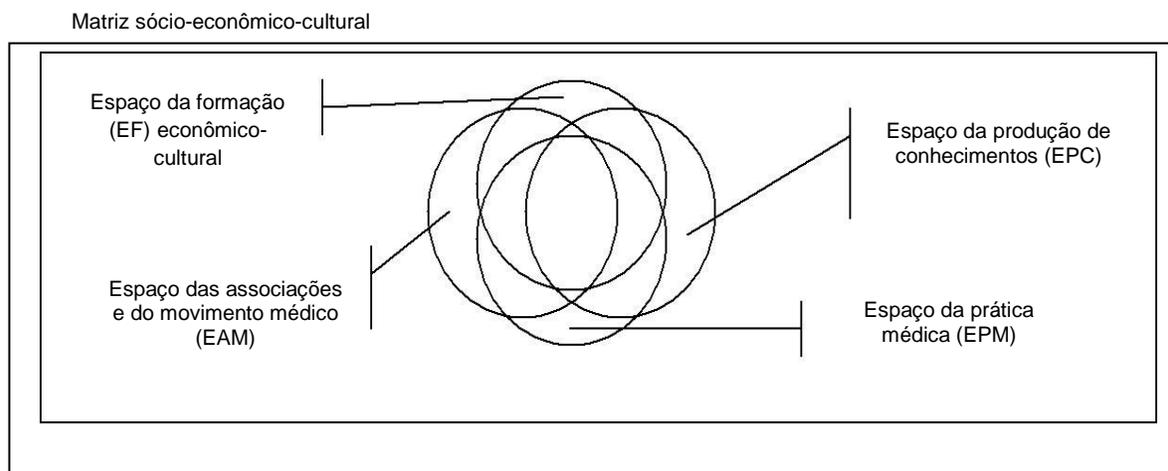
No sentido explicitado acima, o campo médico é um campo multidimensional, sendo composto por quatro instâncias diferenciadas: há o espaço da formação de pessoal, o espaço da produção de conhecimentos, o espaço da prática médica, e o espaço das entidades médicas.

Partindo da noção de que o campo médico não é algo estático, mas um campo de forças onde nas quatro instâncias – formar médicos, praticar medicina, produzir conhecimento e disputar projetos – operam tensões, reproduzimos na Figura 5 (p. 144) a seguir, a teoria do campo médico elaborada por Cruz⁴ como um diagrama.

Na matriz sócio-econômico-cultural da teoria do campo médico, há, portanto, os seguintes espaços:

- 1- O espaço da formação, constituído formalmente no Brasil pelas escolas médicas;
- 2- O espaço da produção de conhecimentos, que são os grandes centros médicos especializados localizados nos principais centros urbanos do país, os hospitais universitários e algumas grandes escolas médicas, institutos de pesquisa;
- 3- O espaço da prática médica, que é o espaço do Sistema Único de Saúde nas esferas federal, estadual e municipal – principalmente a última, clínicas privadas, todos os serviços próprios e dos prestadores do Sistema Suplementar de Saúde (planos de saúde, seguradoras, auto-gestão e cooperativas) e hospitais;
- 4- O espaço das associações e do movimento médico que são as sociedades de especialidades e as associações médicas, conselhos profissionais federais e estaduais, sindicatos médicos, associações de médicos residentes, movimento estudantil de medicina, movimento de médicos residentes, movimentos de reformas da escola médica.

Sob estas relações sociais, produz-se uma crença de que as práticas – inclusive as práticas educacionais – organizam-se em decorrência exclusiva das necessidades técnicas de abordagem e transformação dos objetos. Conforme afirmou Schraiber¹⁴ elas ficam reduzidas a dimensões técnicas e reproduzem as relações sociais de produção.



Onde:

- EF é constituído formalmente no Brasil pelas escolas médicas.
- EPC são os grandes centros médicos especializados localizados nos principais centros urbanos do país, os hospitais universitários e algumas grandes escolas médicas, institutos de pesquisa.
- EAM são as sociedades de especialidades e as associações médicas, conselhos profissional, federal e estadual, sindicatos médicos, associações de médicos residentes, movimento estudantil de medicina, movimento de médicos residente, movimentos de reformas da escola médica, movimento pela aprovação da Lei do Ato Médico.
- EPM é o Sistema Único de Saúde nas esferas federal, estadual e municipal – principalmente a última, clínicas privadas, todos os serviços próprios dos prestadores do Sistema Suplementar de Saúde (planos de saúde, seguradoras, auto-gestão e cooperativas), hospitais.

FIGURA 5 - Cruz KT. *Espaços que compõem o campo médico*. [Dissertação de Mestrado, p. 76]. Campinas: UNICAMP/FCM; 2004.

A utilização desses conceitos também permite perceber por que, havendo um alto grau de complexidade nas relações sociais que envolvem o ensino médico, as tensões aumentam quando se tenta estender a cobertura para grupos da população insuficientemente assistidos, pois requer-se uma nova demanda do mercado de trabalho. É o caso quando se requer uma maior quantidade de médicos, medida que

se defronta, em contraposição com os interesses (das corporações médicas liberais), na manutenção do mercado de trabalho baseado nas especialidades médicas. É sob essa perspectiva que o campo médico tem grande influência na produção de projetos pedagógicos para as escolas médicas.

Tendo observado que o usual é o médico se formar em grupos, separado do trabalho médico e dedicado exclusivamente a estudar, Garcia¹³ propôs um esquema teórico para análise da formação de médicos diz que no modelo atual de produção de médicos – que determina uma forma particular de organização a que chamamos de escola de medicina – devido ao predomínio da separação entre estudo e trabalho, ocorreu sua separação das instituições de atenção médica. Nesse esquema teórico, destaca que, ao nível do processo de ensino, há diversas etapas sucessivas pelas quais passa o estudante até transformar-se em médico, distinguindo nelas as atividades, os meios e os objetos de ensino. A transformação do estudante em médico supõe uma atividade humana específica que se denomina atividades de ensino. Dentro do que se denomina espaço de formação, há um campo de produção social especializado – o campo da educação médica – que toma para si automaticamente (talvez se devesse dizer ‘naturalmente’) – o tema da formação médica.

Na análise do processo da formação médica, Cruz⁴ conclui que:

Portanto, a produção de projetos pedagógicos ocorre dentro do campo de produção social especializado, denominado Educação Médica, que é o resultado das relações objetivas entre os agentes da educação médica entre si, e destes com os agentes dos demais campos de produção social – saúde, educação, mercado de serviços de cura, mercado de serviços de ensino mais diretos e indiretamente os campos políticos e econômicos – que de alguma forma têm interesses em relação aos produtos produzidos no campo da educação médica. (p. 82).

É por isso que o que está em jogo dentro da escola médica é o “monopólio da autoridade” conforme afirma Bourdieu⁸⁶ (p.122 -123). A escola como uma organização institucional – devido à sua capacidade técnica de ‘saber produzir’ médicos, é o espaço que congrega o centro dos conflitos do campo da educação

médica, em cujas relações reais cotidianas entre os vários atores e projetos ocorre a objetivação do processo de produção de médicos.

É onde a educação médica, verdadeiro campo de força, deve ser entendida. As forças que tensionam o campo da educação médica são forças com ampla atuação. Elas desenvolvem uma prática pedagógica; produzem conhecimento sobre a medicina e sobre a própria prática pedagógica; disputam o sentido dos processos de decisão da escola médica que influenciam na adoção de conceitos gerais que estruturam os micropoderes institucionais – saúde, doença, papel do médico, do paciente, do professor e do aluno – e a distribuição de recursos entre os agentes do ensino. Cruz⁴ reafirma que é isso que torna possível mapear alguns pontos do campo que se organizam em torno desses interesses: o espaço institucional, o espaço da produção de conhecimentos educacionais, o espaço das associações e dos movimentos, o espaço das macropolíticas de saúde e de educação. A partir dessas ideias, novamente utilizamos o diagrama da Figura 4 (p.94) onde estão esquematizados os espaços que compõem o campo da educação médica. Observe-se, contudo, que a matriz sócio-econômico-cultural, como não poderia deixar de ser, perpassa tanto o campo médico como campo da educação médica, conforme sistematizados nas Figuras 4 e 5. Como a autora explicou, o espaço institucional é a própria escola médica e contém: o processo de formação organizado em uma estrutura curricular específica para o curso de medicina; os espaços da gestão que compõe a organização administrativa da escola, com seus fóruns de decisão e com sua hierarquia e os campos de práticas pedagógicas – as salas de aula, os laboratórios e os serviços de saúde nas suas várias complexidades. É na estrutura desse campo de forças que ocorre a manutenção ou a transformação da estrutura curricular.

Essas análises são coerentes com as explicações fornecidas por Garcia¹³, para quem o sentido dessa mudança está sempre em disputa, onde vários atores disputam a hegemonia do currículo e a legitimação das práticas médicas.

Esse sentido – de manutenção ou de transformação – conforme descrevemos no capítulo 1, alcança, em diferentes graus, vários e amplos espaços onde se tematiza a

saúde, sendo amplamente percebido que a formação de médicos é um tema amplamente debatido na sociedade: nas esferas leigas; em setores especializados (escolas médicas, docentes médicos e educadores), dentro de instituições do Estado e nos setores de prestação de serviços públicos e privados, inclusive no mercado de saúde. As escolas médicas, que constituem formalmente no Brasil o espaço de formação, não estão sozinhas neste espaço. Ainda que em todos os espaços pareça haver um consenso de que a forma como os médicos assistem seus pacientes está inadequada, observa-se que instituições e entidades – como as sociedades de especialidades – disputam, ainda que em diferentes graus, os espaços de formação. Essa é a razão pela qual, ao converter-se em um centro de interesses no campo médico, ressurgem as tensões na escola médica. É quando se expressam, nas suas diversas formas de atuação, as forças que tensionam o campo da educação médica, seja no desenvolvimento de uma prática pedagógica e na produção de conhecimentos sobre a própria prática pedagógica e sobre a medicina, seja disputando o sentido dos processos de decisão que influenciam na adoção de conceitos gerais da escola médicas: os micropoderes do professor e do aluno no que diz respeito à saúde, doença, papel do médico, do paciente, do ensino, etc.

Como é preciso reformular a formação dos médicos, e na medida em que as políticas, as diretrizes e o desempenho da ‘instituição’ escola médica afetam sobremaneira e em última instância a saúde – vale dizer, as instituições médicos – assistenciais e a própria população usuária dos serviços – acaba-se tensões em várias esferas da sociedade e na relação desta com o Estado. Isso coloca os problemas da educação médica no plano de se ter que analisar o papel particular do campo político, e também do campo burocrático, sendo necessário mapear esses campos de força qualquer que seja sua natureza institucional e cultural.

4.2 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA REALIDADE

Neste subcapítulo abordaremos alguns apontamentos sociológicos com vistas a compreender o processo, complexo, de implantação e de institucionalização de novos

modelos de currículos com mudanças efetivas na educação médica. Visamos também a nos situar frente a dificuldades e a resistências comumente encontradas nesses processos. Sendo a sociologia do conhecimento a disciplina que se ocupa com tudo que é tido como conhecimento – independente da sua validade – importa-nos discutir essas questões tendo em vista que se vive, hoje, em uma ‘sociedade do conhecimento’. Estaremos utilizando os termos ‘conhecimento’ e ‘realidade’ no contexto dessas disciplinas sociológicas.

O interesse de Berger e Luckmann (2005)⁸⁸ é um interesse sociológico nas questões de como o ‘conhecimento’ impacta na ‘realidade’ e o justifica pela sua relatividade social, uma vez que há diferenças observáveis entre as sociedades em termos daquilo que nelas é admitido como conhecimento, tanto que citam a afirmação de Pascal – que já se tornou comum – de que ‘aquilo que é verdade de um lado dos Pirineus é erro de outro lado’ (p.16). A sociologia do conhecimento trata da multiplicidade empírica, sobre as sociedades e entre grupos de uma mesma sociedade, do conhecimento e dos processos pelos quais um corpo de conhecimento – qualquer conhecimento – chega a ser socialmente estabelecido como realidade. Sendo o conhecimento um pensamento, a sociologia do conhecimento trata também das relações entre o pensamento humano e o contexto geral no qual ele surge, com a preocupação em investigar as relações concretas entre o pensamento e suas situações históricas.

A medicina possui um corpo de conhecimentos próprio, que se transmite socialmente através da educação médica por intermédio de um currículo, legitimado e executado – formalmente – por uma escola. Desse ponto de vista, a medicina é um conhecimento escolar sistematizado, sendo a escola responsável institucionalmente, embora não sozinha, pela disseminação desta cultura. Assim, a sociologia do conhecimento, que, como explicado anteriormente, ocupa-se com tudo que é considerado conhecimento na sociedade, deve explicar, em um projeto de mudanças no perfil médico que se pretende formar, o processo em que se dá – ou não – a sua institucionalização.

Visto ainda que de acordo com a teoria geral da sociologia do conhecimento a realidade é construída socialmente, lançaremos mão de uma teoria específica- a teoria da Construção Social da Realidade- visando a analisar os processos em que a construção da realidade ocorre, procurando explicar como o conhecimento desenvolve-se, transmite-se, mantém-se, e consolida-se na sociedade.

Segundo Berger e Luckmann⁸⁹, alguns dos conceitos-chaves da sociologia do conhecimento, herdam de Marx (1844 – 1953) a afirmação de que “a consciência do homem é determinada por seu ser social” (Marx, 1844 – 1953; *apud* Berger e Luckmann, 2005, p. 17)⁸⁹, tida por vários estudiosos do tema como a mais exata formulação de seu problema central. Mas o caráter essencialmente mecanicista, em vez do dialético, do ‘marxismo posterior’ – que tende a identificar a ‘infra-estrutura’ com a estrutura econômica *tout court*, da qual a ‘superestrutura’ seria diretamente um mero reflexo – vem sendo paulatinamente superado, permitindo compreender a expressão infraestrutura como ‘atividade humana’ e a expressão superestrutura com o ‘mundo produzido por essa atividade’, quando se considera que o pensamento humano, fundado na atividade humana, ‘trabalho no sentido mais amplo da palavra’, e nas relações sociais produzidas por essas atividades.

Segundo Berger e Luckmann⁸⁹ é conclusão de Weber (1947, p. 101; *apud* Berger e Luckmann, 2005, p. 33)⁸⁹ que a sociedade possui factibilidade objetiva, sendo a sociedade construída, de fato, pela atividade que expressa um significado subjetivo. E para esses autores, de acordo com Durkheim, o que torna sua ‘realidade *sui generis*’ é precisamente aquilo que confere o duplo caráter da sociedade em termos de ‘factibilidade objetiva’ e ‘significado subjetivo’. Para esses autores, portanto, a sociedade, que possui na verdade facticidade objetiva, ela de fato é construída por uma atividade que expressa um significado subjetivo. (Durkheim, 1950, p. 14; *apud* Berger e Luckmann, 2005, p. 33)⁸⁹.

Segundo esses autores, a questão central que a teoria sociológica deve responder é: como é possível que significados subjetivos se tornem factibilidades objetivas? Dito de outra forma: como é possível que a atividade humana produza um mundo de

coisas? A adequada compreensão da 'realidade sui generis' da sociedade exige a investigação da maneira pela qual esta realidade é construída, investigação essa que é tarefa da sociologia do conhecimento, e que nós queremos aportar para a educação médica.

Muito embora o ambiente no qual o homem se relaciona caracteriza-se por ser ao mesmo tempo um ambiente natural e humano, é lugar comum etnológico dizer que as maneiras de se tornar e ser humano são tão numerosas quanto as culturas humanas.

Desses autores, compreendemos que a humanização é variável em sentido sociocultural, sendo esse sentido que determina a variabilidade das formações socioculturais. O ser humano em desenvolvimento – e o estudante é um ser humano em desenvolvimento – se relaciona com o ambiente natural particular, mas também com uma ordem cultural e social específica. Há somente a natureza humana – no sentido das constantes antropológicas – que delimita e permite a formação sociocultural do homem. Mas a forma específica em que essa humanização se molda é determinada por essa formação sociocultural, sendo relativa às suas numerosas variações. Embora seja possível dizer que o homem tem uma natureza, é mais significativo dizer que o homem constrói sua própria natureza ou, mais simplesmente, que o homem se produz a si mesmo.

Isso não nega a dicotomia de que o ser se produz a si mesmo com a sua natureza humana. Se os pressupostos genéticos são dados do nascimento, eles não são dados ao 'eu' tal como é experimentado mais tarde, como uma identidade subjetiva e objetivamente reconhecível. Os processos sociais produzem sua forma particular, culturalmente relativa. Portanto, nem o organismo e nem o 'eu' podem ser devidamente compreendidos fora do contexto social particular em que foram formados – ou onde atuam⁸⁹.

Qualquer fenômeno humano, para requerer uma compreensão de um fato antropológico essencial, deve levar em consideração dois aspectos essenciais: a análise da atividade humana como conduta no ambiente material assim como na exteriorização de significados subjetivos.

Na medida em que os homens, em conjunto, produzem um ambiente humano com a totalidade de suas formações socioculturais e psicológicas – sendo, portanto, o ambiente humano responsável pela humanização, novamente aqui entendida como produto do homem – a autoprodução do homem é sempre, e necessariamente, um empreendimento social, e não do indivíduo solitário. Essa é a razão pela qual Berger e Luckmann⁸⁹ dizem que ‘o *homo sapiens* é o *homo socius*’ (p.75) visto que a humanidade específica do homem e sua sociabilidade estão inextricavelmente entrelaçadas.

