

**UNIVERSIDADE DE UBERABA - UNIUBE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO/MESTRADO ACADÊMICO  
VERUSKA VITORAZI BEVILACQUA**

**CONCEPÇÕES DE PRÁTICAS DE DOCENTES DE UMA IES DO  
TRIÂNGULO MINEIRO/MG: FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL  
MÉDICO GENERALISTA**

UBERABA  
2017

**VERUSKA VITORAZI BEVILACQUA**

**CONCEPÇÕES DE PRÁTICAS DE DOCENTES DE UMA IES DO  
TRIÂNGULO MINEIRO/MG: FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL  
MÉDICO GENERALISTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação/Mestrado Acadêmico da Universidade de Uberaba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marilene Ribeiro Resende

UBERABA  
2017

Catálogo elaborado pelo Setor de Referência da Biblioteca Central UNIUBE

B468c Bevilacqua, Veruska Vitorazi.  
Concepções de práticas de docentes de uma IES do triângulo mineiro/MG: formação do profissional médico generalista / Veruska Vitorazi Bevilacqua. – Uberaba, 2017.  
130 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Uberaba.  
Programa de Mestrado em Educação.  
Orientadora: Profa. Dra. Marilene Ribeiro Resende.

1. Sistema de ensino. 2. Professores – Sistema de ensino. 3. Medicina – Formação profissional. 4. Médicos. I. Resende, Marilene Ribeiro. II. Universidade de Uberaba. III. Título.

CDD 378

**CONCEPÇÕES DE PRÁTICAS DE DOCENTES DE UMA IES DO  
TRIÂNGULO MINEIRO/MG: FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO  
GENERALISTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade de Uberaba, como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Aprovada em 28/04/2017

**BANCA EXAMINADORA**



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marilene Ribeiro Resende  
(Orientadora)  
UNIUBE - Universidade de Uberaba



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Geovana Ferreira Melo  
UFU - Universidade Federal de  
Uberlândia



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Valeska Guimarães Rezende  
da Cunha  
UNIUBE - Universidade de Uberaba

*Dedico aos meus familiares. À minha mãe, pela grandeza da alma e o incentivo sempre aos estudos. Ao pai que, meio alheio à vida, mas me apoiando sempre nos meus projetos, fez um 'patrocínio' nessa empreitada do mestrado. Aos meus sobrinhos, Lara e Noah, presenteando-me com seu amor e exigindo a minha atenção. À minha irmã querida, que me incentiva a seguir em frente na minha carreira.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus que sempre ilumina minha vida e me deu energia e benefícios para concluir esse trabalho.

À ‘minha’ orientadora, pela paciência na orientação, competência e incentivo para concluir este trabalho.

Agradeço à Valeska que me incentivou a buscar a continuidade dos estudos.

À amiga Marisa, que me impulsionou a fazer a inscrição para prestar o mestrado, para retomarmos os estudos juntas e darmos forças uma à outra.

Aos meus ex-alunos, Ana Elisa Pato Salgado; Frederico Teixeira Izidorio; Lauzane Oliveira Rodrigues e Letícia Amália de Freitas Santana, por colaborarem comigo na busca incessante (quase uma ‘missão impossível’) aos professores para responderem ao questionário.

Ao Ivan Rodrigues, pela competência e carinho a mim dedicados, com os dados do questionário e nas horas de desespero eletrônico.

As amigas Renata Borges e Stela Dias, pela paciência em me ouvir e aguentar meu ‘chororô’.

A ‘Belinha’ (Maria Isabel), por ter colaborado como professora-médica no teste-piloto do questionário e roteiro da entrevista.

## RESUMO

No contexto das DCNs de 2001 e 2014, a Lei nº. 12.871, do PPC e de outros dispositivos legais e institucionais, propõem-se à formação do médico generalista. Este estudo foi orientado pela questão: quais são as concepções de práticas pedagógicas dos docentes do curso de medicina que orientam a formação do médico generalista? O objetivo geral é analisar as concepções de práticas pedagógicas utilizadas pelos professores, que contribuem para a formação do médico generalista. Os objetivos específicos são: contextualizar historicamente a formação do médico no Brasil; compreender a formação do profissional generalista nos documentos que regulam e orientam a formação do médico; caracterizar os docentes do curso de medicina da IES pesquisada; identificar as concepções dos professores sobre a formação do profissional médico generalista; constatar as práticas pedagógicas que promovem a formação do caráter generalista. O presente trabalho se insere na linha de pesquisa Desenvolvimento Profissional, Trabalho Docente e Processo de Ensino-Aprendizagem e é uma pesquisa quanti-qualitativa. A metodologia foi organizada em quatro etapas: levantamento bibliográfico e documental; elaboração de questionário e roteiro para entrevistas; coleta; análise dos dados apurados. Respondeu ao questionário, o total de 38 docentes, divididos nos três ciclos do curso de medicina de uma IES privada de MG. Foram entrevistados cinco docentes dentre os respondentes do questionário. A análise dos dados utilizou a triangulação de fontes, fazendo uso da estatística descritiva e contagem da frequência de vocábulos rememorados a partir das frases indutoras, à luz dos referenciais teóricos que fundamentam a pesquisa, tendo como norteadores os objetivos a serem alcançados. Os resultados revelam um perfil de professor feminino, com idade entre 35 e 45 anos, graduado em medicina, especialista, que ministra aulas teóricas e práticas e com até 10 anos de docência. Quanto à formação generalista, não foi constatada homogeneidade nas opiniões proferidas pelos docentes.

**Palavras-chave:** Formação generalista do médico. Concepções de práticas pedagógicas. Graduação em medicina.

## ABSTRACT

In the context of NCGs (National Curricular Guidelines) of 2001 and 2014, The Law n. 12.871 from CPP (Course's Pedagogic Project) and other set of Institutional and legal devices, this study proposed to analyze the medical training. It was conducted with the scope of answering the following question: What are the conceptions of the University lecturers of Medicine about their educational practices that guide the medical teaching in the general medical training? The overall aim of this study was to analyze the conception of the educational practices used by lecturers that contribute to the medical training. The specific goals were: to historically contextualize the medical training in Brazil, to understand the general medical practitioner education by the accredited documents, to delineate the profile of the medicine lecturers of the IES researched, to identify the lecturers concepts about the general medical practitioner education; To report the educational practices that promote a generalist professional profile. The present study is included in the field "Professional Enhancement, Lecturer job and the teaching-learning process. It is a quanti-qualitative research. The methodology used in the research was divided in four steps: a literature review and a documentary research, the preparation of a standard questionnaire and the interview scripts; data collection and analysis of the data collected. A total of 38 lecturers, who work in 3 different stages of the medical course in a private university in Minas Gerais, answered the questionnaire. Five lecturers were interviewed among them. The data analysis was based on data triangulation using the descriptive statistics and enumerating how frequently a term was mentioned in the light of an inducing sentence, based on a theoretical framework and the goals that were the basis of the research. The results show the following profile: a female specialist lecturer doctor, age between 35 and 45, teaching theoretical and practical lessons up to 10 years of experience. There was no common sense among them about the generalist professional profile.