A partir desse ponto, para esses autores, a questão deve então ser transferida para outro nível: de que maneira surge a própria ordem social? Afirmam eles que a ordem social não é dada biologicamente, pois não sendo derivada das leis da natureza, não faz parte da ‘natureza das coisas’, existindo a ordem social unicamente como produto da atividade humana. E tanto em sua gênese – ordem social resultante da atividade humana passada – quanto em sua existência em qualquer instante do tempo, a ordem social só existe na medida em que a atividade humana continua a produzi-la. Em ambos os casos, a ordem social é um produto humano.

Embora nenhuma ordem social existente possa ser derivada de dados biológicos, o homem tem de estar continuamente se exteriorizando na atividade, donde o comportamento social deriva de aspectos biológicos e sociais. É por isso que, na lógica desses autores, a fim de entender as causas da ordem social – emergência, manutenção, transmissão e consolidação de uma ordem social, instituída ou em processo de instituição – é preciso empreender uma análise que possa resultar em uma teoria da institucionalização.

Lembramos, nesse ponto, que nosso objetivo mais específico é buscar compreender que elementos devem ser considerados durante o processo de mudanças do modelo da formação médica está educacional instituído: o modelo flexneriano¹ de educação médica, hegemônico, na sua relação com a própria prática médica e a medicina especializada, conforme documentado e analisado como objeto de estudo deste trabalho.

Em sua visão no que diz respeito às origens da Institucionalização, estes autores afirmam que toda atividade humana está sujeita ao hábito (ou conduta); e que qualquer ação frequentemente repetida se molda em procedimentos operatórios, isto é, em um padrão. Há um processo de formação do hábito, sendo que esses processos de formação de hábitos precedem toda a institucionalização. Mas a questão que se coloca é como esta formação de hábitos se origina.

A institucionalização, segundo Berger e Luckmann⁸⁹, o instituído – ocorre sempre que há uma “tipificação recíproca de ações habituais por tipos de atores” (p.79), sendo que qualquer uma das tipificações é uma instituição. Cabe considerar, aqui, a importância do processo de formação de hábitos, daquilo que é instituído na formação do estudante de medicina, para sua futura prática médica profissional.

As tipificações das ações habituais que constituem as instituições são: a) sempre compartilhadas; b) são acessíveis a todos os membros do grupo social particular em questão; c) a própria instituição tipifica os atores individuais assim como as ações individuais. A instituição pressupõe que ações do tipo X serão executadas por atores do tipo X. Nesse sentido, como o observado em muitas outras atividades humanas, a medicina é uma instituição, pois realiza hábitos tipificados de ações, no caso, as práticas médicas, que são executadas por atores específicos – os médicos.

Além da tipificação, as instituições implicam historicidade e controle. As tipificações recíprocas das ações são construídas no curso de uma história compartilhada, não podendo ser criadas instantaneamente. As instituições têm sempre uma história, da qual são produto, sendo impossível compreender adequadamente uma instituição sem entender o processo histórico em que foi produzida.

Pelo simples fato de as instituições existirem, controlam a conduta humana, estabelecendo padrões previamente definidos de conduta, que a canalizam em uma direção dentre inúmeras tecnicamente possíveis.

Para Berger e Luckmann⁸⁹, dizer que um segmento da atividade humana foi institucionalizado, é dizer que esse segmento da atividade humana abriu caminho

para formação de novos hábitos. Assim, um mundo social estará em processo de construção, contendo as raízes de uma ordem social em expansão. Importa acrescentar, que os autores ainda chamam atenção de que somente ações importantes para grupos de indivíduos, ou vários grupos em sua situação comum, têm probabilidade de ser tipificadas. Se novos indivíduos continuarem a ser incorporados, tornam-se agora instituições históricas.

Com a aquisição da historicidade, essas formações adquirem outra qualidade decisiva: a objetividade, que é um atributo coletivo. Agora as instituições – cristalizadas – são experimentadas como existindo por cima e além dos indivíduos. Experimentam-se as instituições como se possuíssem realidade própria, realidade com a qual os indivíduos se defrontam na condição de fato exterior e coercitivo. Isto é, elas ficam maiores que o homem. A objetividade do mundo institucional “expressa-se” e “endurece”: é assim que as coisas são feitas. O mundo transmitido aparece como uma realidade dada, opaca, e, tal como a natureza, não é completamente transparente. Este mundo torna-se ‘o mundo’. Só neste ponto é possível falar num mundo social; só desta maneira, como mundo objetivo, as formações sociais podem ser transmitidas. Todas as instituições aparecem da mesma maneira, manifestando-se como instituições dadas, inalteráveis e evidentes. ‘É assim que essas coisas são feitas’ e, frequentemente, o próprio indivíduo acredita que é isso mesmo.

Um mundo institucional, por conseguinte, é experimentado como realidade objetiva, e tem uma história que antecede a biografia do indivíduo. É quando as instituições defrontam-se com o indivíduo na qualidade de fatos inegáveis. As instituições estão aí, exteriores a ele, persistentes em sua realidade, queira ele ou não. Tem um poder coercitivo sobre ele tanto pela pura força de sua factibilidade como pelos mecanismos de controle. Se o indivíduo não compreende sua finalidade ou seu mundo de operação, a realidade objetiva das instituições não fica diminuída. Ela é ‘o mundo’. Porém, por mais maciça que esta realidade seja, é importante ter em mente que a objetividade do mundo institucional é uma objetividade produzida e construída pelo homem.

Objetivação, para os autores com quem estamos lidando, é o processo pelo qual os produtos exteriorizados da atividade humana adquirem caráter de objetividade; o mundo institucional é a atividade humana objetivada, e isso em cada instituição particular. É importante acentuar que a relação entre o homem – o produtor – e o mundo social – produto dele – é e permanece uma relação dialética, isto é, o homem (em coletividade) e seu mundo social atuam reciprocamente um sobre o outro. É como se o produto reagisse sobre o produtor, uma vez que a exteriorização e a objetivação são momentos de um processo dialético contínuo.

Para Berger e Luckmann⁸⁹, qualquer análise é distorcida quando deixa de lado a relação fundamental de qualquer um dos seguintes aspectos, sendo que para cada um deles corresponde uma característica essencial do mundo social:

- 1- que a sociedade é um produto humano;
- 2- que a sociedade é uma realidade objetiva;
- 3- que o homem é um produto social.

A análise dialética aparece na sua totalidade somente com a transmissão do mundo social a uma nova geração, isto é, a interiorização efetuada na socialização. Dito de outra forma: somente com o aparecimento de uma nova geração é possível falar propriamente de um mundo social. No mesmo tempo, o mundo institucional exige legitimação, isto é, modos pelos quais o mundo pode ser 'explicado' e 'justificado'. A realidade do mundo social, tornada cada vez mais maciça no curso de sua transmissão, chega como tradição. Como é necessário interpretar seu significado em várias fórmulas legitimadoras, a interiorização da ordem institucional em expansão se dá criando um manto de legitimação sob a forma de interpretação cognitiva e normativa, sendo que essas interpretações são apreendidas durante o mesmo processo que as socializa na ordem institucional. Impossível deixar de considerar, aqui, a função de transmissão e de socialização que a escola exerce. Porém, a socialização na ordem institucional exige sanções, visto que as instituições pretendem ter autoridade sobre o indivíduo.

Se a socialização das instituições foi eficiente, é possível aplicar completas medidas econômicas e seletivamente, que é o processo de naturalização. Em termos de sua funcionalidade social, estas diversas áreas de conduta não precisam ser integradas em um único sistema coerente. A explicação que os autores dão para esse fenômeno é que certos interesses serão comuns a todos os membros de uma coletividade, porém muitas áreas de conduta só terão importância para alguns tipos, que é uma incipiente diferenciação.

Berger e Luckmann⁸⁹ destacam haver, ainda, certas premissas antropológicas, como é o caso da lógica das instituições. A lógica não reside nas instituições e em suas funções externas, mas na maneira em que estas são tratadas na reflexão que delas se ocupa. Ou seja, é a consciência reflexiva que impõe a qualidade de lógica à ordem institucional. A lógica atribuída à ordem institucional faz parte do acervo socialmente disponível do conhecimento, tomado como natural e certo. O indivíduo bem socializado conhece que seu mundo social é uma totalidade consistente, sendo forçado a explicar seu funcionamento e defeitos em termos desse conhecimento. Como resultado, admite que suas instituições funcionam e integram 'tal como se supõe que devem ser'.

Ademais, dizem ainda que "as instituições são integradas, mas não como imperativo funcional do processo social que as produz, mas realizado de maneira derivada"⁸⁹ (p. 92). Só se chega à necessidade de integração institucional mediante um rodeio dos universos de significação, socialmente compartilhados, decorrente de vivências e reflexões nas quais acontecimentos isolados são concluídos como partes relacionadas de um universo subjetivamente dotado de sentido, tendo, portanto, significados socialmente articulados e compartilhados.

A integração tem suas implicações. Se a integração de uma ordem institucional só pode ser entendida em termos do conhecimento que seus membros têm dela, segue-se que a análise deste conhecimento será essencial para a análise da ordem institucional em questão. O conhecimento primário relativo à ordem institucional é o conhecimento situado em nível pré-teórico. Uma vez que a tradição – que vem do

hábito – é pré-teórica, isto não implica preocupação com qualquer sistema teórico complexo, pois o conhecimento só se torna teórico quando é conhecimento reflexivo, abstrato, quando então se tem uma teoria.

Naquele nível, o conhecimento é a soma de tudo aquilo que “todos sabem” a respeito do mundo social – um conjunto de máximas, princípios morais, frases proverbiais de sabedoria, valores e crenças, mitos, etc. No nível pré-teórico, toda instituição tem um corpo de conhecimento transmitindo como receita, isto é, conhecimento que fornece as regras de conduta, institucionalmente adequadas. As teorias também têm que ser levadas em consideração, mas o conhecimento teórico é apenas uma pequena parte do que uma sociedade considera como conhecimento – e não é a mais importante⁸⁹.

Esse conhecimento, específico, constitui a dinâmica motivadora da conduta institucionalizada. Ele define áreas de conduta, situações, constrói papéis, controla e prediz todas essas condutas, que podem tomar a forma de um currículo prescrito, normalizado e manualizado.

Nesse sentido, o conhecimento, aprendido no curso de socialização, situa-se no coração da dialética fundamental da sociedade. Ele programa os ‘canais’ pelos quais a exteriorização produz um mundo objetivo. Objetiva este mundo, ordena-o por objetos que serão apreendidos como realidade, e, em seguida, interiorizado como verdade objetivamente válida no curso de socialização. Desta maneira, o conhecimento relativo à sociedade é uma realização no sentido tanto de apreender a realidade social objetivada como de produzir continuamente esta realidade.

A explicação de como se dá a conduta institucional é que, ao se considerar que o mesmo corpo de conhecimento é transmitido e aprendido como verdade objetiva no curso da socialização, ele interioriza-se como realidade subjetiva. Essa realidade é que tem o poder de configurar o indivíduo, ‘produzindo’ um tipo específico de pessoa cuja identidade e biografia têm significação somente num universo constituído, em totalidade ou em parte, pelo mencionado corpo de conhecimento. Em qualquer área de conduta institucionalizada, tanto a atividade como a sua realização implicam a existência em um mundo social definido e controlado por este corpo de conhecimento.

Aqui observamos certa semelhança da teoria de campo de Bourdieu⁶⁶, especialmente com o conceito de *habitus*.

Mas os significados objetivados só passam a existir quando ocorre a sedimentação intersubjetiva de vários indivíduos participantes de uma biografia comum, cujas experiências se incorporam em um acervo comum de conhecimento. É enorme a importância disso para os docentes e estudantes da ESCS que, com sua vivência em um novo currículo, vem participando de uma biografia comum. Segundo Berger e Luckmann⁸⁹, a sedimentação intersubjetiva só ocorre quando se objetiva em um sistema de sinais, quando surge a possibilidade de repetir-se a objetivação das experiências compartilhadas, e só então serão transmitidas a gerações seguintes ou de uma coletividade à outra. As experiências tornam-se assim facilmente transmissíveis. É a linguagem, isto é, sinais e significados, que objetiva as experiências partilhadas e torna-as acessíveis a todos dentro de uma comunidade linguística, passando assim a ser a base e o instrumento do acervo coletivo do conhecimento. É a objetivação da experiência na linguagem, isto é, sua transformação em um objeto de conhecimento por todos aproveitável, que permite que se incorpore ao conjunto mais amplo de tradições por inúmeras vias (oral, poesia, alegoria religiosa, outros).

A experiência e suas significações podem ser então ensinadas ou difundidas a uma coletividade diferente, sendo a escola uma das modalidades de sua detenção e transmissão. A transmissão do significado de uma instituição baseia-se no reconhecimento social dessa instituição como solução 'permanente' de um problema 'permanente' de uma coletividade dada. Os atores potenciais de ações institucionalizadas devem tomar conhecimento, sistematicamente, desses significados, o que exige alguma forma de processo educacional, isto é, o que torna isso possível são os processos educacionais. Desnecessário, aqui, de novo chamar atenção das experiências educacionais que a ESCS vem propiciando com seu modelo: problematização para as atividades cognitivas, integração ensino-serviços para as práticas profissionalizantes e o cuidado com a gestão de todo o processo de aprendizagem.

É através deles que os significados institucionais são impressos poderosa e inesquecivelmente na consciência do indivíduo, podendo, se necessário, serem reimpressos e memorizados por meios coercitivos ou desagradáveis. Mas os significados institucionais tendem a ser simplificados no processo da transmissão; o caráter de fórmula dos significados institucionais, rotinizados, assegura sua possibilidade de memorização. Tanto o conhecimento como o não-conhecimento, que se admite passar de uns aos outros, é uma questão social e não apenas de mercado, afirmam os autores dessa teoria.

Para Berger e Luckmann⁸⁹ os papéis surgem onde tipificam não apenas ações específicas, mas forma de ação, executável por qualquer ato a quem possa ser plausivelmente importada a estrutura de conveniências em questão. A tipificação das formas de ação requer haver nelas um sentido objetivo. Mas apenas uma parte do 'eu' é objetivado como o executante de uma ação, sendo o 'eu total' não identificado relativamente como ação executada. Um segmento de personalidade objetiva-se em termos de tipificações socialmente válidas. Esse segmento é o 'eu social', que por vezes defronta-se com o eu em sua totalidade. Importa referir-se a esta conversa interna entre os diferentes segmentos da personalidade porque se trata do processo pelo qual o mundo socialmente construído se interioriza na consciência individual. A distância entre o ator e sua ação pode ser conservada e projetada em futuras repetições das ações, de tal maneira que tanto o 'eu atuante' quanto os 'outros atuantes' são apreendidos não como indivíduos únicos, mas como tipos. Os papéis são tipos de atores no contexto.

A construção de tipologias dos papéis é necessariamente correlata da institucionalização da conduta. As instituições incorporam-se à experiência do indivíduo por meio dos papéis. Ao desempenhar estes papéis, o indivíduo participa de um mundo social. Ao interiorizar estes papéis, o mesmo mundo torna-se subjetivamente real para ele. Toda conduta institucionalizada envolve um certo número de papéis, os quais também têm um caráter controlador da institucionalização. O ator atua como representante da instituição. Somente mediante esta representação em papéis desempenhados é que a instituição pode manifestar-se

na experiência real. Dizer que os papéis representam as instituições é dizer que os papéis tornam possível a existência das instituições continuamente, como presença real na experiência de indivíduos vivos. Em um mundo dotado de sentido, as instituições devem ainda ser continuamente ‘vivificadas’ na conduta humana real, caso contrário todas essas representações tornam-se ‘mortas’⁸⁹.

Os papéis, assim como as instituições, podem ser reificados, um importante conceito marxista desenvolvido em termos do ‘fetichismo das mercadorias’ que se relaciona estreitamente com o conceito de alienação. O setor da consciência que foi objetivado num papel é apreendido como uma fatalidade inevitável, podendo o indivíduo negar qualquer responsabilidade ‘não tenho qualquer escolha nesse assunto’, ‘tenho que agir dessa maneira por causa da minha posição’.

É importante ressaltar ainda segundo esses autores, que o caráter dos papéis como mediadores de setores particulares do acervo comum do conhecimento. Em virtude dos papéis que desempenha, o indivíduo é introduzido em áreas específicas do conhecimento objetivado com sentido cognoscitivo estreito, mas não só: é introduzido também no sentido do conhecimento de normas, valores e mesmo de emoções. Portanto, um papel é tanto o conhecimento, socialmente objetivado, como a mediação de normas, valores e emoções. Cada papel abre uma ‘entrada’ para um setor específico do acervo total do conhecimento possuído pela sociedade. Para aprender um papel é preciso que seja iniciado nas várias camadas cognitivas – e mesmo afetivas – do corpo de conhecimento que é direta e indiretamente adequado a este papel.

4.3 CULTURA, ESCOLA, CURRÍCULO E ESPECIALIDADE MÉDICA

O leitor atento desta narrativa deve ter percebido as inúmeras referências feitas, ao se estudar a educação médica, ao termo ‘cultura’. Para exemplificar:

Na Introdução, Minha Trajetória, página 1 'Os limites eram culturais, calcados em paradigmas de difícil superação.'; na página 4 e 5 'Uma escola, enquanto uma modalidade institucional,...produtos da cultura e das relações sociais, em cujos campos se deveriam buscar as reflexões'; na página 7 '...o Relatório Flexner¹ induziu...aos moldes das correntes científicas e culturais hegemônicas nos Estados Unidos da América, Canadá e países europeus'; na página 8 "O próprio Flexner¹,... ao dizer que "a medicina científica...é hoje tristemente deficiente em suas bases filosóficas e culturais".

No capítulo 1, subcapítulo 1.2 - BREVE HISTÓRICO... na página 51 - "mas do desenvolvimento das ciências e da cultura."; na página 52 "... às determinantes políticas, econômicas e culturais indicam que se tem que agir nesse nível...".

No capítulo 2, subcapítulo 2.1 - CARACTERIZAÇÃO DA POLÍTICA... na página 55 "...minimizamos a importância e o significado cultural das mudanças das práticas institucionais..."; na página 58 - "... modelo biologicista e tecnicista, trazendo à tona dimensões psico-sócio-culturais."; na página 63 - "... fornecer uma atenção e uma assistência à saúde aos grupos sociais sob uma perspectiva histórica, política, social e cultural, base sobre a qual se procurou assentar o currículo." - "... nas prioridades regionais e na estrutura cultural e social, que levam a diferenças na prática médica e sanitária."; na página 65- "... com uma cultura arraigada e um modelo de procedimentos técnicos e administrativos que não podem ser desprezados ou subestimados." No subcapítulo 2.2 - A REALIDADE CONSTRUÍDA... na página 70- "... relacionando os determinantes socioeconômicos, culturais..."; na página 79 - "... um ser indissociavelmente físico, biológico, psíquico, social e cultural...". E, no subcapítulo 2.3 – O CURSO (...) na página 84 "... ao discutir sobre a rotina cultural imposta e intercalada pela educação..."; na página 94 - "... a gestão e a institucionalização das mudanças do processo de formação, a identidade e a cultura...".

No capítulo 3 subcapítulo 3.1 - FUNDAMENTOS PARA HUMANIZAÇÃO... na página 84 "... reflexão crítica e coletiva sobre o recorte da cultura..."; na página 86 - "... o que nos permite depreender o quanto o currículo é um artefato cultural e social...".

No capítulo 4, subcapítulo 4.1 - TEORIA DE CAMPO(...) na página 147 "... novos conceitos da sociologia e da cultura aos da educação..." - "... há autores que consideram ao mesmo tempo os aspectos histórico-culturais e simbólicos na sua realização."; "... à luz dos conhecimentos adquiridos a partir da análise dos campos de produção cultural."; à página 148 - "... permite compreender as ações que ele chama de 'campo cultural..."; na página 153 - " Na matriz sócio-econômico-cultural da teoria do campo médico...".

No subcapítulo 4.3 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA REALIDADE, na página 159 "... sendo a escola responsável institucionalmente – embora não sozinha – pela disseminação desta cultura."; à página 160 - "... é lugar comum etnológico dizer que as maneiras de se tornar e ser humano são tão numerosas quanto as culturas humanas."; - " A humanização é variável em sentido sociocultural..."; "... mas também com uma ordem cultural e social específica."; na página 174- "... que delimita e permite a formação sociocultural do homem;" na página 162 - " A humanização é variável em sentido sociocultural, sendo esse sentido que determina a variabilidade das formações socioculturais." na página 161 - " Os processos sociais produzem sua forma particular, culturalmente relativa."; "... produzem um ambiente humano com a totalidade de suas formações socioculturais e psicológicas..."

E haverá muitas ainda no presente trabalho. Termo polissêmico, não acreditamos que essa profusão do uso do termo cultura seja um mero recurso linguístico destituído de significado. Importa-nos, neste subcapítulo, ajudar a encontrar uma abordagem que forneça um significado mais preciso para o termo cultura. Cremos que se forem aclarados seus sentidos de forma mais precisa no contexto educacional, podem evidenciar diversas possibilidades de usos e significações nas intervenções que se vem fazendo na educação médica.

Iniciaremos essa discussão dizendo da existência de estudos que mostram afinidade teórica e conceitual com a teoria da Construção Social da Realidade, que descrevemos no subcapítulo anterior, tais como a definição dada por Coon⁸⁹ para quem a cultura é ‘a soma total das coisas que as pessoas fazem como resultado do fato de terem sido assim ensinados’, com também a de Linton⁹⁰ que define cultura como ‘um grupo de respostas aprendidas, características de determinadas sociedades’. Isso ajuda a compreender a famosa afirmação de Pascal, já citada, de que ‘a verdade é outra do outro lado dos Pirineus’, ou seja, há diversas ‘verdades’, que variam com os olhares, e as percepções de que se tem acerca do mundo. Ainda segundo esses autores, ao especificar interesses e os valores que possuímos – que também contém componentes culturais – nos dão um senso de identidade, que também abordaremos neste subcapítulo.

Segundo Outhwaite, Bottomore, Gellner, Nisbet e Touraine⁹¹, encontramos interessantes apontamentos sobre o verbete ‘cultura’. Afirmando haver uma extraordinária diversidade de formas sociais produzidas por grupamentos humanos em diferentes lugares e épocas da história, os autores observam que a escola é um dos meios culturais a partir do qual os homens aprendem, lembrando que em se tratando de aprendizagem, a cultura não é a única força capaz de explicar a mudança ou a coesão da sociedade. Para esses autores, a cultura exerce dois papéis: de um lado, o papel de geração de significados; do outro, o papel de fornecimento de regras de ação social, sem as quais seria impossível para os seres humanos compreender uns aos outros dentro de uma dada sociedade.

Estes autores, ao tratar da cultura, citam referências ‘idealistas’ como Gramsci, Geertz e Talcott e afirmam haver falsa antítese com os ‘materialistas’, permitindo ver e analisar os meios pelos quais as ideias têm exercido um impacto autônomo sobre a sociedade. Para esses autores do Dicionário de Filosofia, portanto, “o poder ideológico pode levar à criação da sociedade”⁹² (p. 228), o que faz com que, em princípio, também se aproximem da teoria da ‘construção social da realidade’ de Berger e Luckmann⁸⁹, cuja teoria da sociologia do conhecimento advoga a tese de que a realidade é construída e, portanto, pode ser reconstruída.

Já Abbagnano (1998)⁹², diz que o termo ‘cultura’ é usado com dois significados:

- 1- cultura como formação do homem, para o conhecimento de si e do mundo; realização da vida em comunidade, na polis, onde se estabelecem as relações entre o indivíduo e a vida da coletividade. Esse significado conduz ao conceito de ‘cidadania’.
- 2- cultura como produto dessa formação, quando se refere ao conjunto dos modos de viver e de pensar ‘cultivados’, normalmente indicados pelo nome de civilização.

Sobre o primeiro significado – a cultura como formação do homem – o autor lembra que foi o Iluminismo, no século XVIII, que propôs a difusão máxima da cultura para ser instrumento de renovação da vida social e individual, sendo que com a vida ativa, o trabalho passa a fazer parte do ideal que permite o homem viver de forma mais perfeita e melhor – no ‘mundo’. Observa, ainda, que diferentes funções e etapas da cultura foram sucedendo-se, desenvolvendo o caráter ativo da ‘sabedoria’ humana, até se alcançar, já no século XX, as distintas disciplinas e sua multiplicação e especificação em diferentes campos de pesquisa. As novas disciplinas científicas que surgiam e que se formavam – e que adquiriam autonomia – mostravam-se *ipso facto* constitutivos como novos elementos do ideal da cultura.

Segundo Abbagnano⁹³, já em 1908, Croce – pensador italiano do início do séc. XX – lamentava a prevalência de ‘homens com não poucos conhecimentos, mas com tão pouco conhecimento’, limitando-se a pequeno círculo de fatos ou perdendo-se em meio a fatos dos mais variados tipos que, assim, ‘fica limitado ou perdido, privado de uma matriz ou, como se diz, de uma fé’. Achava ainda que esse mal não era devido à especificação das disciplinas, mas ao predomínio do positivismo, que nas palavras dele, privilegiavam cultura naturalista e matemática.

Se esse é o problema, ele se agravou desde meados do século passado – período que, coincide com a divulgação sistemática do Relatório Flexner¹ – já enfatizada por nós no capítulo I, ao descrever a evolução da educação médica ao longo do século

XX e sua posterior contestação – e vem se agravando cada vez mais. Mas também, devido à industrialização do mundo contemporâneo, essa multiplicação das pesquisas e disciplinas, que assumiu proporções gigantescas, exige competências específicas somente possíveis por treinamento especializado que confina o indivíduo num campo restrito de atividade e estudo.

A questão é que o que é exigido pela sociedade como desempenho de alguns de seus membros – conhecimento especializado aprofundado em um ramo particularíssimo de uma disciplina – não depende tanto da posse de uma ‘cultura geral desinteressada’. Abbagnano⁹³ cita Croce que reconhece que as competências específicas, habilidades particulares, destreza e precisão no uso dos instrumentos, sejam eles materiais ou conceituais – são coisas úteis, aliás, indispensáveis à vida do homem em sociedade e da sociedade em seu conjunto. Cita Croce por reconhecer que ela é condicionada por contextos históricos e sociais – como, de fato, a experiência revela os inconvenientes gravíssimos da educação incompleta, sobretudo nos países a isso levados por fortes exigências sociais – Abbagnano⁹³, afirma que

essa situação não pode ser ignorada ou minimizada, mas não devemos ignorar ou minimizar os defeitos gravíssimos de uma cultura reduzida a puro treinamento técnico em determinado campo e restrito ao uso profissional de conhecimentos utilitários⁹³ (p. 227).

Continua recorrendo a Croce, pois, tampouco podem, nem de longe, substituir a cultura entendida como formação harmônica e equilibrada do homem como tal⁹³. O primeiro inconveniente é o permanente desequilíbrio de ficar-se centrado em torno de poucos interesses, tornando-se incapaz de enfrentar situações ou problemas que se situem um pouco além desses interesses.

Esse desequilíbrio, já gravíssimo do ponto de vista individual, também é grave do ponto de vista social, pois impede ou limita muito a comunicação entre os homens, fecha cada um em seu próprio mundo restrito, sem interesse ou tolerância por aqueles que estão fora dele’.⁹³ (p. 228).

Outro inconveniente é que quanto mais a fundo é levada a especialização, tanto mais numerosos se tornam os problemas que surgem nos pontos de contato ou intersecções entre disciplinas diferentes, pois essa formação não dá armas para se

enfrentar as exigências que nascem da própria especialização das disciplinas. E esses problemas não podem ser enfrentados no domínio de uma só disciplina e apenas com os instrumentos que ela possa oferecer. Em outros termos, a própria especialização, que é por certo uma exigência imprescindível do mundo moderno, requer em certa altura de seu próprio desenvolvimento encontros e colaborações entre disciplinas especializadas diversas, que vão muito além das competências específicas, e exigem capacidade de comparação e de síntese.

Porém, a cultura geral não pode ser tampouco construída por noções superficiais e vazias, que não suscitariam interesses e, portanto, não contribuiriam para enriquecer a personalidade do indivíduo e desenvolver sua capacidade de comunicar-se com os outros. Contudo, é possível indicar de maneira ‘aproximada’ características de uma cultura geral que esteja preocupada com a formação geral total e autêntica do homem. Seu tratamento teria que tratar das seguintes características:

1. Ser uma cultura ‘aberta’, ou seja, não fecha o homem num âmbito estreito e circunscrito de ideias e crenças. Ao contrário, um homem de espírito livre e aberto, que sabe entender as ideias e crenças alheias, ainda que não possa ou não queira aceitá-las ou reconhecer sua validade.
2. Por consequência, uma cultura viva e formativa deve estar aberta ao futuro, mas que, ancorada no passado, forma o homem que não se desarvora diante do novo nem foge dele, mas sabe considerá-lo em seu justo valor, vinculando-o ao passado e elucidando suas semelhanças e disparidades.
3. Ter capacidade de efetuar escolhas e abstrações que permitam confrontos, avaliações globais e, portanto, orientações de natureza relativamente estável.

Sobre o segundo significado – a cultura como produto da formação do homem – observam-se definições sobre cultura utilizadas por sociólogos e antropólogos tais como ‘um conjunto dos modos de vida criados, adquiridos e transmitidos de uma geração a outra, entre os membros de uma determinada sociedade’. É a formação coletiva e anônima de um grupo social nas instituições que o definem. Lembramos,

aqui, a importância dos hábitos, papéis, e da tradição desenvolvidos no adendo anterior.

CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO SOBRE O OLHAR AMPLIADO DO CURRÍCULO PARA A EDUCAÇÃO MÉDICA

A ESCS é uma IES com capacidade de falar e agir legitimamente, isto é, de maneira autorizada e com autoridade. Socialmente, a ESCS foi outorgada como um agente determinado, pertencente ao campo da educação médica, e foi tratada nesta pesquisa como local de produção social de uma modalidade de ‘proposta de formação médica’ concretizada. Nosso objetivo mais imediato foi conferir os sentidos desse projeto educacional.

Para isso, buscamos analisá-la sob outros aspectos, aprofundando as explicações dadas pelas teorias curriculares – a exemplo daquelas fornecidas por Young e por Tomás Tadeu da Silva – fornecendo novas perspectivas sobre nosso recorte de estudos, acrescentadas por outras teorias sociológicas capazes de traduzir a complexidade de que a ESCS se reveste.

A ESCS, como qualquer outro objeto em análise, não está isolado de um conjunto de relações. Para analisar sua complexidade, foi preciso pensar relacionalmente tanto a unidade social em questão como as suas propriedades⁸⁶. Como o que encontrávamos na literatura sobre educação médica não explicava integralmente os sentidos da produção da ESCS, nos aproximamos da teoria de Bourdieu⁸⁷, descrita no subcapítulo 4.1. À medida que clareamos nosso objeto por meio desse referencial teórico, examinando a complexidade e a multiplicidade de fatores, sujeitos, e interesses identificados na análise do nosso objeto de trabalho, tornou-se possível fazer uma outra ‘leitura’ do mesmo, surgindo com mais clareza o significado e a importância dessa medida educacional e seus principais elementos constituintes.

As fontes documentais analisadas, que constam como produtos do processo educacional da ESCS, correspondem a um curso efetivamente implantado e consolidado, com nove turmas formadas e seis em andamento. Os elementos mais significativos do currículo que estão sistematizados na Figura 2 (p.88), referem-se a

metodologias ativas de ensino, a integração entre o ensino e os serviços de saúde que se encontram à disposição da população e da gestão do processo educacional. Naquela Figura 2 está a essência desse modelo pedagógico, que pode ser considerado um caso precursor da '3ª geração' de mudanças de acordo com a classificação do LC³.

Procuraremos, neste subcapítulo, discutir essas relações a partir das duas teorias utilizadas – a teoria de campo e a teoria da construção social da realidade, e também, em função inclusive dessas teorias, abordar possíveis relações que a cultura tem com a educação médica, conforme apresentado na Figura 6 a seguir:

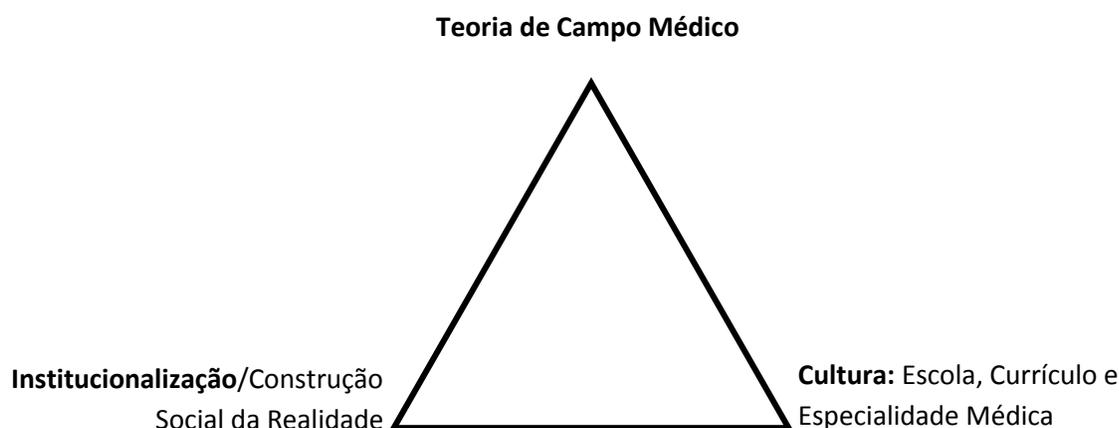


FIGURA 6 - Belaciano MI. *Ampliação das bases teóricas para estudos de um currículo integrado de educação médica.*

5.1 COMENTÁRIOS SOBRE A TEORIA DE CAMPO APLICADA À ESCS.

A leitura dos documentos apresenta algumas regularidades. Na produção propiciada pelo currículo da ESCS, destaca-se o eixo orientador das mudanças da formação

médica em quase toda a narrativa documental. É possível perceber a construção de hábitos de educação médica e a presença da SES-DF com sua matriz filiada ao *habitus* médico. No recorte da realidade sobre a qual se debruça para a formação médica, identifica-se sua significação para dentro da educação médica a partir do *habitus* do campo médico. Os servidores da SES passam a exercer a docência, tornando-se um ator legitimado para falar e agir com autoridade sobre a formação médica e não somente sobre a prática médica. A ESCS adota o contexto de uma rede de serviços de saúde na construção de seu papel, e nela insere o currículo como elemento pedagógico central, com ênfase para as metodologias ativas de aprendizagem em um contexto real de práticas médicas em diversos níveis assistenciais. Esse movimento permite a elaboração de práticas pedagógicas com vistas a suprir as deficiências pedagógicas detectadas na educação médica vigente, atrelando-lhe, inclusive, uma nova compreensão da avaliação da formação médica enquanto meio e não como um fim em si. A ESCS exerce, desde o início, importante papel de liderança naquilo que supõe corresponder a uma resposta à crise da educação médica, conjugada à crise da assistência médica e da saúde no Distrito Federal. Utilizando-se da integração ensino-serviços para desenvolver suas explicações, a escola procura estabelecer ‘medidas’ para adequar as práticas médicas.