**Key-words:** Generalist professional profile, Pedagogical practices conceptions, Medical education.



## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Gráfico 1</b> – Distribuição de docentes pesquisados por sexo do curso de medicina – ago/2016 .....   | 85 |
| <b>Gráfico 2</b> – Titulação acadêmica dos professores pesquisados do curso de medicina – ago/2016 .....   | 88 |
| <b>Gráfico 3</b> – Tempo de docência dos professores pesquisados do curso de medicina – ago/2016 .....   | 89 |
| <b>Gráfico 4</b> – Fatores condicionantes e/ou determinantes do processo saúde-doença, marcados por ordem de importância, que mais são discutidos nos componentes curriculares pelos docentes pesquisados do curso de medicina – ago/2016..... | 93 |
| <b>Gráfico 5</b> – Estratégias de ensino (tipo de aula) mais utilizadas pelos professores pesquisados do curso de medicina – ago/2016.....   | 95 |

## LISTA DE QUADROS

|   |     |
|---|-----|
| <b>Quadro 1</b> – Primeiras escolas médicas criadas no Brasil, de 1808 a 1948 .....   | 32  |
| <b>Quadro 2</b> – Paralelo entre as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em medicina 2001 e 2014 .....   | 69  |
| <b>Quadro 3</b> – Indicadores do tempo escolar em horas/aula .....  | 79  |
| <b>Quadro 4</b> – Contagem da frequência de vocábulos formados pela frase indutora ‘formação do profissional médico generalista’, respostas dos docentes pesquisados – ago/2016 ..... | 98  |
| <b>Quadro 5</b> – Contagem da frequência de vocábulos formados pela frase indutora ‘integralidade do cuidado’, respostas dos docentes pesquisados – ago/2016 .....                    | 100 |
| <b>Quadro 6</b> – Contagem da frequência de vocábulos formados pela frase indutora ‘ética e humanização do cuidado’, respostas dos docentes pesquisados – ago/2016 .....              | 103 |

## LISTA DE TABELAS

|  |     |
|--|-----|
| <b>Tabela 1</b> – Escolas médicas por região geográfica e vínculo jurídico até 1996 .....  | 43  |
| <b>Tabela 2</b> – Escolas médicas por localização, região geográfica e vínculo jurídico até julho de 2015 .....  | 47  |
| <b>Tabela 3</b> – Idade dos docentes pesquisados – ago/2016 .....  | 85  |
| <b>Tabela 4</b> – Graduação dos docentes pesquisados do curso de medicina – ago/2016 .....   | 85  |
| <b>Tabela 5</b> – Tipo de aula ministrada pelos docentes pesquisados do curso de medicina – ago/2016 .....   | 89  |
| <b>Tabela 6</b> – Quantificação sobre o conceito ampliado de saúde pelos docentes pesquisados do curso de medicina – ago/2016 .....                                | 91  |
| <b>Tabela 7</b> – Quantificação das ações desenvolvidas na Atenção Básica pelos docentes pesquisados do curso de medicina – ago/2016 .....                         | 94  |
| <b>Tabela 8</b> – Local de prática mais importante para a formação do médico, respostas emitidas pelos docentes pesquisados do curso de medicina – ago/2016 .....  | 105 |
| <b>Tabela 9</b> – A especialização é imprescindível para a formação do médico, respostas emitidas pelos docentes pesquisados do curso de medicina – ago/2016 ..... | 106 |

## LISTA DE SIGLAS

|         |  |
|---------|--|
| AAMC    | Associação Americana de Escolas de Medicina                        |
| ABE     | Associação Brasileira de Educação                                  |
| ABEM    | Associação Brasileira de Educação Médica                           |
| AMB     | Associação Médica Brasileira                                       |
| ANASEM  | Avaliação Nacional Seriada do Ensino Médio                         |
| ANDES   | Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior                |
| Bireme  | Biblioteca Regional de Medicina                                    |
| CEM     | Comissão de Ensino Médico  |
| CFE     | Conselho Federal de Educação                                       |
| CFM     | Conselho Federal de Medicina                                       |
| Cinaem  | Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico |
| CIRH    | Comissão Intersetorial de Recursos Humanos                         |
| CNE     | Conferência Nacional de Educação                                   |
| CNE     | Conselho Nacional de Educação                                      |
| CNS     | Conferência Nacional de Saúde                                      |
| COAPES  | Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Serviço               |
| Cobem   | Congresso Brasileiro de Educação Médica                            |
| CONASP  | Conselho Nacional de Assistência Social Previdenciária             |
| CPA     | Comissão Própria de Avaliação                                      |
| CT-APAS | Câmara Técnica de Atuação Para Área da Saúde                       |
| DCN     | Diretrizes Curriculares Nacionais                                  |
| Degerts | Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde         |
| Deges   | Departamento de Gestão da Educação na Saúde                        |
| DENEM   | Diretoria Executiva dos Estudantes de Medicina                     |
| DSA     | Diretoria de Serviços Acadêmicos                                   |
| DTI     | Diretoria de Tecnologia da Informação                              |
| EM      | Escolas Médicas  |
| ENC     | Exame Nacional de Curso  |
| EUA     | Estados Unidos da América  |
| FMTM    | Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro                         |
| GERES   | Grupo Executivo para a Reforma da Educação Superior                |
| HSE     | Hospital dos Servidores do Estado                                  |

|           |  |
|-----------|--|
| HU        | Hospital Universitário   |
| IDA       | Integração Docente Assistencial  |
| IES       | Instituição de Ensino Superior   |
| INAMPS    | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social         |
| INEP      | Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira |
| LDB       | Lei de Diretrizes e Bases  |
| LO        | Lei Orgânica   |
| MEC       | Ministério da Educação   |
| MNESP     | Ministérios dos Negócios da Educação e da Saúde Pública                |
| MNRS      | Movimento Nacional da Reforma Sanitária                                |
| MS        | Ministério da Saúde  |
| NDE       | Núcleo Docente Estruturante  |
| NOB       | Normas Operacionais Básicas  |
| OMS       | Organização Mundial de Saúde   |
| ONU       | Organização das Nações Unidas  |
| Opas      | Organização Pan-americana de Saúde                                     |
| PACS      | Programa de Agentes Comunitários de Saúde                              |
| PAIS      | Programa de Ações Integradas de Saúde                                  |
| PARU      | Programa de Avaliação da Reforma Universitária                         |
| PCSD      | Plano de Cargos e Salários para Docentes                               |
| PDI       | Plano de Desenvolvimento Institucional                                 |
| PET-Saúde | Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde                        |
| PIASS     | Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento             |
| PPC       | Projeto Pedagógico do Curso  |
| PPI       | Projeto Político Institucional   |
| PrevSaúde | Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde                         |
| PROES     | Pró-Reitoria de Ensino Superior  |
| PROMED    | Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para Escolas Médicas    |
| PRO-SAÚDE | Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde    |
| PSF       | Programa de Saúde da Família   |
| PUC       | Pontifícia Universidade Católica                                       |
| REME      | Movimento de Renovação Médica  |
| RG        | Regimento Geral  |
| SGA       | Sistema de Gestão Acadêmica  |

|                 |  |
|-----------------|--|
| Sgtes           | Secretaria de Gestão e da Educação na Saúde                              |
| SINAES          | Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior                       |
| SinMed          | Sindicato dos Médicos  |
| SINPAS          | Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social                     |
| SUDS            | Sistema Único e Descentralizado de Saúde                                 |
| SUS             | Sistema Único de Saúde   |
| TCLE            | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                               |
| TNC             | Teoria do Núcleo Central   |
| UERJ            | Universidade Estadual do Rio de Janeiro                                  |
| UNE             | União Nacional dos Estudantes  |
| UNESCO          | Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura         |
| UnB             | Universidade de Brasília   |
| UniRio          | Universidade do Rio de Janeiro   |
| Uniube          | Universidade de Uberaba  |
| USAID           | <i>United States Agency for International Development</i>                |
| WFME<br>Médica) | <i>World Medical Education Federation</i> (Federação Mundial de Educação |