O *habitus* propiciado pela ESCS foi fundado sob a égide de uma tradição da prática médica baseada na organização e na capacitação de um corpo de docentes a partir de ganhos crescentes de autoridade, participando da disputa pela hegemonia no campo médico mediante formalização do espaço de formação na escola médica enquanto papel de igualdade de condições no campo, cujos objetos se discute. Este *habitus* coloca em cena temas de educação médica, e a ESCS reúne argumentos que irão sustentar uma elaboração sobre a formação médica e, ao mesmo tempo, permite-lhe se posicionar, enquanto instituição especializada, frente a estes debates. Como um todo, a ESCS insere seus objetos de trabalho em redes conceituais que tematizam o ‘ensino superior público, a saúde e a sociedade brasileira’, de onde extrai uma base que contextualiza sua atuação educacional para o ensino médico dentro do

ensino superior e de onde também emerge uma nova compreensão de sua inserção na dinâmica social da produção e da transformação da escola médica brasileira bem como para a prática médica.

Fica evidente a emergência do seu reconhecimento como um novo ator no campo da educação médica. Seus docentes e seus estudantes emergem inclusive como liderança em fóruns de educação médica em todo o país, auxiliados nesta função pelas metodologias ativas de aprendizagem, que no processo pedagógico propicia que se tornem sujeitos pró-ativos. Eles entram em cena como atores que se constituem como fator importante e diferenciador no processo de debate em relação ao que vem sendo realizado habitualmente na educação convencional. É o momento de quem fala não são somente as 'autoridades' instituídas, mas também 'outras autoridades' que se fizeram no processo educacional e, mesmo como iniciantes nesses cenários, são comprovadamente reconhecidos, já que são detentores de um saber sobre um futuro que também lhes interessa diretamente.

Institucionalmente, a ESCS buscou também legitimar-se enquanto interlocutor qualificado não só para a formação médica, mas também para os serviços de saúde e sua gestão, sobre os sentidos que devem ser dados às políticas de saúde do Distrito Federal, porém não consegue. É o caso, por exemplo, quando busca formular o estabelecimento do Serviço de Verificação de Óbito – SVO, assim como posicionando – se com um olhar crítico sobre a gestão dos serviços da SES-DF, e sobre vários aspectos pedagógicos dos programas de residência médica próprios da SES. Apesar da vasta produção – parte da qual se encontra nos Anexos A e B – ela encontrou barreiras intransponíveis quando questionava a gestão estabelecida, a absurda inexistência de serviços de SVO em plena capital do país e a falta de clareza dos objetivos e das metodologias educacionais sobre aspectos estratégicos da formação médica especializada, que seguem um padrão simplista, comum aos programas de residência médica de todo o país. Nessas ocasiões, como em várias outras, era perceptível a tentativa de desqualificá-la como autoridade sobre os serviços de saúde. A tentativa de alinhar seu objeto de trabalho – a educação – de forma a naturalizá-los com os serviços de saúde redundam em resistências de outros *habitus*

estabelecidos nos serviços de saúde da SES-DF. Mesmo desenvolvendo e consolidando a integração ensino-serviços como modelo de formação, esse tratamento evidencia dificuldades tanto culturais como institucionais na relação entre os campos da educação e da saúde. A SES procura dar-lhe um tratamento de mera utilizadora de espaços de estágio em seus serviços, o que é uma característica da superada IDA. Tais dificuldades exemplificam a forma inerente de lidar com os objetos de trabalho pelas próprias forças constitutivas do campo onde a ESCS está inserida.

São emblemáticos os resultados empíricos trazidos pelo ENADE 2007, 2010 e 2013 expressos na Tabela 2 à página 113. Mesmo reconhecidos, debatidos e apresentados aos diferentes grupos dirigentes que iam se sucedendo na SES-DF, esses resultados, embora considerados excelentes, mostraram-se como elementos insuficientes para garantir, por si só, sua institucionalização. Instituir mudanças era algo mais complexo, requerendo renovar a própria compreensão do processo, do significado de sua constituição e da estratégia enquanto projeto de formação médica.

A partir de sua produção, a ESCS passa a limitar sua atuação exclusivamente ao campo da educação médica, buscando crescente legitimidade e disputando sua autoridade e reconhecimento junto ao campo educacional e a outras escolas médicas no espaço propiciado pelas atividades da ABEM. Tais debates, exercidos no contexto das escolas médicas brasileiras, concentram-se na conjuntura propiciada pelo MEC e pelo MS, versando sobre a discussão de como alcançar o perfil de formação que as escolas médicas do país educam. O desvelamento dessas amplas relações de poder em que a ESCS se viu envolvida, mesmo que limitadas e exercidas apenas no campo simbólico, permitiu-lhe 'sobreviver' com seu projeto pedagógico inovador em conjunturas institucionais distritais que lhe eram muito adversas.

Com sua rede explicativa, juntamente com a vivência e o estabelecimento de outras relações de poder que o currículo da ESCS propiciava diretamente nos serviços de saúde e na comunidade, permitiram-lhe sobreviver e superar o potencial do *habitus* educacional mecanicista predominante no campo educacional médico. A forma em que ocorreu o ganho simbólico de capital foi pela introdução de uma outra rede

explicativa sobre a formação médica, produtora de novos significados sobre o problema da formação médica. Seu modelo educacional conseguia expressar as novas categorias educacionais ofertadas. Era, portanto, um ganho de capital simbólico para a ESCS, e embora seu currículo fosse muito distinto do que era estabelecido como o ‘ideal da educação médica’ pela cultura hegemônica em todo o país, este capital simbólico lhe foi propiciado por uma inegável base conquistada por meio de uma inequívoca avaliação externa nacional, daí sua valoração como uma escola vista como ‘vanguarda’. Com isso, a ESCS passou a organizar sua produção com mais segurança e de maneira mais sistematizada, como pode ser averiguado na produção do material instrucional no Anexo A (p. 239 - 459) por parte de seus professores, refletindo diretamente na naturalização de seu ambiente. Porém, a questão do que vinha sendo instituído permanecia em suspenso, como uma questão a ser resolvida *a posteriori*.

Cruz⁴ chama atenção que é relevante observar que estas novas redes explicativas são produtoras de novos significados para o debate sobre a formação médica, pois

tanto o currículo quanto a gestão da escola, bem como outros temas debatidos, passam a ser entendidos como fruto de uma produção social desprovida de neutralidade, ou seja, que envolvia os agentes e o objeto. Assim, opera-se uma mudança no sentido de perceber como a realidade se constrói, produzindo uma outra proposta, caracterizada pela manifestação do desejo dos participantes. Dessa maneira, o novo desenho que se pretende da realidade é construído a partir do desejo de tecer uma outra realidade pautada na construção do novo”. (p. 311).

Mas retornando a Bourdieu⁸⁰, que afirma que o *habitus* é um “sistema de disposições duráveis e estruturadas predispostas a funcionarem como estruturas do indivíduo, onde se incluem regras e valores oriundos dos processos de socialização” (p. 60), também percebemos, no caso da ESCS, como os agentes de um determinado campo possuem diferentes *habitus* que foram adaptados às exigências e às necessidades do campo em questão, funcionando como estruturas de seus docentes, com regras e valores. Parte muito importante da ESCS é o seu currículo, mas o currículo não se encontra contido apenas na ‘grade’ curricular. O objeto de estudo – o currículo – mostra uma multidimensionalidade que não se manifesta claramente no campo da educação médica hegemônica. Tendo o currículo como categoria explicativa e

fazendo a leitura teórica dos 'produtos' da ESCS, considerando o currículo da ESCS como campo, e a observação de suas propriedades de situação e de suas propriedades de posição na rede de relacionamentos – com seus atores exercendo regras e valores próprios – explicitaram-se relações que se manifestam a partir do modelo curricular adotado, tornando possível esclarecer os diversos sentidos de seu modelo educacional.

Conforme Bourdieu⁸⁷, vimos que o mundo social é composto por campos de produção social organizados a partir de relações objetivas entre pessoas em torno de interesses em comum. Tais interesses, para conquistar legitimidade social, devem ser capazes de satisfazer determinadas necessidades humanas, um 'valor de uso' segundo Cruz⁴. Não se tratando de uma institucionalização de uma escola como as demais do sistema educacional, mas de uma escola com as características da ESCS, inteiramente ambientada em uma rede de serviços de saúde, cabe indagar se o 'valor de uso' produzido pela ESCS é suficiente para lhe garantir sustentabilidade institucional, o que discutiremos a seguir.

5.2 A ESCS COMO CASO DE CONSTRUÇÃO SOCIAL DA REALIDADE

No 'valor de uso' produzido pela ESCS identificamos, nessa temática, questões importantes para reflexão. Contudo, para conseguir fazer com que sejam explicadas, tivemos que alcançar uma teoria sociológica própria. Tais conceitos remontam às seguintes questões:

- a) Sendo o currículo um conhecimento, por que e de que forma uma mudança curricular se desenvolve, transmite-se e consolida-se? Como se institucionalizam as mudanças?
- b) Como a conduta institucionalizada tem o poder de 'configurar' o indivíduo?

c) Tendo a medicina um conhecimento escolar sistematizado, e como este conhecimento se transmite através da educação médica por intermédio de um currículo, como, sob a forma de um conhecimento, define áreas de conduta, constrói papéis, controla e prediz condutas?

d) Como o conhecimento (médico) produz e mantém continuamente uma realidade?

Na busca de novos olhares sobre a educação médica em geral, em especial nas escolas médicas em processo de mudança curricular, necessitamos saber como esse conhecimento, específico, desenvolve-se, transmite-se, mantém-se e consolida-se. No nosso entendimento, como resultado da experiência cotidiana que vivenciamos, a realidade objetiva com que enfrentamos as dificuldades de lidar com as resistências às mudanças, a teoria do conhecimento permite depreender implicações importantes, senão vejamos.

De acordo com a teoria da construção social da realidade Berger e Luckmann⁸⁹ ao lidar com nosso objeto de estudo – o currículo da ESCS – estamos lidando com um corpo de conhecimento próprio que se transmite. Como o homem se produz a si mesmo, como um produto humano e não como um produto dado ou natural, justifica-se indagar a pergunta que fizemos inúmeras vezes neste trabalho, ‘que médico queremos formar?’.

Assim, para a institucionalidade da ‘produção’ desse médico, na visão de Berger e Luckmann⁸⁹ que diz respeito às origens da institucionalização, devemos ir além do conceito de ‘superestrutura’ e ‘infraestrutura’ e trabalhar o conceito de ‘atividade humana’ e o mundo que é produzido por esta atividade. Observe-se que há, aqui, grande afinidade com o que Vasconcelos⁷⁵ desenvolveu em sua teoria de currículo que descrevemos anteriormente no subcapítulo 3.1, e na discussão que fizemos no subcapítulo 3.3.

Vejamos a aplicação da teoria de Berger e Luckmann⁸⁹ à ESCS:

a) Estes autores afirmam que toda atividade humana está sujeita ao hábito – ou conduta. Isto é, há um padrão a considerar. Tendo em vista o impacto de padrões de

hábito ou conduta para os estudantes e para sua futura prática médica profissional, devemos estar atentos a como está se dando o processo de formação do hábito na ESCS. A questão que se coloca é como esta formação de hábitos se origina e como está ocorrendo a tipificação recíproca de ações habituais pelos atores que compõem esta escola.

b) Nesse sentido, a importância da tipificação recíproca de ações habituais por tipos de atores é porque ela nos permite compreender o instituído na sociedade e na própria instituição. Como o observado em muitas outras atividades humanas, a própria medicina está instituída –, isto é, como ela realiza hábitos tipificados de ações – no caso, as práticas médicas e as de educação médica. Como as ações habituais que realiza são executadas por atores específicos, que são os médicos e os professores dos cursos de medicina, ela é vista como uma instituição. Para a ESCS ser instituída, as tipificações das ações habituais que a constituem devem ser igualmente compartilhadas, acessíveis a todos os membros do grupo social que a compõe, visto que é a própria ESCS que deve tipificar os atores e as ações individuais.

c) Pelo simples fato de a instituição ESCS existir, ela pode estabelecer padrões previamente definidos, mas pode canalizá-los em uma direção dentre inúmeras tecnicamente possíveis. Por isso importa considerar tanto sua história como o controle que ela exerce sobre suas ações, pois elas não são criadas instantaneamente. A instituição ESCS tem sua história, e dela será produto. Quem quiser compreender adequadamente a ESCS deve entender o processo histórico em que foi produzida. Observamos que, mesmo para outros atores pertencentes ao campo da educação médica, é uma escola médica difícil de ser compreendida pelos ‘de fora’, razão por que se deve dar especial atenção a todos os aspectos comunicativos com os diferentes campos com os quais ela se relaciona.

d) A historicidade e o controle que ela exerce não foram criação espontânea. Mas como padrões de conduta, suas ações podem ser canalizadas para diferentes direções dentre inúmeras tecnicamente possíveis, donde se conclui que, por ora, não

há ainda garantia de que ela vai manter características – e o padrão – com o qual foi criada. Resulta daí ser importante exercer algum tipo de controle técnico-pedagógico sobre os estudantes, os professores e os gestores.

e) Segundo Berger e Luckmann⁸⁹ é necessário conferir se está havendo de fato um processo de formação do hábito na ESCS. Podemos indagar: a ESCS abriu caminho para formação de novos hábitos? De seus processos de formação de hábitos pode estar precedendo-se uma institucionalização, os quais devem ser cuidadosamente analisados. Somente se a resposta for afirmativa, ela conterà as raízes de uma ordem social em expansão. Mas devemos perguntar: suas ações são importantes para grupos de indivíduos ou a vários grupos em situação comum? Nossa visão é que sim, porém é importante que a própria escola responda a essa questão, uma vez que somente por ela as ações têm probabilidade de ser tipificadas. Os autores dessa teoria dizem ainda que nem todas as ações têm probabilidade de ser tipificadas, devendo ser selecionadas por meio de critérios que as viabilizem.

No caso de a ESCS ter aberto caminhos para novos hábitos, importa observar, por exemplo, a enorme luta que vem sendo travada para que novos hábitos sejam instituídos na rotinização do ato médico, como, por exemplo, quando seus docentes procuram estabelecer uma conduta baseada em uma lógica que não resulte, necessariamente, em uma mecanização dos ambientes e das práticas de trabalho. É o caso, por exemplo, de quando se mostra aos estudantes a existência de uma ‘dor ética’ no acolhimento do segmento da população ‘SUS dependente’. É onde e quando ele, enquanto estudante de medicina pode ser conquistado e seduzido. Importa chamar atenção de que somente ações importantes para grupos de indivíduos, ou vários grupos em sua situação comum, têm probabilidade de serem tipificadas. Caso o processo educacional tenha aberto caminho para a formação de novos hábitos no trato dessa questão, um ‘outro’ mundo social estará em processo de construção, podendo também conter as raízes de uma ordem social em expansão.

f) A SES é uma instituição histórica, cristalizada, e existe por cima e além dos indivíduos. Possui realidade própria, cuja objetividade ‘expressa-se’ e ‘endurece’,

dizendo a todos que ‘é assim que as coisas são feitas’. São as formações sociais que vão sendo transmitidas. O mundo transmitido aos estudantes é uma realidade dada, pois a sua socialização, que ocorre por meio da escolarização, é ‘o mundo’, onde ele vai adquirindo ‘poder’. ‘É assim que essas coisas são feitas’. A instituição SES-DF, persistente em sua realidade, é exterior a ele. Para os autores com quem estamos lidando, se novos estudantes e professores continuarem a ser incorporados, a ESCS lhes parecerá como uma instituição histórica, pois a experimentam por cima e além dos indivíduos.

g) Porém, cabe chamar atenção de que a relação entre eles – entre o indivíduo enquanto produtor e o mundo social onde ele está inserido, como produto social – como a ESCS, por exemplo, – é e permanece uma relação dialética, atuando continuamente e reciprocamente um sobre o outro. Cabe então perguntar: como se relacionam e o que resulta da relação entre os atores que a compõem – estudantes, professores, gestores – e a ESCS? E entre eles e os serviços da SES-DF? E com as comunidades com as quais se relacionam?

h) Visto que as formações sociais podem ser transmitidas, o próprio indivíduo, frequentemente, acredita que é assim que essas coisas são feitas. Qualquer análise é distorcida quando deixa de lado a relação fundamental do mundo social: 1- que a sociedade é um produto humano; 2- que a sociedade é uma realidade objetiva; 3- que o homem é um produto social. Daí ser importante, para Berger e Luckmann⁸⁹, que se deve ter sempre em mente que “a objetividade do mundo institucional é uma objetividade produzida e construída como produto social”.

Sobre o importante tema da transmissão deste mundo social a uma nova geração de estudantes, que os nossos autores denominam de ‘interiorização efetuada na socialização’, lembramos a função de transmissão que a escola exerce, através do qual os modos pelos quais o mundo pode ser ‘explicado’ e ‘justificado’ chegam aos estudantes como tradição e com legitimação no processo de naturalização. Devemos lembrar também que o mundo institucional exige sempre legitimação, que a ESCS seja sempre ‘explicada e justificada’. No curso de sua transmissão para a realidade do

mundo social, a ESCS deve ser cada vez mais maciça e chegar como ‘tradição’, devendo demonstrar sua legitimação, interpretando seus saberes e normas. É sua a função de transmissão e socialização daquilo que ela exerce como escola. Sua expansão, sob a forma de conhecimentos e normas, naturalizam esse processo. Observamos, de fato, com a criação da ESCS, como, ao levar estudantes e docente à interiorização dos hábitos como realidade subjetiva, criou-se uma realidade que teve o poder de ‘configurar indivíduos’ e de ‘produzir’ um profissional médico com características próprias, cuja identidade e biografia passaram a ter significado próprio, ainda que, no início, somente no universo por ela constituído. Porém, se ela possui características específicas, para que se faça esta afirmação, exige-se que se faça um outro estudo explicativo. É aqui que se pode responder à indagação ‘que médico queremos formar’.

i) Berger e Luckmann⁸⁹ destacam ainda que se deve buscar conhecer a lógica da instituição, a qual não reside propriamente nela nem em suas funções externas, mas na maneira em que estas são tratadas na reflexão por parte de quem delas se ocupa. Ou seja, é a consciência reflexiva de vários atores que lidam com ela que vai impor a qualidade de lógica a essa ordem institucional. E é essa lógica, tomada como natural e certa, que deve fazer parte do acervo social disponível como conhecimento, conhecimento esse que deve poder explicar seu funcionamento e defeitos. É possível então admitir que a ESCS funciona e integra uma rede escola-serviços, tal como se supõe que deve ser.

j) Ademais, Berger e Luckmann⁸⁹ dizem também que as instituições não se integram como imperativo funcional do processo social que as produz, mas a integração se realiza de maneira derivada. De fato, a ESCS só chegou à necessidade de integração institucional – entre ela, enquanto campo da educação, e a SES-DF, enquanto campo da prestação de serviços de saúde – mediante um rodeio dos universos de significação, socialmente compartilhados, decorrente de vivências e reflexões, sendo partes relacionadas de um universo subjetivamente dotado de sentido, e, portanto, tendo significados socialmente articulados e compartilhados. Os autores afirmam ainda que “a integração não se encontra nas instituições, mas em sua legitimação” (p.

92). Para eles o problema da integração dos significados – isto é, da relação dotada de sentido entre as diversas instituições – é um problema inteiramente subjetivo. A cada indivíduo, o sentido objetivo da ordem institucional apresenta-se como dado universalmente conhecido, socialmente admitido como natural e certo enquanto tal. Se há algum problema, deve-se a “dificuldades subjetivas que o indivíduo pode ter na interiorização de significados a respeito dos quais existe acordo social” (p. 92), afirmam esses autores. Passa a ser um problema que o indivíduo tem de harmonizar o sentido que dá à sua biografia com o sentido que lhe é atribuído pela sociedade. É o que se percebe, por exemplo, entre os gestores do setor saúde, educação, ciência, tecnologia e inovação, e por sua vez, também como ocorre com os HU.

A integração, entendida em termos do conhecimento que os membros da ESCS têm dela – e, antes destes, dos que a formularam – pressupõe a análise deste conhecimento, essencial para a questão da integração institucional. Inicialmente o conhecimento era primário, situado a nível pré-teórico, uma vez que a tradição e os hábitos educacionais por eles praticados podem ser considerados decorrentes de um conhecimento de tudo aquilo que ‘todos sabem’ a respeito, como um conjunto de máximas, princípios morais, frases proverbiais de sabedoria, valores, crenças e mitos sobre processos educacionais, funcionando como receita, ou regras de conduta institucionalmente adequadas. Seja na qualidade de pré-teóricos ou, posteriormente, teóricos – pois as teorias têm que ser levadas em consideração – esses conhecimentos, enquanto dinâmica motivadora da conduta institucionalizada, definem áreas de conduta, situações, constroem papéis, controlam e predizem todas essas condutas, tomando a forma de um currículo prescrito, normalizado e manualizado. Se esse é o conhecimento que os membros da ESCS têm da integração, outro pode ser o conhecimento da integração que os membros da SES-DF têm sobre a ESCS.

Tudo isso foi observado no processo de construção e desenvolvimento da ESCS, com os conhecimentos tanto teóricos como pré-teóricos programando os ‘canais’ apreendidos como realidade, tendo sido, em seguida, interiorizados como verdades objetivamente válidas pelos docentes, estudantes e gestores no decurso do processo educacional, vale dizer, da socialização. Como tanto as funções como as disfunções

só podem ser analisadas por meio de níveis de significação, a integração funcional, portanto, significa a integração da ordem institucional mediante vários processos legitimadores, podendo-se considerar que diversos desenhos institucionais são possíveis.

É no nível pré-teórico, quando a instituição possui um corpo de conhecimento transmitido como receita, que representa o problema da mecanização da aprendizagem observada por parte de muitos docentes. No caso da ESCS, observou-se que nem sempre os docentes e os gestores têm essa compreensão ou dão conta de conduzir adequadamente o processo dominando um corpo teórico, devendo haver a exigência de uma formação mais apropriada do processo e da consciência educacional. Outro exemplo é que os docentes e os gestores dos serviços – no caso da complexidade da gestão de uma rede – realizam seu trabalho muito mais intuitivamente do que de acordo com os conhecimentos e normas minimamente adequados. Isso vem levando à afirmação de que é com a aprendizagem realizada pela nova geração de egressos e caso a gestão realize sua integração com os serviços da SES que a ESCS vai se consolidar de fato. Daí importar esse campo de disputa, de conquista e de ‘sedução’, passando a existir um mundo social definido e controlado por este corpo de conhecimento: o conhecimento que ia sendo transmitido e aprendido como verdade objetiva no curso da socialização, com o poder de configurar o indivíduo, ‘produzindo’ um tipo específico de pessoa – em nosso caso, um médico com características específicas, cuja identidade e biografia tem significado somente num universo constituído pelo mencionado corpo de conhecimento. Desta maneira, o conhecimento relativo à sociedade é uma realização no sentido tanto de apreender a realidade social objetivada como de produzir continuamente esta realidade.

k) Para sua tradição e naturalização, no que se refere à importância da sedimentação e da tradição por meios da interpretação cognitiva e normativa conforme a compreensão de Berger e Luckmann⁸⁹, lembramos como foi importante o esforço realizado por vários atores sociais criando redes compostas por escolas que promoveram mudanças, como a Rede Unida e os programas da ABEM no Brasil e

nível internacional, da International Network of Community Oriented Education Institutions in Health Sciences (INCOEIHHS), exemplos de agregação de escolas que buscavam realizar mudanças efetivas, especialmente as que utilizam metodologias ativas de aprendizagem tipo ABP. Os significados objetivados da ESCS passaram a ter uma sedimentação intersubjetiva dos seus participantes, decorrentes de uma biografia comum, agora incorporadas em um acervo comum de conhecimento. Nessa participação, ia ficando claro que a transmissão baseou-se no reconhecimento social, da ESCS inclusive, como instituição capaz de oferecer 'solução permanente' a de um 'problema permanente' – uma formação médica comprometida com o desenvolvimento de uma rede de serviços de saúde- da coletividade.

As experiências adquiridas na ESCS com a ABP e a integração ensino-serviços, por exemplo, possuem uma sedimentação e tradição e carregam uma biografia comum objetivada em um sistema de sinais. Sua importância reside em torná-los transmissíveis, compartilhando as experiências mediante sinais e significados próprios, passando a ser uma base e um instrumento do acervo coletivo do conhecimento da instituição. Com esse sistema de sinais, próprio da ESCS – sua base e instrumento do acervo coletivo do conhecimento –, mediante 'ações institucionalizadas', seus atores devem continuar tomando conhecimento sistemático desses significados, pois é isso que torna possível os processos educacionais exercidos por ela.

I) Há ainda que se considerar a questão crucial da especialização do conhecimento tendo em vista as necessidades da multiplicação de tarefas produzidas pela divisão social do trabalho. Com o acúmulo histórico do conhecimento em uma sociedade, fenômeno produzido pela própria divisão do trabalho, ocorre uma multiplicação de tarefas específicas, o que requer soluções padronizadas que possam ser aprendidas e transmitidas. Isto implica uma distribuição social do conhecimento, que exige o conhecimento especializado de certas situações, o que dá aos especialistas condições para tornarem-se administradores dos setores do cabedal do conhecimento que lhes foi socialmente atribuído.

Embora seja crucial, não abordaremos aqui essa questão com profundidade, porém não podemos deixar de registrar que com esse monopólio, no caso do conhecimento médico, perde-se o sentido entre a totalidade do conhecimento e suas partes, levando a muitas implicações tanto para a sociedade como para os especialistas. Ao considerar seus subuniversos de significações enquanto superespecializações, eles não estabelecem mais nenhum vínculo com a ordem e a cultura geral, sendo que seus conflitos, tanto socioeconômicos como cognitivos, deixam de corresponder às perspectivas sobre a sociedade total, pois a consideram do ângulo estrito de cada um desses subuniversos, sem condições de estabelecer um local estável simbólico para a sociedade inteira. Sua perspectiva continua a se relacionar com interesses sociais concretos do grupo que os sustenta, porém com visões e atuações distintas. Com o estabelecimento de subuniversos de significação, segundo Berger e Luckmann⁸⁹, emerge uma multiplicidade de perspectivas sobre a sociedade total, cada qual considerando-a do ângulo de cada subuniverso. Isso aumenta muito o problema de estabelecer um local estável simbólico para a sociedade inteira. Como se vê, considerando a sociedade contemporânea, deduz-se que continuaremos a ter esses conflitos tanto socioeconômicos como cognitivos.

A formação mediante as especialidades disciplinares, o que é comum na grande maioria das escolas médica, cria subuniversos de significações socialmente separados que resultam em acentuações da especialização de papéis, havendo inclusive conflitos ou competições entre os grupos que compõem os subuniversos por 'fatias' do currículo. Cada perspectiva estará relacionada com os interesses sociais concretos do grupo que a sustenta. Nós podemos ainda exemplificar com dois casos amplamente divulgados: o que vem ocorrendo entre os gestores do setor saúde com os da educação, com visões muito distintas de como resolver a questão do perfil do profissional médico e com as visões e atuações distintas – e opostas – que se estabeleceu quando da implantação do programa federal Mais Médicos (BR)⁹³, que transpareceu para a sociedade em forma de um grande conflito social, tendo, de um lado os professores de medicina, estudantes e médicos e do outro o governo federal.

Os subuniversos podem ainda ser estudados sob o prisma da extensão e modos de institucionalização. Esta, segundo Berger e Luckmann⁸⁹, não é um processo irreversível, existindo fatores que determinam se um campo de institucionalização é mais vasto ou mais estreito na totalidade das ações sociais. É isso que permite que a ESCS continue a fomentar uma sólida formação geral antes da especialização médica, muito embora a questão remeta ao campo médico, onde se dá a interdependência e o desenvolvimento do trabalho dos clínicos gerais e dos especialistas.

m) Observações devem ser feitas ainda sobre os papéis que são exercidos. Ao incorporar-se a conduta institucionalizada à experiência do indivíduo por meio dos papéis, ele, como ator, atua como representante institucional. Os papéis exercidos por atores da ESCS tornaram possível sua existência continuamente, como presença real na experiência deles, que também são importantes para a construção de tipologias de papéis relacionados à institucionalização da conduta. Observamos que o sentido do conhecimento de normas, valores e mesmo de emoções foi e é tão importante quanto o sentido cognoscitivo estreito. Ou seja, esses papéis, além de simbólicos, mediante normas, valores e emoções – remetem à questão em que medida os estudantes da ESCS vêm conseguindo lidar com a humanização, não apenas no sentido cognoscitivo estreito, mas também no sentido do conhecimento de normas, valores e emoções. Esse fenômeno configura o que Berger e Luckmann⁸⁹ alertaram que, para aprender um papel, é preciso que o indivíduo seja iniciado nas várias camadas cognitivas – e mesmo afetivas – do corpo de conhecimento. Em não poucas ocasiões assistimos a estudantes, gestores e docentes da ESCS manifestarem os sentidos – culturais, valorativos e emocionais – no desempenho de papéis e na representação institucional. Outro fator importante é que papéis são desempenhados no processo educacional como mediadores, processo esse no qual o indivíduo é introduzido em áreas específicas do conhecimento objetivado. No caso do estudante de medicina, profissão que possui marcantes papéis, simbólicos inclusive, o papel do conhecimento, socialmente objetivado, é importantíssimo enquanto mediação de normas, valores e emoções, haja vista sua presença no ser humano. Eles estão

presentes na vida em si mesma, nas dores, físicas ou não, do processo de adoecer e de morrer.

n) Berger e Luckmann⁸⁹ nos trazem também o conceito de reificação, um importante conceito marxista desenvolvido em termos do ‘fetichismo das mercadorias’ que se relaciona estreitamente com o conceito de alienação. Segundo esses autores, a reificação é a apreensão dos fenômenos humanos como se fossem coisas, isto é, em termos não humanos ou possivelmente super-humanos. No mundo reificado – um mundo no qual a apreensão dos fenômenos se dá como se fossem coisas – é um mundo desumanizado. Através da reificação, o mundo das instituições parece fundir-se com o mundo da natureza. Portanto, no dizer desses autores, a reificação significa a apreensão dos produtos da atividade humana como se fossem algo diferente de produtos humanos, como fatos da natureza, resultados de leis cósmicas ou manifestações da vontade divina. Mesmo apreendendo o mundo em termos reificados, o homem continua a produzi-lo, pois, paradoxalmente, o homem é capaz de produzir uma realidade que o nega. É sentido pelo homem como uma facticidade estranha, um *opus alienum* sobre o qual não tem controle, em vez de ser sentido como o *opus proprium* de sua mesma atividade produtora. Isso nos traz à lembrança a seguinte questão: o currículo é *opus alienum* ou *opus proprium*? É reprodução ou intenção? Mas, por mais maciça que esta realidade seja, é importante ter em mente que a objetividade do mundo institucional é uma objetividade produzida e construída pelo homem.

Todo esse processo foi vivenciado pela ESCS: formação de hábitos, elaboração de padrões definidos e padrões de conduta, resultaram da relação dinâmica que se estabeleceu entre estudantes, professores, gestores, profissionais de saúde e comunidades. A naturalização desse processo se deve a que a lógica da instituição passou a ser a constante busca da integração ensino e serviço como pode ser observado nas normas BR^{94, 95, 96}. Se continua-se a ter problemas, eles devem-se à dificuldades subjetivas que o(s) indivíduo(s) pode(m) ter na interiorização dos significados a respeito dos quais passou a existir, paulatinamente, acordo social.

5.3 SOBRE CULTURA, AS ESPECIALIDADES E A EDUCAÇÃO MÉDICA

Como há uma cultura de formação médica, julgamos importante abordar aspectos culturais da educação médica, e de certa forma da própria medicina, 'vistos' sob a lógica deste importante campo, buscando compreender como um currículo se insere neste vasto campo, permitindo-nos trabalhar o currículo como artefato da cultura de uma sociedade em um determinado momento histórico. Esse tema remete à necessidade de uma teoria que dê conta de amplos questionamentos sobre a medicina geral e especializada, que são ao mesmo tempo um capital econômico e cultural. Considerando certos aspectos como o processo contínuo e irreversível da especialização das disciplinas, há necessidade de uma formação cultural geral no contexto da própria especialização? Percebemos claramente como as residências e as especializações médicas, que possuem práticas profissionais singulares revestidas simbolicamente de aspectos culturais, encontram-se presentes em todas as fases do processo de formação de médicos. Tais exemplos nos levam a ter que aprofundar os estudos culturais e procurar averiguar sua importância na formação médica, uma vez que seu enfrentamento deve ocorrer também no próprio campo cultural.

A cultura constitui um campo próprio, compondo o espaço social. Para construir um espaço social, assim Bourdieu⁸⁴ se manifesta:

Os agentes singulares são distribuídos por esse espaço em virtude de sua disposição nas distribuições de suas espécies maiores de capital, o capital econômico e o capital cultural, sendo o afastamento dos dois agentes nessas distribuições uma medida da distância social⁸⁴ (p.10).