## SUMÁRIO

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | INTRODUÇÃO .....  | 15 |
| 2     | ESCOLAS DE MEDICINA NO BRASIL: interfaces entre a história e as políticas de formação ..... | 26 |
| 2.1   | De 1808 a 1929 (Brasil Imperial à época republicana) .....                                  | 27 |
| 2.2   | De 1930 a 1949 (Do fim da época republicana ao Estado Novo).....                            | 30 |
| 2.3   | De 1950 a 1980 (O Estado militar).....  | 32 |
| 2.4   | De 1981 a 1996 (A retomada do Estado de Direito) .....                                      | 39 |
| 2.5   | De 1997 a 2015 (Décadas das reformas) .....   | 44 |
| 3     | FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOCENTE NO CURSO DE MEDICINA: conceitos fundantes.....                | 49 |
| 3.1   | Docência no ensino superior: formação e desenvolvimento profissional .....                  | 50 |
| 3.2   | Docência em Medicina .....  | 53 |
| 3.3   | Saberes docentes e práticas pedagógicas .....   | 56 |
| 3.4   | Metodologias ativas .....   | 58 |
| 4     | PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA DA IES PESQUISADA: articulações com as DCN<br>62    |    |
| 4.1   | Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Medicina .....                   | 62 |
| 4.2   | Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013 (Programa Mais Médicos) .....                      | 70 |
| 4.3   | Projeto Pedagógico do Curso (PPC) da IES pesquisada.....                                    | 72 |
| 4.3.1 | Finalidades da instituição .....  | 74 |
| 4.3.2 | Estrutura Organizacional .....  | 75 |
| 4.3.3 | Currículo .....   | 76 |
| 4.3.4 | Tempo Escolar .....   | 78 |
| 4.3.5 | Processo de Decisão .....   | 79 |
| 4.3.6 | As Relações de Trabalho.....  | 80 |
| 4.3.7 | Avaliação do PPC e Avaliação da Aprendizagem .....  | 80 |
| 5     | RESULTADOS E DISCUSSÕES: o que revelam os dados .....                                       | 83 |
| 5.1   | Caracterização dos participantes .....  | 84 |

|     |   |     |
|-----|---|-----|
| 5.2 | Sobre os procedimentos pedagógicos e a formação humanística e o conceito ampliado de saúde..... | 91  |
| 5.3 | Sobre o caráter generalista e/ou especialista na formação do médico.....                        | 97  |
| 5.4 | O ensinar e o aprender na educação superior .....   | 104 |
| 6   | CONSIDERAÇÕES FINAIS.....   | 108 |
|     | REFERÊNCIAS.....  | 113 |
|     | APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO.....  | 122 |
|     | APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA.....   | 124 |
|     | APÊNDICE C – QUADRO DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DE ACORDO COM AS UNIDADES DEFINIDAS .....        | 125 |



## 1 INTRODUÇÃO

Vou me apresentar e o farei em primeira pessoa. Filha de professora primária, sempre acompanhei minha mãe em seus planejamentos de aulas e correções de provas. Inicialmente dizia que não queria ser professora, mas como alguns ‘fatos’ são inevitáveis, desde 2012 estou, exclusivamente, na condição de professora. Uma história determinada pela contribuição de várias pessoas de importante relevância em minha vida pessoal e profissional.

Graduada em 1996 em enfermagem e obstetrícia pela extinta Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (FMTM), após quatro anos cursei dois cursos de especialização *lato sensu* sendo: Saúde Coletiva e Saúde da Família. Duas áreas que sempre me atraíram foram a assistência ao paciente e a docência. Desde 1997, colaboro na formação de médicos e enfermeiros, ministrando conteúdos práticos e/ou teóricos, sempre na atenção primária em saúde visando a promoção, prevenção, cura e reabilitação do indivíduo.

Observando os aspectos que constituem a docência, percebi que a questão “ser professor” requer estar-se continuamente em formação e em desenvolvimento profissional. O domínio das técnicas profissionais na área da saúde não são o suficiente. Os aspectos pessoais e profissionais que compõem a docência são indissociáveis e holísticos, identificando a complementaridade de ambos.

Contribuindo há sete anos no curso de graduação em medicina da Universidade de Uberaba (Uniube), atualmente, ministro os seguintes componentes curriculares: Saúde e Sociedade II e III, e Tutoria. Observei que é necessário rever a atuação profissional correlata a estudos científicos de profissionalismo e profissionalidade. Aprimorar o conhecimento sobre as práticas pedagógicas dos professores que ensinam medicina ajudaria a clarear se estamos condizentes com a formação de médico generalista. Caráter esse, exigido nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Graduação em Medicina de 2001 e 2014, e na Lei nº. 12.871/2013 que institui o Programa Mais Médico.

Será que existe o professor que possui conteúdo técnico e não sabe ensinar? E aquele que sabe ensinar, mas não possui competência técnica? É preciso considerar a indissociabilidade teoria-prática e despertar no aluno de graduação, um dos aspectos mais importantes, que é o protagonismo de sua formação. Elaborar atividades que utilizem os conceitos científicos, que se justaponham na prática, executadas e entendidas pelo futuro profissional. Segundo Fonseca (2010), a sala de aula é um espaço plural e coletivo, no qual professores e alunos vivem e praticam todas as relações, sejam elas profissionais e pessoais.

Na sala de aula, acontecem demonstrações, exposições e manifestações, colocando-se, cada ser, em sua inteireza e na totalidade.

Historicamente, a formação pedagógica é incentivada como sendo uma tarefa somente, dos professores do ensino básico e fundamental, porém essa cultura vem modificando-se nos dias de hoje. (ORO; BASTOS, 2012). Mediante a diversidade de alunos que hoje ingressam nas Instituições de Ensino Superior (IES) e as dificuldades apresentadas, ter competência técnica e boa qualificação não são mais suficientes para ser um professor habilitado.

A competência do professor não é formada por um conjunto de características ou categorias específicas, ele se faz em constante processo de formação, que, em determinados momentos, tem o foco voltado ora para o ensino e a escola, ora para o professor. Cunha (2013, p. 4) diz que “o professor se faz professor em uma instituição cultural e humana, depositária de valores e expectativas de uma determinada sociedade, compreendida em um tempo histórico”.

Vale ressaltar que existe uma estreita relação entre a qualidade do ensino em uma instituição de ensino superior e o trabalho docente em sala de aula. Porém não é exigido que o professor universitário tenha uma formação específica na área da educação para atuar nos cursos superiores. O professor se torna professor, sendo professor.

No cotidiano da docência, faz-se necessário estar em constante estudo para aprimoramento da formação em suas várias dimensões, especialmente a pedagógica, tendo em vista as exigências que são postas à formação profissional. Pachane (2003, p. 30-31) confirma essa tese ao mencionar a formação do professor universitário, frisando que “existe carência em termos de pesquisa que evidencie a formação pedagógica desse professor, e que dificilmente, a abordagem de formação de professores se estende para a formação voltada à docência universitária”.

Autores como Nóvoa (2000), Tardif (2000, 2007) e Gauthier *et al.* (2006), que se acercam das dimensões pessoais e profissionais de forma indissociada, discutem o trabalho docente, a prática pedagógica e a identidade profissional, afirmando que as mudanças no ensino e na profissão docente não são consequência apenas do setor econômico, mas também, das mudanças nos segmentos político e cultural, inclusive as mudanças da cultura escolar e da comunicação pedagógica. As mudanças têm mostrado também que a identidade docente é social e historicamente constituída, a partir dos conhecimentos teóricos e também dos conhecimentos advindos da prática docente.

A essência do trabalho de uma instituição de ensino superior está ligada à qualidade e à eficácia dos processos de ensino e aprendizagem. Por essa razão, com o aumento do número

de instituições que atendem a esse nível de ensino, essas devem estar preparadas para se manterem no competitivo mercado em questão, e, nesse cenário, um fator decisivo consiste na formação dos docentes. (SILVA, 2008).

Alguns recursos como cursos, oficinas e *workshops* podem melhorar as relações com os alunos, aperfeiçoar a didática e facilitar a criação de novas metodologias de ensino, porém os modos de pensar e de conceber a formação profissional e o exercício da profissão são fatores determinantes nas escolhas e nas posturas dos docentes. Cunha fomenta o pensamento sobre a formação e diz que

[...] estimular o pensamento reflexivo, a autonomia nos processos de decisão, os procedimentos investigativos como forma de conhecer a realidade constituem processos metodológicos adequados a uma formação que assume a contradição como pressuposto do trabalho e da profissionalização docente. (CUNHA, 2010, p. 132).

É sabido que, para ser professor, é necessário apreender conhecimentos e saberes específicos que são imprescindíveis à profissão docente, procedentes da ciência da educação e de métodos e técnicas pedagógicas. Cardoso, Del Pino e Dorneles (2012, p. 4), fundamentando-se em Tardif, consideram que o saber profissional é, “um amálgama de diferentes saberes, provenientes de fontes diversas, que são construídos, relacionados e mobilizados pelos professores de acordo com as exigências de sua atividade profissional”.

Tardif (2007) destaca que os saberes necessários para ser professor são divididos em quatro diferentes tipos, são eles: os saberes da formação profissional (saber-fazer); os saberes disciplinares; os saberes curriculares e os saberes experienciais. Todos esses saberes se constituem nos espaços das relações da vida social do ser professor (família, escola, grupos sociais), na interação estabelecida com outras pessoas (alunos e colegas de profissão) e nas instituições de formação, tudo isso influenciando em suas decisões a respeito de como agir como docente.

Gauthier *et al.* (2006) também se referem a uma classificação de saberes que o professor deve possuir, que se assemelha, em vários aspectos, à classificação proposta por Tardif. A classificação proposta por Gauthier *et al.* (2006) é a seguinte: saberes disciplinares (a matéria); saberes curriculares (o programa); saberes da ciência da educação (essência da profissão docente); saberes da tradição pedagógica (o uso); saberes experienciais e os saberes da ação pedagógica (repertório de conhecimentos do ensino ou a jurisprudência pública validada).

Entretanto, esses autores destacam alguns elementos importantes que estão densamente ligados a um saber específico próprio da classe profissional dos professores, que é o saber da ação pedagógica. Esse saber diz respeito à relação de acréscimo estabelecida entre os demais saberes dos professores, que conduzem às decisões do que fazer em cada caso específico em sala de aula. (CARDOSO; DEL PINO; DORNELES, 2012).

No dia a dia, o professor coopera no aperfeiçoamento do conhecimento para o aluno e para si mesmo. Por isso, segundo esses autores, os saberes experienciais se destacam dos demais saberes (formação profissional, disciplinares e curriculares), pois são produzidos pelos próprios sujeitos, isto é, sobre eles, o professor consegue manter o controle, tanto no que diz respeito à produção, quanto à sua legitimação no processo.

O professor precisa se perceber em relação à sua docência. Em um ponto Tardif e Gauthier concordam: “que os saberes experienciais dos professores sejam verificados por meio de métodos científicos e, então, divulgados e reconhecidos como o saber profissional dos professores”. (CARDOSO, DEL PINO e DORNELES, 2012, p. 9).

A docência universitária necessita de formação específica e contínuo desenvolvimento profissional. Para ser professor no ensino superior, é necessário competência específica à docência universitária, com o domínio de uma área singular do conteúdo, o domínio pedagógico e também o conhecimento da política do ensino superior, além de uma visão mais abrangente da sociedade em que a profissão será exercida. De acordo com Melo (2009), existe escassez de políticas públicas para a trajetória da docência no ensino superior. A Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação Nacional n.º 9.394/96 refere-se à formação para atuação docente no ensino superior em dois artigos:

Artigo 65 – A formação docente, exceto para a educação superior, incluirá prática de ensino de, no mínimo, trezentas horas.

Artigo 66 – A preparação para o exercício do magistério superior far-se-á em nível de pós-graduação, prioritariamente em programas de mestrado e doutorado. (BRASIL, 1996, n.p.).

Em concordância com Melo (2009, p. 30), “não há, na referida Lei, nenhuma menção quanto à formação didático-pedagógica a ser desenvolvida nos cursos de mestrado e doutorado, [...] formam-se nesses cursos pesquisadores com amplo domínio do campo específico, no entanto desprovidos de conhecimentos referentes à docência”.

Costa (2010, p. 3) afirma que “o corpo docente é o alicerce fundamental sobre o qual devem ser instituídas as bases das mudanças necessárias à formação de profissionais da área da saúde, e a prática pedagógica tem constituído tema relevante de pesquisa nas áreas de

enfermagem, odontologia e medicina”. Formação e atualizações em técnicas e métodos de ensino, em processo ensino-aprendizagem, nas diferentes formas de comunicação, sobre avaliação da aprendizagem e sobre a relação professor-aluno favorecem a dimensão técnica da profissão docente, mas, muitas vezes não consideram o professor como quem produz conhecimentos profissionais, diminuindo as atitudes reflexivas a respeito das práticas que executa.

Exercer a função docente,

[...] requer a habilidade para problematizar as visões sobre a prática docente, tanto sobre o papel dos professores como sobre a função que cumpre à educação superior. Isso supõe que cada professor analise o sentido político, cultural e econômico que cumpre à escola médica, o modo em que se assimila a própria função, como se tem interiorizado os padrões ideológicos sobre os quais se sustenta a estrutura educativa. (COSTA, 2010, p.5).

Discutindo o papel do professor na formação do médico, é necessário destacar alguns elementos importantes para essa formação. Papel esse em que se supõe que os professores tenham ciência e competência para ensinar diuturnamente. Esses elementos estão descritos com clareza na Resolução n.º 3, de 20 de junho de 2014, do MEC/CNE, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina. O Art. 3º estabelece que:

O graduado terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (BRASIL, 2014, p. 1).

Sobre a formação de profissionais médicos, precisamos identificar as escolas médicas que propõem mudanças no processo de ensino de um “novo” médico. Merhy (2002, p. 135) nomeia duas situações importantes para que ocorra a real mudança. São elas: “a) Como identificar lugares efetivos de ação que levem à mudança no modo de ser da escola, redefinindo suas missões, e b) Como qualificar a busca por um “novo” tipo de competência profissional”.

Ainda hoje, Merhy (2002) retrata que o modelo centrado nos procedimentos médicos é o que caracteriza e marca, como atributo principal, as ações em saúde, individualizadas, fragmentadas, produtoras de procedimentos as quais se cooptam por somação. Nessa relação

entre o procedimento médico e o usuário/paciente sempre falta algo, “como usuários, temos a nítida vivência de que a produção de procedimentos vale mais do que nós mesmos”. (MERHY, 2002, p. 138). Como enfermeira, convivendo na assistência direta ao paciente e como docente no ensino médico, verifico que esse modelo retratado por Mehry ainda vigora sendo inadequado para resolver os problemas de adoecimento do povo brasileiro.

A origem da prática médica era situada na avaliação geral do paciente, com pouca capacidade de resolução e de relevância social menor ainda. No século XX, as doenças de maior incidência e prevalência eram as infectocontagiosas, que exigiam conhecimentos especializados para lidar com elas. Em decorrência do relatório proposto por Abraham Flexner (1910), é que a realidade se concretizou em especialidades. Flexner sobrelevava a pesquisa experimental de base individual, com isso fez surgir a “superespecialização médica” juntamente com o aumento tecnológico que determinou o crescimento na eficiência e no *status* do profissional médico especialista.

Chehuen Neto *et al.* (2014, p. 16) proferem uma definição do que venha a ser esse médico especialista. “O médico especialista, por sua vez, possui um entendimento aprofundado sobre o conhecimento médico fragmentado segundo a área do corpo ou em relação ao tratamento de doenças específicas”.