Tendo por base a vivência e o exemplo da ESCS, as considerações teóricas (poucas), que fizemos sobre cultura, possibilitaram-nos compreender vários aspectos culturais que se encontram presentes no processo educacional da formação médica, com implicações sobre as mudanças que se pretende fazer.

Se a escola – qualquer escola, inclusive a escola médica – é um dos meios culturais a partir do qual os homens aprendem em sociedade, então a formação médica é, ela mesma, uma expressão dos elementos culturais de uma sociedade. Como qualquer escola, a escola médica exerce culturalmente dois papéis: de um lado, gera significados e, de outro, fornece regras de ação social, especificando interesses e valores que fornecem um sentido de identidade.

Segundo Abbagnano⁹³, os autores Gramsci, Geertz e Talcott são referências para quem “o poder ideológico pode levar à criação da sociedade”⁹³ (p. 228), permitindo-nos ver e analisar os meios pelos quais certas ideias sobre educação médica têm exercido um impacto, autônomo, sobre a sociedade, a partir de suas culturas. Tal argumento leva-nos a compreender por que há diversas ‘verdades’ na educação médica.

Isso explica também como, no século XX, a multiplicação e a especificação dos campos de pesquisa e suas respectivas disciplinas, que surgiam e que adquiriam autonomia, mostrando-se como novos elementos do ideal da cultura, também têm muito a ver com as especialidades médicas que mantêm o profissional num campo restrito de atividade e estudo.

Em geral, pode-se dizer que onde o desenvolvimento industrial e econômico foi mais rápido, os problemas oriundos das especializações são mais agudos. Mas mesmo onde a industrialização ainda não ocorreu, tais problemas acabam surgindo mais cedo ou mais tarde com a mesma gravidade, no momento em que a especialização alcançar um estágio adiantado devido às crescentes exigências do desenvolvimento científico e tecnológico. De qualquer forma, para quem se encontra envolvido com a prática da medicina, o problema fundamental é sempre o mesmo: como conciliar as exigências das especializações com as exigências da formação humana total, ou suficientemente equilibrada? Esse raciocínio permite também perceber que as especialidades, cada vez mais, perdem relação orgânica com as bases da medicina que as gerou, e com a própria clínica geral. Decorre daí que, tendo em vista o inexorável processo das especializações e dos subuniversos do qual elas são parte

constituente, isso remete à discussão sobre a necessidade de se definir o que é 'cultura geral' para o profissional médico – assim como para o estudante de medicina.

É muito comum, e geralmente acontece no setor saúde, sermos incapazes de enfrentar situações ou problemas que se situem um pouco além desses interesses. Retornamos a esse tema, que em 3.1 foi abordado ao descrever e discutir a teoria de currículo de Vasconcelos⁷⁵ quando se refere à 'cultura geral'. É crescente a necessidade de se discutir a noção de cultura geral para tentar solucionar esse problema, que deveria acompanhar todos os graus e formas de educação, até a mais especializada. Urge conciliar as exigências das especializações com as exigências da formação humana total, o que nos coloca como questão central discutir sobre o que é 'cultura geral' em medicina. Como possuir e dominar um conhecimento especializado aprofundado em um ramo particularíssimo de uma disciplina sem ficar restrito ao mundo por ela criado? Como não ficar limitado ao pequeno círculo e conciliar-se com a formação humana geral? A solução do problema será apenas aparente enquanto não se tiver uma ideia clara do que seja 'cultura geral'.

Não se trata, obviamente, de contrapor um grupo de disciplinas como 'cultura geral' a outras, por exemplo, as disciplinas históricas ou humanísticas, pois mesmo essas não escapam à premência da especialização conforme a dicotomização que Barros (2013)⁹⁷ apresenta. Desse ponto de vista, o problema da cultura geral não se coloca como um problema da formulação do currículo de estudo único para todos, que compreenda disciplinas de informação genérica, mas como um problema de encontrar, para cada grupo ou classe de atividades especializadas, e a partir delas, um projeto de trabalho e de estudo coordenado com essas disciplinas ou que as complemente, que enriqueça os horizontes do indivíduo.

Quando Abbagnano⁹³ diz que “assim como é necessário capacidade de formar projetos de vida a longo prazo, é necessário o uso disciplinado e rigoroso das abstrações” (p. 228), concordamos integralmente por ampliar a questão e sugerir que são igualmente necessários o enfoque histórico-humanístico do passado e o espírito crítico e experimental da pesquisa científica. Porém, as ideias 'gerais' não devem nem

podem ser impostas ou aceitas arbitrariamente ou passivamente, na forma de ideologias institucionalizadas. Ao contrário, devem poder formar-se de modo autônomo, sendo mensuradas com as situações reais. Uma cultura geral que suscite interesses, que contribua para enriquecer a personalidade e desenvolver a capacidade de comunicação do indivíduo, dotando-o de condições de 'ver o outro'. Para isso, Abbagnano⁹³ indica uma cultura geral e formativa, preocupada com a formação geral total e autêntica do homem a qual deve ser

Uma cultura viva e formativa deve estar aberta no futuro, mas que, ancorada no passado, é aquela que forma o homem que não se desarvora diante do novo nem foge dele, mas sabe considerá-lo em seu justo valor, vinculando-o ao passado e elucidando suas semelhanças e disparidades⁹³ (p.229)

Os dois significados dados por este autor à cultura podem também ser adequados à medicina e à educação médica. Temos então: 1) a cultura médica como formação do profissional, cujo significado deve, de alguma forma, se correlacionar ao conceito de 'cidadania' e 2) cultura médica como produto dessa formação, como conjunto dos modos de viver e de pensar 'cultivados' pela medicina e pela educação médica indicando em sua expressão a qual civilização ou a que processo civilizatório serve. Direta ou indiretamente, quer se queira ou não, sejam tratadas pela escola médica como cidadania ou como civilização, ambos os significados explicam por que cada sociedade tem uma forma própria de realizar a educação de seus médicos. Especificamente sobre a cultura médica como produto da formação do homem – modos criados, adquiridos e transmitidos entre os membros de uma determinada sociedade – a formação coletiva nas instituições é o que se define como hábitos, papéis e tradição, já discutidos nos subcapítulos 4.2. 4.3 e 4.4, representados na Figura 7, a seguir:



FIGURA 7 - Belaciano MI. *Percurso para ampliação teórica dos estudos sobre currículo na educação médica.*

Além disso, vem surgindo estudos novos sobre identidade – e a profissão de médico confere uma forte identidade ao indivíduo. A teoria da identidade, ligada ao interacionismo simbólico e sobre o mundo social através da comunicação e da linguagem, vem sendo desenvolvida pela sociologia e pela antropologia. Para Outhwaite, Bottomore, Gellner, Nisbet e Touraine⁹², essa palavra, que deriva do latim *idem*, implica igualdade e continuidade e busca determinar quem a pessoa realmente é. Diversos autores fornecem outra definição dada à identidade, como por exemplo, sendo o ‘conjunto de atitudes organizadas dos outros que a pessoa assume ela mesma’, ou outros definem identidade como sendo ‘o modo pelo qual chegamos a nos tornar a nós mesmos como objeto através do ato de vermos a nós mesmos e aos outros’. Seja qual for a opção pela definição de identidade, importa considerar, para nós, no que diz respeito aos estudos sobre identidade, o que nos remeteram Berger e Luckmann⁸⁹ quando dizem que a identidade deve ser encarada como “socialmente outorgada, socialmente sustentada e socialmente transformada”⁸⁹ (p. 116).

As pessoas constroem suas identidades pessoais a partir da cultura em que vivem, induzidas pela possibilidade de descobrir um ‘eu’ interior que não seja imposto artificialmente. Alguns comentaristas modernistas e pós-modernistas têm percebido as políticas de identidade como um padrão para o futuro. Em nosso trabalho, podemos identificar temas como ‘que médico queremos para a sociedade brasileira’, ‘médico do SUS’, ‘que médico queremos formar?’, dentre outros, como temas a serem mais bem explorados por outros estudos.

Na sequência dessas observações, encontramos uma discussão promovida por Silva⁸³, que faz uma conexão temática com a atividade humana e o princípio educativo (da atividade humana) de Vasconcelos⁷⁵, citado no subcapítulo 3.1., em que nos chamou a atenção, que se aceita como ponto de partida a ideia do currículo funcionar como um meio de regulação e normativo na formação dos sujeitos. Dada à importância que essa percepção pode ter para a educação médica, e não sendo esse o lugar para explorar essa temática, sugerimos que venha a ser objeto de estudos futuros na educação médica, uma vez que a regulação sobre o exercício profissional e a própria formação profissional em medicina tem sido crescentemente objeto de

regulação por parte da sociedade e do Estado em diversos países e começa a sê-lo também no Brasil.

Abbagnano⁹³ ainda alerta sobre novos estudos que vêm sendo feitos sobre mentalidade – outro termo ou conceito empregado pelos sociólogos para indicar atitudes, disposição e comportamentos institucionalizados em grupos e capazes de caracterizá-lo. Seus estudos são insipientes. Porém ainda não encontramos algo que sustente essa discussão na bibliografia sobre educação médica. Esses problemas, porém, excedem o quadro de nossas atuais considerações, e são temas para serem explorados em outros estudos sobre cultura e formação e que devem ser considerados pela educação médica.

CONCLUSÃO

Ao problematizarmos a formação médica, quando ainda a maioria das escolas de medicina encontra-se utilizando o paradigma flexneriano¹, descrevemos as dificuldades de instrumentalizar mudanças curriculares efetivas, as quais requerem significativas alterações nas abordagens educacionais. Há, porém, ainda muitas dificuldades teóricas e operacionais. Além de resistências institucionais internas às IES, as demandas que sobre as escolas recaem fazem-nas conviver com muitas tensões, oriundas do setor educação, da relação deste com o setor saúde, e da própria sociedade. Isso vem mantendo os desafios de se entregar à sociedade um médico com um perfil capaz de exercer uma abordagem ético-humanista na prática médica exercendo adequadamente um trabalho requerido por redes de atenção à saúde.

Há evidências, no Brasil e em vários países, de práticas educadoras que realizam mudanças genuínas em diferentes graus de profundidade. Existe um ambiente de cultura de mudança na educação médica, onde diferentes sujeitos sociais competem, com ou sem regras, por uma hegemonia neste processo. Estes sujeitos procuram fazer prevalecer suas próprias expectativas e interesses, razão pela qual a educação médica situa-se em um vasto terreno de conflitos e de lutas, continuando o currículo da escola médica, a ser um terreno em disputa. Na medida em que a viabilidade das mudanças tem que ser construída técnica, social e politicamente, as novas formas de escolas médicas – enquanto respostas aos desafios que o setor saúde expressa – não devem ser aleatórias, mas responder a intencionalidades.

A inovação promovida pela ESCS está situada nesses contextos de reformas da educação médica, com vistas a uma melhor prestação de serviços de saúde no Distrito Federal e ao SUS. O modelo da ESCS, com a promoção de um currículo integrador – propiciando uma genuína integração entre a teoria e a prática; com os aspectos biológicos do processo saúde-doença e os aspectos sociais; e com a saúde individual e a saúde coletiva – vem tendo resultados promissores conforme

os descritos nos anexos A e B. Isso permite considerá-la para um estudo de caso, e submetê-la a diversas teorias educacionais. A partir destas, acabamos nos fixando em teorias curriculares críticas e pós-críticas. A partir dos fundamentos de uma educação inovadora que a ESCS utiliza, para melhor compreender a essência das inovações, promovemos um diálogo entre os conceitos educacionais por ela utilizados com vários conceitos sociológicos, principalmente entre os pressupostos ontológicos relacionados às categorias curriculares, com a categoria trabalho, e, na sequência, a atividade humana.

Devido à necessidade de contornar os limites e obstáculos que a própria educação tem, justificadas pelas discussões que realizamos sobre o 'caso' da ESCS no subcapítulo 3.3, nos conduziu a novas necessidades teóricas, e buscamos outra abordagem além das teorias educacionais, utilizando as teorias de campo, *habitus* e relacionamento, de Bourdieu⁶⁶ e a teoria da construção social da realidade de Berger e Luckmann⁸⁹. Isso permitiu explicar melhor a complexidade de que se reveste o projeto educacional da ESCS e da educação médica contemporânea em geral.

Com isso, este trabalho, ao permitir trazer uma visão ampliada da formação médica, trouxe a resignificação do movimento de criação da ESCS enquanto uma forma particular de 'produção de médicos', mais humanizada como definido anteriormente e apto a trabalhar em redes de atenção. Com o modelo da ESCS como elemento central do nosso estudo, trouxe-nos diversas explicações, sendo a principal a capacidade de operar a ruptura na crença de que só existe uma 'única verdade' na educação médica. Ampliando a base teórica com o 'olhar' das ciências sociais para compreender o currículo, evidenciamos que há uma 'outra verdade' educacional, oriunda de novos projetos protagonizados por processos político-institucionais, possibilitando com isso a emergência de novas configurações sociais no campo da educação médica. Esse movimento nos permitiu definir um arcabouço teórico que possibilita uma compreensão de como, em uma escola médica, projetos são construídos e disputados socialmente.

A ESCS possui um curso de medicina que já nasceu na '3ª geração' de reformas da educação médica, e vem desenvolvendo um currículo integrador cujas

estratégias educacionais foram apresentadas na Figura 3 (p. 91). Com base nos documentos analisados sobre o processo institucional da ESCS, observamos as seguintes regularidades, que descreveremos.

A primeira regularidade é que, regida pelo *habitus* da profissão médica, sob a égide de uma tradição da prática médica e com base nos preceitos do SUS e da organização dos serviços de saúde em rede, é possível assegurar um ensino aos estudantes com práticas humanizadoras, buscando uma reformulação da prática médica que se pratica. A experiência da ESCS com a humanização demonstra o quanto o currículo é um artefato cultural e social. O conceito de currículo, conforme estudamos em Vasconcelos⁷⁵, pode ser visto como uma resposta a questões que são colocadas pela “própria existência humana” (p.28). Comprovamos que é possível levar o estudante a compreender que o mais importante são as pessoas, que o foco da atenção deve ser sobre o ser humano e no sujeito, analisando o ‘outro’ como ser no mundo, e que ele, estudante, para melhor poder atuar, necessita compreender o que se passa na realidade em que está inserido. Nesse sentido, o fundamento e a finalidade do trabalho educativo passa a ter ‘a pessoa’ como centralidade das preocupações do currículo, dando-lhe um significado que os estudantes aprendam ‘a ser pessoas que veem os outros como pessoas’.

A segunda regularidade é o fortalecimento de sua capacidade pedagógica enquanto escola médica, alinhando seus objetos de trabalho de forma a naturalizá-los. Porém, o ensino de novas formas de práticas médicas implica interferir na prática médica e na gestão correntes sobre os serviços de saúde da rede, sendo esses os fatores que limitam seus avanços: a ESCS, como qualquer escola médica, encontra-se circunscrita às suas próprias forças constitutivas. A partir de sua produção, a ESCS legitimou-se no campo político-institucional, tendo como sua vanguarda a ‘metodologia utilizada’ e como base ‘a qualidade do seu ensino médico’. Tendo em vista a construção que acumulou no campo, o resultado de sua prática educacional tem ampla aceitação do público de seu entorno social, tornando-a merecedora de crédito social. É evidente a emergência do seu reconhecimento como um novo ator no campo, porém, se quiser superar seus

próprios limites, vai ter que entrar em outros campos e neles disputar o poder – inclusive no campo médico – e ultrapassar o biologicismo e os poderes estabelecidos nos campos predominantes e constituintes da própria SES-DF.

A terceira regularidade é que seu modelo de ensino foi muito além da adoção da ABP, com um novo alcance de uma identificação simbólica a partir de sua identidade científica, que lhe confere e está também presente o tempo todo em sua prática e no seu discurso. Averiguamos que a ABP é somente um instrumento pedagógico – um instrumento potente – do currículo. Ao lhe acrescentar dois novos elementos – a integração do ensino aos serviços e à comunidade e a ênfase que é dada à gestão do processo educacional – e com isso ‘criar’ uma realidade com um novo desenho curricular, como atesta a Figura 2 (p. 88) permitem, com o uso de instrumentos mais apropriados, uma nova leitura do currículo, visualizando melhor as relações que se estabelecem em seu campo e as articulações que existem entre o campo da educação com os outros campos, em particular com o campo da medicina. Quando se valoriza e se coloca em cena novos elementos – as relações que o currículo estabelece com outros campos de poder – promovem-se um efeito desencadeador mais amplo sobre o perfil do profissional em formação. Os outros sentidos de seus produtos são confrontados com o que ela forma – um médico que não ‘apenas atende’.

A nosso ver, é relevante observar que resultam novos significados e novas possibilidades para o debate sobre a formação e a prática médica, pois tanto o currículo quanto a gestão da escola, bem como outros temas debatidos, entendidos como fruto de uma produção social desprovidos de neutralidade, são decorrentes do objeto e dos agentes com os quais a ESCS lida. Assim, operou-se uma mudança no sentido de uma realidade que se constrói, produzindo uma resposta a antigos problemas, uma outra e nova proposta, real. Caracterizada a resposta como manifestação de participantes situados em outros campos, conclui-se que esse novo desenho que se observa da realidade é construído pelo processo educacional mediado pelo currículo da ESCS, que encadeia uma lógica sequencial pela ‘construção do novo’, alterando uma ordem dada em direção ao que está sendo significado enquanto ‘o novo, humanizado’ e ‘dentro do SUS’. ‘O

novo' e 'a mudança' são regularidades que desenham uma narrativa promovida por uma ação social.