Atualmente, os indicadores epidemiológicos de morbimortalidade<sup>1</sup> estão atrelados às doenças crônico-degenerativas e às doenças não-transmissíveis, que não estão de acordo com o modelo especializado de atuação, de elevado custo, de ação pontual curativista e descontextualizada. Esse novo perfil epidemiológico exige que o profissional médico tenha que ponderar sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, pois as suas causas estão densamente ligadas aos comportamentos e estilo de vida das pessoas.

Tanto nas DCNs de graduação em medicina de 2001 quanto nas de 2014, o perfil do médico egresso tem que estar atrelado à capacidade de compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde brasileiro, valorizando a vida,

[...] com a abordagem dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência, na promoção da saúde e na prevenção de riscos e danos, visando à melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade, por um profissional médico generalista, propositivo e resolutivo. (BRASIL, 2014, p. 3).

---

<sup>1</sup> Morbimortalidade: segundo o Ministério da Saúde, é o impacto das doenças e dos óbitos que incidem em uma população.

A DCN/2014 refere que a instituição formadora deve inserir o aluno no sistema de saúde sob a ótica das práticas reflexivas e a relação com outros saberes, tendo as Ciências Humanas e Sociais como eixo transversal, pois a instituição influencia na orientação da escolha da carreira especialista ou generalista. (BRASIL, 2014).

O curso de medicina da IES pesquisada está estruturado em ciclos: ciclo básico, do primeiro ao quarto período; ciclo intermediário, do quinto ao oitavo período; e, ciclo avançado, também denominado como internato, do nono ao décimo-segundo período. Os ciclos intermediário e internato são considerados a parte técnica profissionalizante do curso, intensificando a formação voltada para as práticas hospitalares e especialidades. A nossa experiência tem mostrado que, à medida que o aluno avança no conhecimento científico da profissão médica, ocorre a diminuição das habilidades e competências sob a perspectiva humanística, generalista, reflexiva e holística do paciente.

Identificamos que, na proposta curricular, à medida que o aluno vai avançando na sua formação, os professores vão se acercando das características especializadas para direcionar a aprendizagem do conteúdo, dividindo a abordagem pedagógica em disciplinas apartadas e com pouca interação. A formação vai perdendo o caráter generalista e assumindo ares de especialidades.

Lampert *et al.* (2009), Pontes (2005), Buchabqui (2010), Carvalho Filho (2011), Oliveira (2010), Braccialli (2009), em seus estudos e pesquisas, revelaram que a identidade e profissionalização docente do professor médico apareceram como um tema emergente nas dissertações e teses defendidas no Brasil. Esses estudos mostram que o profissional médico professor precisa ancorar sua formação na obtenção de saberes e práticas docentes.

Todas as IES devem possuir um corpo docente estruturado, capacitado e em constante formação e aprimoramento das práticas pedagógicas, conforme a realidade epidemiológica brasileira vá se modificando. Os professores tornam-se exemplos a serem seguidos, sejam como médicos ou como professores. Sá (2015, p. 243) diz que “conhecer quem é o modelo para o estudante ajuda a compreender os valores privilegiados pelo profissional em formação”. Porém é necessário explorar os aspectos inerentes à prática pedagógica, pois se espera que o professor crie condições para que os estudantes sejam protagonistas de sua formação e que proporcione experiências práticas para o desenvolvimento de uma atitude reflexiva.

Sabendo que as mudanças são inevitáveis para a reorganização das escolas médicas atendendo às atuais DCNs, o professor passa a ter um papel essencial no processo de transformação das mesmas e essa mudança vai mais além do que reordenar o currículo

tentando integrar os conteúdos ou reescrever o projeto pedagógico. Segundo Perim *et al.* (2009, p. 72), “trata-se de romper com a prática pedagógica presente hoje nas universidades, embasada excessivamente na transmissão de conhecimentos, para focar a reflexão crítica da produção do conhecimento e do seu uso e da ação social”.

Atuando há sete anos como professora do curso de medicina, no componente de Saúde e Sociedade – prática, percebo que à medida que os alunos vão progredindo no processo de formação, passam a se interessar, precocemente, por algumas especialidades, deixando de lado o estudo do holístico e da saúde, focando cada vez mais na doença e na especialidade de assistência. Interessam-se cada vez menos pelas ações de promoção e prevenção, enfocando, apenas a doença (cura). Um dos fatores que, também, me motivou a estudar foi melhorar a minha atuação docente, identificando práticas pedagógicas que professores do curso utilizam para a formação do médico generalista. Uma conjectura me é, a todo tempo, presente: será que existem práticas pedagógicas que promovem a formação do médico generalista?

No contexto de Diretrizes Curriculares que propõem a formação do médico generalista e da importância das concepções e práticas docentes para essa formação, perguntamos: quais são as concepções de práticas pedagógicas dos docentes do curso de medicina que orientam a formação do médico generalista?

O objetivo geral que nos conduziu em nossa trajetória investigativa foi: analisar as concepções de práticas pedagógicas utilizadas pelos professores, que contribuem para a formação do médico generalista. E conjuntamente, norteando este trabalho, tivemos os seguintes objetivos específicos: I. contextualizar historicamente a formação do médico no Brasil; II. compreender a formação do profissional generalista nos documentos que regulam e orientam a formação do médico; III. caracterizar os docentes do curso de medicina da IES pesquisada; IV. identificar as concepções dos professores sobre a formação do profissional médico generalista; V. constatar as práticas pedagógicas que promovem a formação do caráter generalista.

Flick (2009) destaca a relevância da pesquisa qualitativa, pois oferece oportunidade para o estudo das relações sociais devido à pluralização das esferas da vida.

O caráter investigativo da pesquisa qualitativa, conforme Bogdan e Biklen (1994) surgiu no final do século XIX e início do século XX, seu apogeu foi na década de 1970. Esse caráter investigativo da pesquisa qualitativa traz, em seu cerne, cinco características, segundo esses autores: (a) a fonte direta dos dados é o ambiente natural e o investigador é o principal agente na recolha desses mesmos dados; (b) os dados que o investigador recolhe são essencialmente de caráter descritivo; (c) os investigadores que utilizam metodologias



qualitativas interessam-se mais pelo processo em si do que propriamente pelos resultados; (d) a análise dos dados é feita de forma indutiva; e (e) o investigador interessa-se, acima de tudo, por tentar compreender o significado que os participantes atribuem às suas experiências.

O presente trabalho se caracteriza como uma pesquisa quanti-qualitativa, pois, além de se pautar nas características descritas anteriormente, elabora procedimentos metodológicos para observar o modo de pensar dos participantes inquiridos, incluindo procedimentos e tratamento quantitativos. Para subsidiá-la, inicialmente, utilizamos de produções científicas da área que se acercam das práticas pedagógicas no curso superior e de modo especial no curso de medicina, para, posteriormente, identificar as que contribuem para a formação do médico generalista.

Os procedimentos metodológicos da pesquisa foram organizados em quatro etapas, que não ocorreram de forma linear, mas de forma dinâmica, no movimento da pesquisa: **1ª etapa:** levantamento bibliográfico e documental, visando à fundamentação teórica; ao diagnóstico da realidade; ao estudo de documentos tais como, Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (2001 e 2014), Lei n.º 12.871/2013 Programa Mais Médicos e o Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da IES pesquisada; **2ª etapa:** elaboração de questionário e roteiro para entrevistas com os docentes do curso de graduação; **3ª etapa:** coleta de dados com os docentes do curso pesquisado, por meio de questionário e de entrevista semiestruturada, com registro em gravações de áudio, sempre utilizando de códigos e preservando a não-identificação dos participantes; **4ª etapa:** análise dos dados coletados.

Os participantes são docentes do curso de medicina do primeiro ao 12º período, de uma universidade, localizada na região do Triângulo Mineiro/MG. Foi escolhida uma amostra aleatória estratificada por ciclo curricular: básico, intermediário e internato, valendo-se de uma lista de nomes dos professores, por período, usando uma tábua de números aleatórios. Após escolhida essa amostra, os docentes foram contatados, inicialmente, por telefone e também por *e-mail*, quando foram fornecidas algumas informações sobre a pesquisa. Foram solicitados e agendados, conforme a disponibilidade do pesquisado, o dia e a hora para serem prestados todos os esclarecimentos e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em caso de concordância, o questionário foi respondido.

A amostra inicial dos questionários foi de 42, divididos pelos três ciclos do curso, sendo 14 por ciclo, ficando sob minha responsabilidade a aplicação dos questionários, fora do horário e do ambiente de trabalho do pesquisado. Esse ambiente foi constituído de um espaço

físico adequado e que proporcionou segurança e tranquilidade para ser respondido o questionário.

Posteriormente, foi realizada a entrevista. Inicialmente, a previsão era de uma amostra de seis docentes, divididos pelos três ciclos do curso, sendo dois por ciclo. Porém, uma delas não pôde ser realizada. Atendendo aos critérios de seleção para essa fase, foram entrevistados aqueles que contribuíram na etapa do questionário e que se dispuseram a colaborar nessa etapa. As entrevistas individuais foram previamente agendadas e realizadas em ambiente propício, foram gravadas em áudio e depois transcritas. Todos puderam, a qualquer momento, desistir de participar, sem que isso lhes acarretasse qualquer prejuízo.

Todos os documentos e dados gerados pela pesquisa serão guardados em arquivo trancado por cinco anos, e, após esse período, será providenciado o correto descarte. Documentos impressos, como questionários, anotações das entrevistas serão triturados e os áudios serão apagados.

Como em toda pesquisa que envolve o ser humano existem riscos, conforme previsto na Resolução n.º 466/2012, esses foram abrandados garantindo sigilo das informações, não identificação dos participantes, atribuindo-se lhes códigos para identificação e salvaguarda de todos os instrumentos de coleta de dados.

A análise dos dados teve uma abordagem quanti-qualitativa, conforme já anunciado. Para a análise dos dados quantitativos, obtidos por meio do questionário, fizemos uso da estatística descritiva, quando necessário, os demais registros dos docentes pesquisados, como os do professor-pesquisador, foram analisados à luz dos referenciais teóricos que fundamentam a pesquisa, tendo como norteadores os objetivos a serem alcançados. Ou seja, foi realizada a triangulação de fontes: a bibliográfica, a documental e a pesquisa de campo, conforme define Triviños, a partir da qual buscamos construir categorias de análise.

A técnica de triangulação de Triviños tem como regra de conduta básica descrever, explicar e compreender o que venha a ser o conteúdo estudado. Segundo diz Triviños (1987, p.138), “a técnica de triangulação, parte de princípios que sustentam que é impossível conceber a existência isolada de um fenômeno social, sem raízes históricas, sem significados culturais, e sem vinculação estreita e essencial com uma macrorrealidade social”.

Como a técnica analisa sujeitos específicos e as particularizações de suas funções, o estudo deve compreender os processos e produtos; os elementos produzidos e que têm atribuição do seu desempenho na comunidade e, por último, os processos e produtos ocasionados pela estrutura socioeconômica e cultural do macro-organismo social no qual está inserido o sujeito. (TRIVIÑOS, 1987, p. 138-139).

Para a análise dos vocábulos rememorados a partir das expressões indutoras incluídas no questionário, foram ordenados em ordem alfabética e feita a contagem da frequência dos mesmos. Assim, a dissertação é composta pela introdução, quatro seções e as considerações finais.

Na primeira seção – Escolas de medicina no Brasil: interface entre a história e as políticas de formação, foi realizada uma descrição de como se deu a implantação das escolas médicas segundo as regiões brasileiras, localização quanto a capital ou interior do país e o vínculo jurídico das mesmas, correlacionando com os aspectos legais que legitimam a graduação em medicina. O objetivo que conduziu essa seção foi contextualizar historicamente a formação do profissional médico.

Buscamos na segunda seção – Formação profissional no curso de medicina: conceitos fundantes, a partir do referencial teórico, tratar alguns conceitos estruturantes no campo da ciência da educação e dos saberes dos professores como: docência em medicina, paradigmas de formação, saberes da docência, relação professor-aluno, entre outros.

Na terceira seção – Projeto Pedagógico do curso de medicina da IES pesquisada: articulação com as DCN teve como subsídios os documentos que fundamentam o ensino superior e, mais especificamente, a formação do médico no Brasil. A seção foi conduzida pelo seguinte objetivo: compreender a formação do profissional generalista nos documentos que regulam e orientam a formação do médico.

Na quarta seção – Resultados e discussões: o que revelam os dados, foram apresentados os resultados encontrados na pesquisa de campo, objetivando identificar as concepções sobre o caráter generalista na perspectiva dos professores do curso de medicina e constatar as práticas pedagógicas que podem promover a formação do caráter generalista.

Na busca de sínteses, que são sempre provisórias, redigimos as Considerações Finais, nas quais buscamos associar os resultados aos objetivos propostos.

Almejamos que, ao final do trabalho, a nossa pesquisa traga oportunidade de reflexão sobre a formação do médico a partir da divulgação de seus resultados e que os docentes do curso possam ser despertados para a necessidade de práticas pedagógicas que promovam a formação do médico generalista, conforme previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

## **2 ESCOLAS DE MEDICINA NO BRASIL: interfaces entre a história e as políticas de formação**

No Brasil, as escolas médicas (EM) surgiram há mais de 200 anos, mas só na última década – por volta do ano 2000 – é que o seu número, segundo dados do Conselho Federal de Medicina (2015), mais que dobrou, passando de 126 (entre públicas e privadas) para 257, formando mais de 23 mil novos médicos por ano. Esses dados nos levam a questionar sobre a qualidade do ensino, sobre as práticas pedagógicas utilizadas pelos professores e a questionar, ainda, se o perfil do profissional egresso corresponde ao proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN).

As EM devem ser capazes de formar profissionais que estejam preparados para enfrentar a realidade das condições socioeconômicas, culturais, ambientais e o quadro epidemiológico atual. As instituições de ensino superior (IES) usufruem de fé pública, e ao longo de décadas, vêm garantindo a qualificação na formação dos médicos, desse modo, há aspectos que precisam ser considerados como o quantitativo das escolas médicas, sua distribuição geográfica, os modelos de assistência em saúde, o ensino superior bem como a relevância pública da profissão do médico.

Este capítulo valeu-se de pesquisa bibliográfica e toma como referência principal os apontamentos do Conselho Federal de Medicina (2015) e alguns autores (Amaral, 2007; Gonçalves e Benevides-Pereira, 2009; González e Almeida 2010; Miranda, 2010). Retrata cronologicamente a implantação das escolas médicas no País, fazendo alusão a eventos políticos, econômicos, sociais e específicos da área da saúde mundial de cada momento, buscando indícios das práticas pedagógicas nestas escolas e as raízes da concepção de médico generalista. A formação do médico, independente da vinculação jurídica e da localização da instituição formadora, na capital ou no interior, não é exclusiva apenas da graduação, porém o mínimo de condições e qualidade de ensino têm que existir nas escolas.

Os bancos de dados que foram averiguados são dos *sites* do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) e do Conselho Federal de Medicina (CFM), para conhecer o número atualizado de EM e as respectivas vagas oferecidas, destacando as seguintes informações: número de escolas segundo as regiões brasileiras; a posição das EM se na capital ou nas cidades do interior; o vínculo jurídico.