Oriundo de uma prática real, esse produto da ESCS consolida-se como seu capital simbólico. O caso da ESCS é emblemático. Além da utilização ampla das metodologias problematizadoras o seu currículo marca o tempo todo presença na realidade, pois a ESCS encontra-se e tem presença forte e integral na rede da SES-DF, atuando em função das necessidades – atendidas ou não – tidas como referência dos indivíduos, do sistema de saúde e da comunidade. É na integração ensino-serviços que está o grande diferencial da ESCS em relação a outras escolas médicas e é onde aparece sua força enquanto expressão da '3ª geração'. Esta integração ensino-serviços, aliada à gestão do processo de aprendizagem, proporciona uma amplitude dos relacionamentos enquanto relações humanas. Esses dois temas contêm, a nosso ver, os elementos que levam à aquisição das competências profissionais tão perseguidas, inclusive no espaço da articulação intra e intersetorial. Embora ainda precisem ser devidamente embasadas, teórica e cientificamente comprovadas e aqui lembramos que nosso estudo é somente exploratório – eles visam aos diversos domínios do saber, do saber ser e do saber fazer, que compõem o perfil que se busca para a formação médica.

O material sob investigação – os procedimentos teórico – educacionais e as práticas institucionais, os resultados e os dados do processo educacional alcançados pela ESCS – evidencia que é possível estabelecer uma política institucional para forjar os elementos técnicos e administrativos para uma nova realidade na educação médica. Mas, como disse Arendt⁸¹, ela não é constituída no campo por um desenvolvimento automático, mas no campo das 'possibilidades inventadas'. O perfil de formação resultou de uma opção em querer uma mudança curricular, direcionada ao ser humano e à atividade humana como elementos centrais. Esse material – o caso da ESCS – nos autoriza a reafirmar a importância de docentes e estudantes seguirem dispositivos pedagógicos que não sejam restritos apenas ao ambiente escolar.

Deve-se reconhecer que qualquer currículo se situa em um campo multidimensional, o que deve nos levar a considerar relações e postura crítica da

educação no ambiente do trabalho, com a cultura, com a economia, com a produção de conhecimentos científicos e tecnológicos, com a própria instituição legalmente responsável pela prestação de serviços e sua gestão, como esclarecem os dispositivos pedagógicos e os produtos dos muitos documentos que se encontram nos Anexos A e B. O 'olhar das ciências sociais', repensando o currículo e os desafios da formação médica à luz dos conhecimentos adquiridos a partir da análise de produção cultural – sem se abandonar a teoria econômica – permitiu compreender o campo de forças em um espaço social, o qual é necessariamente um espaço multidimensional, com uma subordinação dos campos ao campo de produção social por intermédio do *habitus*. Enquanto PPP, o currículo deve se articular organicamente com o mundo do trabalho e estar inserido no SUS. Como foi demonstrado no caso da ESCS, o currículo possibilita dialogar e situar-se em relação ao jogo de forças no qual se encontra e se relaciona, inclusive com outros campos, pois, de alguma forma as relações objetivas de outros agentes dos demais campos de produção social nele se manifestam porque tem interesses com os produtos produzidos no campo da educação médica. Deste processo educacional é que resulta uma configuração mais adequada ao perfil de formação.

Com a continuação dos problemas da educação médica, continua-se a exigir soluções por parte dos currículos das escolas com vistas a um novo perfil profissional. A ampliação do referencial teórico fornecida pela teoria de campo e pela teoria da construção social da realidade, no âmbito de uma matriz sócio-econômico-cultural, forneceu substancial ajuda para compreender tanto a complexidade como as razões da persistência dos desafios da formação médica. O primeiro referencial ajuda a pensar em que campo o currículo médico se encontra, explicando que o que se vislumbra no campo não é devido só aos interesses econômicos que ali se manifestam, mas às várias relações que o currículo estabelece e o mundo simbólico que ali se expressa. O segundo referencial ajuda a reconhecer se mudanças de fato vem sendo instituídas ou não, ou ainda em que fase da institucionalização se encontram.

Esse *contributo* foi explicado e exemplificado neste trabalho, quando, ao invés de perguntar em qual teoria curricular a ESCS se baseia, a pergunta central passou a ser ‘em que campo ele se encontra?’. A pergunta necessitou ser refeita para explicar melhor como seu estudante não está mais ‘protegido’ por um currículo fechado, como em outros currículos, no ‘campus e na sala de aula’ ou ‘no HU’ ou no ‘HE’. Ele está no amplo espaço social. Os alunos da ESCS ‘andam por toda a cidade e por todos os serviços de uma rede’, no dizer de uma observadora externa à escola. Isso não pode ser explicado somente pela ‘grade curricular’. Não basta somente olhar o currículo com uma teoria curricular qualquer. O próprio currículo e a teoria curricular estão contidos em um campo de forças. O objeto da análise e da educação médica deve mudar, ampliando-se, e, como observado na Figura 8, a seguir:

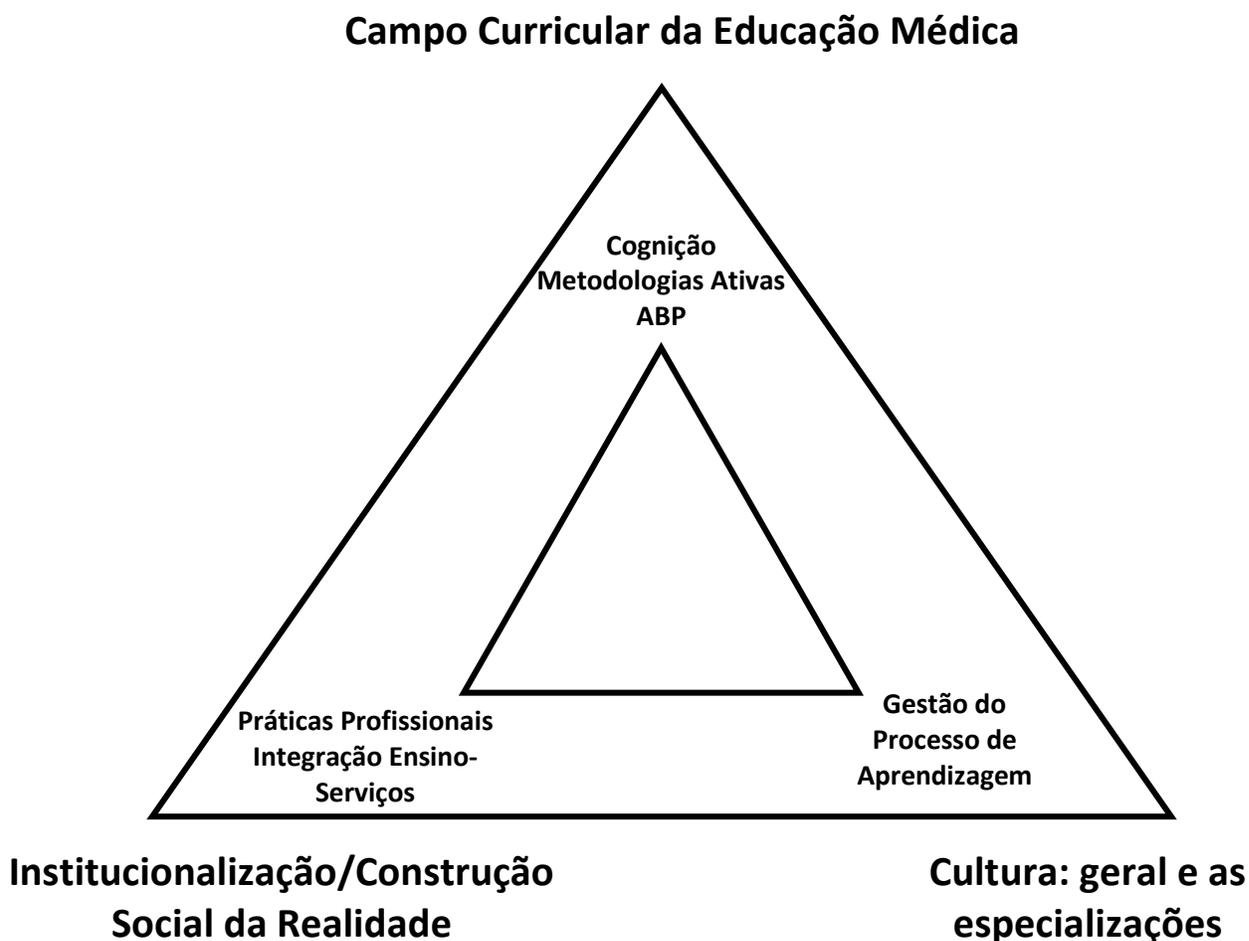


FIGURA 8 - Belaciano MI. *Ampliação dos estudos curriculares multidimensionais do campo da educação médica.*

É esse o verdadeiro campo de forças onde a educação médica deve ser entendida, como está sistematizado na Figura 4 (p. 94). São forças com atuação muito ampla, para muito além do caráter técnico e pedagógico. Elas perpassam as práticas pedagógicas pela disputa do sentido do processo de decisão da escola médica, influenciando conceitos gerais e estruturando os micropoderes institucionais – saúde, doença, papel do médico, do paciente, do professor e do estudante. É na estrutura desse campo de forças, cujo sentido alcança amplos espaços, que ocorre a manutenção ou a transformação da base curricular, e que, em diversos graus, devem ser levados em consideração pelos educadores e debatidos, permanentemente, tanto com o campo médico como com representantes das forças que compõem o conjunto da sociedade.

Uma teoria curricular que contemple um modelo dinâmico, que ajude em como visualizar e agir sobre as interações – pedagogia, recursos, economia, ciência e tecnologia, mercado de trabalho e tudo que é essencial para estabelecer as conexões precisas que exercem influências e restrições sobre o currículo. Uma estruturação curricular em que um mapa-matriz seja capaz de mostrar os caminhos potenciais de programação, desenvolvimento e inovações de práticas educacionais. Deve ser concreto e estar sempre em movimento, capaz de diferenciar o ato ou a intenção da prescrição do currículo, deixando para trás a declaração das intenções tão comuns nas escolas, mas cujas práticas são diferentes.

Os limites de desenvolvimento da própria ESCS foram dados por outros campos com os quais se relaciona e está inserida. Ela deve seguir ampliando e problematizando o percurso educacional e seus resultados. Junto com a SES-DF, seguindo os preceitos do SUS, ela deve procurar fazer um novo recorte mais ampliado de intervenção sobre seu currículo de formação médica e da própria medicina – e isso implica, inclusive, o fortalecimento da utilização da estratégia de integração ensino-serviços e na gestão do processo educacional. E, mais do que tudo, a gestão dos serviços de saúde com base em competências requeridas para fazer operar uma rede de atenção e de assistência à saúde deve promover uma regulação do exercício profissional e da formação e adequação dos seus

profissionais, como o que vem sendo feito em diversos países como a Espanha³, assim como a regulação das próprias escolas tais quais as experiências holandesa⁴ e canadense⁵.

Do que foi explicado de nossa produção teórica, decorrem implicações e efeitos práticos na estruturação do currículo para o perfil de médicos, construídos a partir de duas ideias: por um lado, aprimorar os instrumentos de relativos às várias dimensões do processo de ensino aprendizagem, e por outro procurar compreender e dialogar com os vínculos da complexa rede de relações da realidade que envolve a estrutura da escola médica no campo social. Ambas devem ser capazes de produzir conhecimentos e estratégias para presidir a ação no sentido de intervir mais efetivamente nas relações sociais, nas quais situam-se os vários fatores que influenciam os processos da formação médica. Devemos considerar a utilidade de se utilizar esses conceitos. A sequência do método descritivo-analítico pode ser útil para redesenhar o currículo e explicar o campo educacional, e dele se deve lançar mão, mas agora situando-o em um patamar mais amplo e mais completo.

Submetidos a uma diversidade de relações humanas – tornadas pedagógicas e tendo no trabalho um papel e um caráter de mediador da aprendizagem – os programas educacionais do curso de graduação em medicina devem possibilitar uma reflexão crítica e constante no currículo de estudos, tanto sobre o conhecimento como saber necessário a ser adquirido como sobre as atividades práticas, seja na saúde individual seja na saúde coletiva. Pensar relacionamente tanto as unidades sociais como as propriedades nas quais o currículo se situa e se

³ Para saber mais sobre as experiências de regulação da formação médica na Espanha veja em – Junta de Andalucía. Modelo de gestión por competencias del sistema sanitario público de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud; 2006.- e, Junta de Andalucía. Plan estratégico de formación integral del sistema sanitario público de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud; 2009.

⁴ Para saber mais sobre as experiências de regulação da formação médica na Holanda veja em – The 2009 Framework for Undergraduate Medical Educations in the Netherlands Editorial board. NFU- Netherlands Federatie Van Universitair Medische Centra

⁵ Para saber mais sobre as experiências de regulação da formação médica no Canadá veja – Royal College of Physician and surgeons of Canada. Competence by Design: Reshaping Canadian Medical Education- e, University Council, College of Medicine. Planning and Priorities Committee Request for decision. May 17, 2012.

relaciona corrobora a percepção sobre o alto grau de complexidade das relações sociais que envolvem o ensino médico. O 'produto' da escola médica decorre das relações objetivas dela com os agentes dos demais campos de produção social – saúde, educação, mercado de serviços de cura, os campos políticos e econômicos, ideológico, cultural – que, de alguma forma, exercem decisiva influência sobre o perfil do médico formado. Nessa perspectiva, importa mapear a influência que tais relações exercem na produção dos projetos pedagógicos da escola, não somente, mas especialmente as oriundas do campo médico.

Os argumentos trazidos sobre a rotina cultural imposta e intercalados pela educação presentes na escola representam interesses e valores que possuímos e nos dão um senso de identidade. São meios culturais por intermédio dos quais os homens aprendem, e a educação médica não pode deixar de discutir e considerar essa importante questão.

Introduzimos um breve estudo sobre cultura na educação médica, destacando o papel de fornecimento de significados e o de fornecimento de regras de ação social, ressaltando que a cultura encontra-se presente em todas as esferas da nossa existência, inclusive nos processos de mudança.

Vimos que a cultura desempenha importante papel nos mecanismos que dizem respeito à cidadania e ao projeto civilizatório, e também ao papel que diz respeito à multiplicação e especificação dos campos de pesquisa e de disciplinas, condicionadas por contextos históricos e sociais, inclusive as especialidades e subespecialidades médicas, que exigem competências específicas e que adquirem autonomia e que têm sido vistos como um elemento ideal da cultura. Além de serem encaradas do ponto de vista individual, devem também ser analisadas do ponto de vista social, pois vêm limitando a comunicação do indivíduo, fechando-o em seu próprio 'mundo', restrito, sem interesse ou tolerância por outros. O profissional inclusive perde capacidade de se comunicar.

Contudo, estudiosos do tema dizem ser possível indicar, de maneira 'aproximada', elementos para uma formação com uma cultura geral, total e autêntica, para a formação da cidadania e da civilização. Tais proposições devem ser acolhidas

pelo campo da educação médica, promovendo novos estudos e formulações tendo em vista formar médicos mais acessíveis, comunicativos e participantes da cultura das sociedades em que vivem. Ela deve ser uma cultura 'aberta', que não feche o homem que o impeça de 'ver', aceitar ou reconhecer o que é alheio, e de estar aberto ao futuro, e de ter capacidade de efetuar escolhas e abstrações que permitam confrontos e avaliações globais. Resta-nos lembrar ainda a importância que essa abordagem sobre cultura geral tem no campo institucional e na gestão para o estabelecimento de novos hábitos, novos papéis e uma nova tradição – conforme vimos no subcapítulo 4.3 – assim como na manutenção e no desenvolvimento da própria cultura.

As questões que discutimos sobre identidade e mentalidade são temas que devem ser explorados e considerados pela teoria da educação médica em outros estudos sobre cultura e formação, pois excedem o quadro de nossas atuais considerações.

O currículo, seja como proposta, seja como percurso efetivamente feito como trajetória do estudante, no indivíduo e pelo indivíduo, deve continuar ampliando sua visão como projeto de formação. Deve-se investir mais no papel dos educadores, na busca de um saber necessário e nas metodologias de que se necessita para sua transmissão e incorporação pelos educandos, assim como as escolhas pelas práticas a que os estudantes são sujeitados. Mas deve-se fazer isso considerando que todo currículo 'em si' deve seguir sendo submetido à ampliação do olhar, sendo fundamental para adequar os dispositivos pedagógicos mudancistas a eles.

O campo da educação médica tem que ser mais estudado. Conseguimos responder a alguns dos problemas que levantamos apenas parcialmente, mas há outros problemas mais amplos e gerais, sendo necessário ampliar, com novos estudos, explicativos e correlacionais, o foco de estudo e de atuação. Novos estudos devem fornecer mais orientações e mais segurança para melhor direcionar as mudanças curriculares dirigidas. Os estudos sobre o currículo devem admitir as associações, as conexões, as relações e as dimensões integradoras.