A trajetória histórica do ensino da medicina no Brasil advém desde a fundação dos cursos isolados (1808), passando pelas primeiras escolas e academias de medicina e suas transformações em faculdades isoladas e, posteriormente, o surgimento das universidades

(1930 a 2015). Politicamente a trajetória das EM vem desde sua “criação no Brasil Imperial (1808), passando pela época republicana, o Estado Novo, o Estado militar, a retomada do estado de direito, a década das reformas seguindo a evolução até os dias atuais”. (AMARAL, 2007, p. 32). A seguir, apresentamos uma periodização da implantação das EM, no Brasil, a partir das referências já mencionadas.

## **2.1 De 1808 a 1929 (Brasil Imperial à época republicana)**

A família real chegou a Salvador, em 22 de janeiro de 1808, marcando a história brasileira. Aconteceu a abertura dos portos, a fundação do Banco do Brasil e o tratado de Aliança e Comércio (1810). No âmbito político-administrativo, teve início o Conselho de Estado, os Ministérios, os Tribunais, a Escola de Marinha, as Intendências de Polícia e Arsenal. Cultural e socialmente discorrendo, passou a existir a Imprensa Régia e as Escolas Médico-Cirúrgicas em Salvador e no Rio de Janeiro. Na mesma década, houve a criação de vários estabelecimentos culturais. (AMARAL, 2007).

O ‘sistema educacional’ brasileiro junto à educação médica esteve densamente vinculado ao desenvolvimento da sociedade brasileira, desde a implantação da primeira escola médica em 1808, juntamente à aparição e organização dos segmentos econômicos, militares e o poder público brasileiro. Os acontecimentos que mais influenciaram o Governo foram as ideias da federalização da educação. Na metade do século XIX, sob exclusividade do Governo Central, estava o domínio de legislar sobre o ensino superior (Faculdades de Ciências Jurídicas e de Medicina). Havendo aí os primeiros indícios de discussão sob a descentralização da educação.

José Corrêa Picanço, nascido em Pernambuco, era cirurgião da Real Câmara e lente jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Como membro da corte portuguesa, Picanço retornou ao Brasil em 1808, fazendo com que D. João VI assinasse em 18 de fevereiro de 1808, o decreto que dá origem à primeira escola de medicina no Brasil, mais precisamente na cidade de Salvador/Bahia, a Escola de Cirurgia.

D. João VI transfere-se para a cidade do Rio de Janeiro e assina decreto semelhante criando, em abril daquele ano, a Escola de Anatomia e Cirurgia no Rio de Janeiro. Segundo Gonçalves e Benevides-Pereira (2008, p. 483), “essas escolas eram ‘escolas de cirurgia’, pois formavam cirurgiões e não médicos, uma vez que estes continuavam a se formar na Europa, sobretudo em Portugal”. A criação das duas escolas marca a criação do ensino superior no País.

De 1812 a 1815, advieram as iniciais reformas das escolas médicas, passando a ser chamadas de Academias Médico-Cirúrgicas, que, em 1832 tornaram-se Faculdades de Medicina, seguindo as normatizações da Escola Médica de Paris. O ensino era estritamente teórico e “[...] centrado na observação clínica, a despeito de focos isolados de outras características, como a ênfase na patologia local, que era dada na Bahia”. (GONÇALVES; BENEVIDES-PEREIRA, 2008, p. 483).

Em 1854 houve algumas estruturações no curso de medicina. Algumas delas foram: a deliberação de uma congregação de professores catedráticos (“Congregação de Lentes”); duração de seis anos e criação de laboratórios, entre outras. Pesquisadores da Bahia adotaram, em 1866, métodos experimentais de investigação e não mais somente os métodos utilizados na Europa. O ensino médico brasileiro ficou abalizado pelo modelo pedagógico academicista francês, e no ramo da pesquisa, sofreu influência da escola alemã.

Na Alemanha, em 1880, von Basch concebeu o primeiro aparelho que verificava a medida indireta da pressão arterial sistólica. Somente em 1905, Nikolai Korotkov, médico russo, constatou que a total descompressão arterial, também produzia um som denominado de pressão diastólica. Em 1895, Roentgen descobre o Raio-X dando início à era tecnológica. Em meio aos acontecimentos médicos mundiais - 584 mortes decorrentes da peste bubônica e da febre amarela, a situação política brasileira se agrava e o terceiro curso de medicina no Brasil é criado em 1898, denominado de Faculdade Livre de Medicina e Farmácia, localizada em Porto Alegre/RS.

Amaral quantifica o número de EM e destaca os acontecimentos da época aqui no Brasil,

[...] ainda com três EM (BA, RJ, RS), findava o século XIX, época das revoltas internas, das Constituições reformadas, do golpe de Estado, do fim do Segundo Reinado, do Governo Provisório, da abolição do trabalho escravo, do surto industrial, e da fundação da Academia Brasileira de Letras (1897). (AMARAL, 2007, p. 50).

Em 1900, Karl Landsteiner retratou o sistema sanguíneo ABO, permitindo realizar transfusões sanguíneas bem sucedidas. No Rio de Janeiro, em 1904, acontecia a Revolta da vacina. Na França (1905), Alfred Binet e Theodore Simon elaboraram o teste para medir a inteligência (Quociente de Inteligência - QI) com o intuito de medir o rendimento educacional. Em 1910, nos Estados Unidos é publicado o Relatório Flexner. Percebe-se em todos os contextos relatados, a preocupação com a qualidade e a quantidade de instituições de ensino superior.

Abraham Flexner, estudioso da educação médica, elabora um relatório informando que, das 155 faculdades de medicina visitadas, no Canadá e nos EUA, apenas cinco delas tinham condições de formar médicos com qualidade. Propôs o curso de medicina em ciclos e com disciplinas isoladas, cada um contendo de três a quatro semestres. O ciclo básico é para o conhecimento científico da biologia humana. O ciclo clínico é para o ensino da clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia, propedêutica e demais especialidades. E, por último, o ciclo do internato, no mínimo com dois semestres de duração, destina-se ao treinamento em serviço, sob supervisão dos professores.

Flexner instituiu o internato, a residência médica com consequente ligação entre a faculdade de medicina e o hospital, idealizando o hospital universitário para o ensino da medicina. Esse modelo de escola foi criticado pelo fato de o ensino médico enfatizar suas ações na doença e não no doente. O ensino se torna fundamentalmente hospitalocêntrico, não fazendo referência à função social da escola médica. Boa parte das EM no mundo e no Brasil adotam esse modelo. Em 1912 é criada a quarta faculdade no Brasil, a Faculdade Federal de Medicina do Paraná.

Com início do século XX, acontece um expressivo aumento das EM. Cyrus Edson publica em 1895 um artigo intitulado “O micróbio como nivelador social”, despertando na população científica a importância dos cuidados em saúde. Miranda destaca que,

Por conta desta realidade, com suas implicações sociais e, notadamente, econômicas num mundo que iniciava os processos de industrialização, urbanização e crescimento populacional, era fundamental a aplicação de medidas saneadoras, a fim de que os projetos colonialistas pudessem ser levados a cabo. (MIRANDA, 2010, p. 14).

Carlos Chagas, em 1909, detectou o *Trypanosoma cruzi* e foram aprovadas em 1911, novas regras para as faculdades de medicina. Nesta mesma época, iniciaram-se a elaboração e a publicação das Leis Orgânicas (LO) singulares à educação brasileira, porém permanecia o caráter fragmentador da educação. A LO Rivadávia Correia organizou o ensino fundamental, reorganizou o ensino secundário e incitou a criação de novas faculdades em cidades com mais de cem mil habitantes, originando a Universidade Estadual do Paraná (Lei Estadual n.º 12) e a Faculdade de Medicina Federal do Paraná (1912). No mesmo ano, no Rio de Janeiro, é criada a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (quinta EM), atualmente Faculdade de Medicina da UNIRIO.