A partir dessa reflexão, é possível afirmar que a produção política oriunda da SES-DF e do SUS, processo social protagonizado pela ESCS, introduziu, no campo da educação médica, significativas alterações, possibilitando o surgimento, em seu interior, de novas estruturas com novos sentidos e com um novo *habitus* no campo da educação médica, e de uma nova linguagem no campo médico.

Assim, concluímos ser de extrema relevância o legado que vem sendo deixado pela ESCS e pelos conhecimentos produzidos sobre seu modelo educacional para a sociedade. São significativas as possibilidades criadas a partir de suas contribuições para o desenvolvimento de uma nova geração de médicos e de uma escola médica humanizadora, condizente com as necessidades que se manifestam na sociedade por meio de redes de atenção e de assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

- ¹ Flexner A. Medical Education in The United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. New York: The Carnegie Foundation, 1910.
- ² Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. São Paulo: Hucitec/ Rede Unida, 1998.
- ³ Frenk J., Chen L., Bhutta ZA., Cohen J., Crisp NI., Evans T., *et al.* Três gerações de reforma. [Relatório Comissão Lancet – LC: Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Volume 376, p. 1930]. The Lancet; 2010.
- ⁴ Cruz KT. A formação médica no discurso da CINAEM - Comissão Nacional de Avaliação do Ensino Médico [dissertação]. Campinas: UNICAMP; 2004.
- ⁵ Bloom SW. Structure and ideology in medical education: an analysis of resistance to change. Journal of Health and Social Behavior [Internet]. 1988; 29 (4): 294-306. Disponível em: <http://dme.medicine.dal.ca/dme-features/docs/0910/BloomJHealthSocBehav1988.pdf>
- ⁶ CINAEM - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (BR). Preparando a transformação da educação médica brasileira: projeto CINAEM III fase, relatório 1999-2000. Organizado por Roberto Xavier Piccini, Luiz Augusto Facchini e Rogério Carvalho dos Santos. Pelotas: UFPel, 2000.
- ⁷ SHA: Socialist Health Association - The Dawson Report of 1920. [Internet]. London: SHA Data inicial da base 1920 – [citado em 2002 Dez 10]. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>
- ⁸ Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
- ⁹ Oliveira EXG. A multiplicidade do único: territórios do SUS. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz, 2005.
- ¹⁰ Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Ed. UNESP e Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

-
- ¹¹ Almeida MJ. Educação médica e saúde: possibilidades de mudança. Londrina: Editora da UEL, 1999.
- ¹² Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Programa Mais médicos para o Brasil [apresentação]. 27 de Fev 2013. SGTES – Brasília.
- ¹³ Garcia JC. La educación médica en la América Latina. Washington: OPAS/OMS, 1972. Publicação científica, p. 255.
- ¹⁴ Schraiber L. Educação médica e capitalismo. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1989.
- ¹⁵ Dussault GA. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. Revista de Administração Pública, 1992. v. 26, n. 2, p. 8-19.
- ¹⁶ BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento. Acceso equitativo a los servicios básicos de salud: hacia una agenda regional para la reforma del sector salud. Septiembre. p. 8. Washington, 1995. 22p. mimeo.
- ¹⁷ Almeida, MJ. Collaborating with WHO. In: Global Conference on International Collaboration on Medical Education and Practice, 1995, Rockford, Illinois. Priorities at the interface of health care, medical practice and medical education. Geneve: WHO, 1994. p. 39-50.
- ¹⁸ Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. *In: Saúde Coletiva. Textos Didáticos* (L. M. Vieira-da-Silva, org.), p. 61-82, Salvador: Centro Editorial e Didático, Universidade Federal da Bahia. 1994.
- ¹⁹ OPAS – Organización Pan-Americana de Salud. Progreso de las actividades de reforma del sector del salud. Washington, 1996. mimeo.
- ²⁰ Almeida MJ. Educação médica e saúde: possibilidades de mudança. Londrina: Editora da UEL, 1999.
- ²¹ OPAS – Organización Panamericana de Salud. ALAFEM/ FEPAFEM/ NETWORK. Educación médica permanente en beneficio de la equidad y calidad de la respuesta social en salud en America Latina y el Caribe: propuesta cooperativa. Washington, 1996. 23 p.
- ²² Ceccim RB. A emergência da educação e ensino da Saúde: interseções e intersetorialidades. Revista Ciência & Saúde, v. 1, n. 1, p. 9-23. jan/ jun 2008. Porto Alegre.
- ²³ Feuerwerker LCM, Cecílio LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2007; 12(4): 965-971. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63012415.pdf>

-
- ²⁴ Campos GWS. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro [Internet]. 1999; 15(1):187-193, jan-mar, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n1/0048.pdf>
- ²⁵ Paim JS. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. (Ad-Saúde – Série Temática, 1). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.
- ²⁶ Pierantoni CR, Varella TC, França T. A formação médica: capacidade regulamentária de estados nacionais e demanda dos sistemas de saúde no Brasil. p.154 - 170. *Trabalho e Educação em Saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro: Europa; 2008.
- ²⁷ OPAS – Organización Panamericana de Salud. II Conferência Mundial de Educação Médica em Edimburgo, 1993.
- ²⁸ Garcia JC. La educación médica en la América Latina. Washington: OPAS/OMS, 1972. Publicação Científica, 255.
- ²⁹ Cordeiro HA. Padrões de Consumo de Medicamentos. [dissertação]. Saúde Humana. Ciências da Saúde. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Brasil. 1978.
- ³⁰ Teixeira CFS. Educação e saúde: contribuição ao estudo da formação os agentes das práticas de saúde no Brasil. [dissertação]. Mestrado em Saúde Comunitária. Faculdade de Medicina. Universidade Federal da Bahia- UFBA: Salvador; 1982.
- ³¹ Ministério da Saúde (BR). Ministério da Educação e Cultura. Organização Pan-Americana. Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde: relatório anual (PPREPS). Brasília: PPREPS; 1977.
- ³² Pires FA.; Paiva CHA. Recursos críticos, história da cooperação técnica OPAS-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988). Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. 204 p.
- ³³ Sobral DT. Inovação curricular na área médica. *Humanidades*, Brasília, v. 8, n.4, p. 472-477, 1992.
- ³⁴ CEM/MEC - Comissão de Ensino Médico/ Ministério de Educação. Ensino médico: bases e diretrizes para sua reformulação. *Rev. Brasileira de Educação Médica*. RJ, 10 (2): 67-74, 1986.
- ³⁵ CINAEM – COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. Avaliação do ensino médico no Brasil: relatório geral 1991 – 1997. Brasília, 1997. 112 p.

-
- ³⁶ CINAEM – COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. Relatório geral de avaliação das escolas médicas brasileiras. 1996. 35p. (Mimeo)
- ³⁷ Merhy EE.; Acioli GG. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com as possibilidades de construção de novos paradigmas a formação em medicina. Revista Pro-Posições. 14, 1 (40), jan./ abr. 2003. Campinas; 2003.
- ³⁸ Sobral DT. Retrospecto da cúpula de Edimburgo: subsídios para a educação médica. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v. 18, n.3, p. 103-110, 1994.
- ³⁹ Marcondes E. Currículo nuclear: abordagem pediátrica. Pediatría. 19 (1): 6-8. São Paulo; 1997.
- ⁴⁰ Amaral JL. Avaliação e transformação das escolas médicas: uma experiência brasileira, nos anos 90, na ordenação de recursos humanos para o SUS [dissertação]. 113, [77] f. Mestrado Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2002.
- ⁴¹ Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. 2ª ed. São Paulo: Hucitec/ ABEM; 2009.
- ⁴² Ròvere M. Planificación estratégica de recursos humanos em salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 96. Washington: OPAS, 1993.
- ⁴³ Melo CG. Saúde e Assistência Médica no Brasil. São Paulo: Ed. Hucitec; 1977.
- ⁴⁴ Oliveira NA de. Ensino médico no Brasil: desafios e prioridades, no contexto do SUS: um estudo a partir de seis estados brasileiros. [tese]. Ensino em Biociências e Saúde. Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro; 2007.
- ⁴⁵ Campos GWS. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro [Internet]. 1999; 15(1):187-193, jan-mar, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n1/0048.pdf>
- ⁴⁶ Barbosa Neto, F. Diretrizes curriculares, certificação e contratualização de hospitais de ensino: o caminho se faz ao andar? Cadernos ABEM, v.4, 23-29. outubro de 2008.
- ⁴⁷ Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1006, de 27 de maio de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários de Ensino do Brasil, visando reorientar e, ou formular a política nacional para o setor.
- ⁴⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 1702, de 17 de agosto de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 18 ago. 2004; Seção 1, p.79.

-
- ⁴⁹ CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. Programa de reestruturação dos Hospitais de Ensino. Nota Técnica, nº. 18; 2004.
- ⁵⁰ ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica. Conselho Diretor. Hospitais de Ensino: a Trama da Crise. Revista Brasileira De Educação Médica, 37 (2): 155-156; 2013.
- ⁵¹ Passarella TM. Programa de educação pelo trabalho para a saúde PET-Saúde/ Saúde da Família: um estudo sobre a percepção dos participantes acerca da integração ensino-serviço-comunidade. [dissertação]. Mestrado Profissional em Desenvolvimento e Políticas Públicas. Escola Nacional de Saúde Pública e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: FIOCRUZ/ IPEA; 2013.
- ⁵² Macedo L de. A questão da inteligência: todos podem aprender? São Paulo: Editora Moderna; 2002.
- ⁵³ Belaciano MI (Coord.). Por um Sistema Serviços de Saúde-Universidade. Relatório do Programa Saúde Brasília: união com a comunidade (UNI-Brasília). 1996. (mimeo). 82 p.
- ⁵⁴ Campos, Francisco Eduardo (Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde do Ministério da Saúde). Conversa com: Mourad Ibrahim Belaciano (Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília e Fundação Universidade Aberta do Distrito Federal), Brasília, DF). 2006.
- ⁵⁵ Belaciano MI.; França PS. PPP- Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina. In. FEPECS- Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Org.). Criação da fundação de ensino e pesquisa em ciências da saúde e do curso de medicina da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília: FEPECS; 2002. p. 353 - 472. Disponível na Biblioteca Central da FEPECS, 550 p.
- ⁵⁶ Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1975.
- ⁵⁷ Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa São Paulo: Paz e Terra; 1996.
- ⁵⁸ Davini MC. Educación permanente y problematización de la practica: caminos metodológicos. In: Haddad J.; Roschke MA.; Davini MC. Educación permanente de personal de salud. Washington: OPAS; 1994. p. 109-126. (Serie desarrollo de Recursos Humanos, 100).
- ⁵⁹ Ferreira J.; Venturelli J. Prefácio. p. XV – XX. In. Almeida MJ. Educação médica e saúde: possibilidades de mudança. Londrina: Editora da UEL, 1999.
- ⁶⁰ Mitre SM. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciência & Saúde Coletiva, 13 (Sup 2): 2133-2144, 2008.

-
- ⁶¹ Berbel NN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, v.2, n.2, 1998.
- ⁶² Toledo Júnior ACC, Ibiapina CC, Lopes SCF, Rodrigues ACP, Soares SMS. Aprendizagem baseada em problemas: uma nova referência para a construção do currículo médico. *Revista Médica de Minas Gerais* 2008; 18(2): 123-131.
- ⁶³ Misoczky MCA. Integração docente assistencial: perspectivas frente ao sistema único de saúde. In: Congresso Nacional da Rede IDA Brasil, 2, São Paulo, 1993. Anais... Salvador: UFBA, 1993. p.13-28. Trabalhos Premiados
- ⁶⁴ Botomé SP. Pesquisa alienada e ensino alienante: o equívoco da extensão universitária. Petrópolis: Vozes, 1996. 248p.
- ⁶⁵ Pacheco JA. Currículo: teoria e práxis. Porto: Porto Editora; 2001.
- ⁶⁶ Bourdieu P. O Poder Simbólico, 4ª edição, p.49. Lisboa: Ed. Bertrand Brasil; 1989.
- ⁶⁷ Belaciano, M I. Curso de graduação em medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde: pertinência, projeto pedagógico e viabilidade de implantação. *Revista de Saúde do Distrito Federal* 2003, v. 14, n.1/2, jan./jun. 2003, p. 19-30.
- ⁶⁸ Harden RM. Tem questions to ask when planning a course or curriculum. *Medical Education*. [Internet]. 1986 [citado 2000 mar], 20, 356 - 365. Disponível em: [http://www.themedfomscu.org/media/elip/Harden-1986\[1\].pdf](http://www.themedfomscu.org/media/elip/Harden-1986[1].pdf)
- ⁶⁹ Ornstein AC.; Hunkins F. Curriculum: foundations, principles, and theory (2nd ed.). Allyn and Bacon; 1993.
- ⁷⁰ Magueres C. Elementos para uma pedagogia de massa na assistência técnica agrícola. In: Coordenadoria de Assistência Técnica Integral – CATI. Análise do sistema paulista de assistência à agricultura. Campinas, 1970. Mimeo.
- ⁷¹ Foucault M. O nascimento da clínica. Tradução de Roberto Machado. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.
- ⁷² Fiorin JL.; Savioli FP. Lições de texto: leitura e redação. São Paulo: Ática; 2000.
- ⁷³ Sampieri RH.; Collado CF.; Lúcio PB. Metodologia de pesquisa. 3ª ed. São Paulo: McGraw Hill; 2006.
- ⁷⁴ Young M. Teoria do currículo: o que é e por que é importante. [internet]. v. 44. n. 151. p.190-202. Jan. mar. 2014. *Cadernos de Pesquisa*. [citado 2015 set]. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742014000100010

-
- ⁷⁵ Vasconcellos C dos S. Currículo: a atividade humana como princípio educativo. 3ª ed. [1989] Coleção Cadernos Pedagógicos do Libertad. Libertad – Centro de Pesquisa, Formação e Assessoria Pedagógica. São Paulo: Libertad; 2011.
- ⁷⁶ Lundgren J. Development patterns and lessons in the Montreal Laurentians. *In* Tourism in Canada: selected issues and options (P.E. Murphy, ed.). Western geographical series, Vol. 21. Canada, Victoria, BC: University of Victoria, 1983.
- ⁷⁷ Kemmis S.; McTaggart R. The actiona research reader, eds. 3rd. ed. Geelong. Vic.: Deakin University Press, 1988.
- ⁷⁸ Kemmis S. El curriculum: más allá de la teoría de la reproducción. Madrid: Morata, 1988.
- ⁷⁹ Grundy S. Curriculum, The Falmer Press, 1987.
- ⁸⁰ Arendt H. A condição humana, 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1993.
- ⁸¹ Nóvoa A. (Coord.). Os professores e as sua formação. Lisboa: Dom Quixote; 1992.
- ⁸² Silva TT. da. Documentos de Identidade: uma introdução às teorias do currículo. 3ª. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.
- ⁸³ Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. 3. ed. Tradução de Mariz Corrêa. Campinas: Papyrus, 1996.
- ⁸⁴ Bourdieu P. O campo científico. In: Pierre Bourdieu: sociologia. Organização de Renato Ortiz. Tradução de Paula Monteiro e Alicia Auzmandi. São Paulo: Ática, 1983.
- ⁸⁵ Bourdieu P. A economia das trocas simbólicas. Tradução de Sérgio Miceli et ali. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.
- ⁸⁶ Bourdieu P. O campo econômico: a dimensão simbólica da dominação. Tradução de Roberto Leal Ferreira. Campinas: Papyrus, 2000.
- ⁸⁷ Machado MH. Os médicos e o mercado de trabalho. In: Canesqui AM. (Org.). Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: Hucitec, 2000.
- ⁸⁸ Berger PL., Luckmann T. Tratado de sociologia do conhecimento. São Paulo: Editora Vozes; 2005.
- ⁸⁹ Coon CS. The story of man. 3rd printing edition. New York: Alfred A Knopf; 1969.
- ⁹⁰ Lintonn R. The Tree of Culture. New York: Vintage Books/Random House; 1955 – 1970.

-
- ⁹¹ Outhwaite W., Bottomore T., Gellner E., Nisbet R., Touraine A. Dicionário do pensamento social do século XX. Kindle Edition. Rio de Janeiro: Zahar; 2000.
- ⁹² Abbagnano N. Dicionário de Filosofia. [internet]. São Paulo: Martins Fontes; 1998. [citado 2014 set]. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/Dicionario%20de%20Filosofia.pdf>
- ⁹³ Ministério da Saúde (BR). – Lei Nº. 12.871. de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos- conversão da Medida Provisória nº 621, de 08 de julho de 2013.
- ⁹⁴ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (BR). DODF nº 128 DE 29/01/2004, p. 83. Portaria nº. 88/ SES. Brasília: Diário Oficial; 2004.
- ⁹⁵ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (BR). DODF nº 128 DE 07/07/2004, p. 84. Portaria nº. 89/ SES. Brasília: Diário Oficial; 2004.
- ⁹⁶ Fundação de Ensino e Pesquisa do Distrito Federal (BR). DODF nº 21 DE 29/01/2010, p. 67. Portaria nº. 13/ FEPECS. Brasília: Diário Oficial; 2010.
- ⁹⁷ Barros NF. O ensino das disciplinas das ciências sociais e da epidemiologia: as ciências sociais na educação médica [dissertação – tese de Livre Docência]. Campinas: UNICAMP; 2013.