Sob o Decreto n.º 2.344, de 31 de janeiro de 1913, na província de São Paulo, criou-se a sexta EM brasileira, a pioneira com vinculação jurídica estadual. No âmbito político

internacional, aconteciam a guerra na Europa (1ª Guerra Mundial, de 1914 a 1918) e a Revolução na Rússia (1917), impactando todo o mundo.

A Lei Carlos Maximiliano (1915) acarretou novas orientações na organização do ensino médico brasileiro. A cidade do Rio de Janeiro vivenciava um surto de casos de influenza, que, mais tarde, foi identificada como a epidemia denominada ‘gripe espanhola’, matando em todo mundo mais de 20 milhões de pessoas.

Acontecia em São Paulo, a Greve Geral dos Trabalhadores, de 12 a 15 de julho de 1917. A educação nacional passou por expressiva expansão nesta época. Houve um aumento numérico das escolas privadas e as de natureza religiosa. O Decreto n.º 11.530/15 reorganiza o ensino secundário e o superior na República, garante equivalência aos estabelecimentos de ensino público e privado e conferindo aos estabelecimentos privados de ensino a legitimidade de diplomar seus alunos. Surge a sétima EM no estado de Minas Gerais (1918), a oitava EM no Pará (1919), ambas de vinculação federal. A EM do Pará é a primeira da região Norte. Em seguida (1920), na cidade de Recife, passou a existir a nona EM brasileira e a segunda da região Nordeste.

A Reforma Rocha Vaz (1925) torna os currículos seriados, estabelece programas oficiais e restabelece bancas consulentes para o ensino privado. Acontece, também, a revisão do ensino secundário e superior, “fatos que representaram um acordo entre a União e os estados para a criação de universidades estaduais e transformou o Conselho Superior de Ensino (Decreto n.º 8.659/11) no Conselho Nacional de Educação”. (AMARAL, 2007, p. 56). A Faculdade de Medicina de Niterói é instituída em 1926, tornando-se a décima EM.

O Brasil fez o total de dez EM, assim distribuídas por regiões: Norte: 1 escola (PA); Nordeste: 2 escolas (1-BA e 1-PE); Sul: 2 escolas (1-PR e 1-RS) e Sudeste: 5 escolas (3-RJ, 1-SP e 1-MG), constatando uma ascendência em cinquenta por cento de EM na região Sudeste.

O primeiro Inquérito (1926) sobre o Ensino Brasileiro foi organizado pelo educador Fernando Azevedo e pelo jornal O Estado de São Paulo, o segundo Inquérito (1928) sobre o Ensino Brasileiro foi organizado pela Associação Brasileira de Educação (ABE) assinalando, na época, preocupações com a qualidade do ensino brasileiro. A França, a Itália, a Alemanha e a Rússia também passam por importantes reformulações nos seus sistemas educacionais.

## **2.2 De 1930 a 1949 (Do fim da época republicana ao Estado Novo)**



Uma situação que mereceu destaque foi a crise econômica mundial, conhecida como A Grande Depressão em 1929, afetando o Brasil em seus diversos segmentos. O segmento agrário estava envolvido em disputas internas provocando insatisfações políticas, sociais e econômicas, desestabilizando as áreas urbanas, incitando o aumento dos movimentos sociais que antecederam a Revolução de 1930. Nesta época, sobre a educação médica, ficou evidenciada a importância de se relacionar os segmentos da formação (EM), a organização do trabalho médico, a profissão e o sistema de saúde vigente. As políticas públicas de educação, a autonomia, a gestão das academias de ensino médico tiveram um aumento significativo.

Acontecia no Brasil, no início do século XX, o aparecimento das primeiras escolas livres de ensino superior que eram sustentadas pelos poderes locais. O Decreto n.º 19.851, de 11 de abril de 1931, determinou que o ensino superior, de preferência, deveria obedecer ao sistema universitário, podendo ainda ser ministrado em institutos isolados regendo-se pelo Estatuto das Universidades Brasileiras. O Decreto n.º 19.852, de 11 de abril de 1931, unifica os cursos isolados em unidade universitária, constituindo a Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Amaral chama a atenção para o tipo de perfil de universidade que se estava criando na época,

[...] a reforma Francisco Campos consagrou a ideia de universidade e deu forma a essas instituições com a aplicação, a partir de 1931, do Estatuto das Universidades Brasileiras, como parte da reforma do ensino superior, o que significou o reforço de um tipo de educação elitizante e centralizadora, consoante com as ambiguidades do momento histórico. (AMARAL, 2007, p. 59).

Em 1930, criou-se o Ministério dos Negócios da Educação e da Saúde Pública (MNESP) e em 1932, regulamentaram-se as profissões liberais. A Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, reorganiza o MNESP e este passa a ser oficialmente o responsável por convocar a Conferência Nacional de Educação (CNE).

A Sociedade Civil Escola Paulista de Medicina é fundada em 1933, por um grupo de professores, instituindo a 11ª EM de interesse público, sendo federalizada em 1956. Na cidade do Rio de Janeiro, na época Distrito Federal, Rolando Monteiro com mais outros professores constituíram uma Sociedade Anônima, dando origem, em 1936, à Faculdade de Ciências Médicas, tornando-se a 12ª EM atual Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Em meados de 1948, iniciaram-se as primeiras discussões, precursoras da primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Em 12 de maio de 1948, é fundada a 13ª EM, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

**Quadro 1** – Primeiras escolas médicas criadas no Brasil, de 1808 a 1948.

| Ano de Criação | Nome  | Federação         | Vínculo Jurídico |
|----------------|---|-------------------|------------------|
| 1808           | Universidade Federal da Bahia                   | Bahia             | Federal          |
| 1808           | Universidade Federal do Rio de Janeiro          | Rio de Janeiro    | Federal          |
| 1898           | Universidade Federal do Rio Grande do Sul       | Rio Grande do Sul | Federal          |
| 1912           | Universidade Federal do Paraná                  | Paraná            | Federal          |
| 1912           | Escola de Medicina de Cirurgia (UNIRIO)         | Rio de Janeiro    | Federal          |
| 1913           | Universidade de São Paulo                       | São Paulo         | Estadual         |
| 1918           | Universidade Federal de Minas Gerais            | Minas Gerais      | Federal          |
| 1919           | Universidade Federal do Pará                    | Pará              | Federal          |
| 1920           | Universidade Federal do Pernambuco              | Pernambuco        | Federal          |
| 1926           | Universidade Federal de Fluminense (UFF)        | Rio de Janeiro    | Federal          |
| 1933           | Universidade Federal de São Paulo               | São Paulo         | Federal          |
| 1936           | Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) | Rio de Janeiro    | Estadual         |
| 1948           | Universidade Federal do Ceará                   | Ceará             | Federal          |

**Fonte:** Elaborado pela autora com base em quadro do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Do total de 13 EM fundadas até 1948, percebe-se a predominância de escolas públicas, sendo 11 federais e duas (2) estaduais e todas se concentravam nas capitais dos estados. A região Sudeste possui sete EM, perfazendo 53,84% do total das EM, caracterizando-se como a região de maior número de escolas e a única que possui vínculo jurídico estadual. Desde a chegada de D. João VI no Brasil e a criação das duas primeiras EM, transcorreram-se 90 anos para criar a terceira EM, e em 50 anos, foram fundadas mais 11 EM.

### 2.3 De 1950 a 1980 (O Estado militar)

Nesse intervalo, houve melhoras nos serviços sanitários, principalmente na zona rural. Utilizando-se de inseticidas de ação residual, a malária foi eliminada em 11 estados, na Baixada Fluminense e na bacia do rio São Francisco. Em 1948, no Rio de Janeiro, findava a obra de construção do Hospital dos Servidores do Estado (HSE).

O Governo investiu na educação, criando 16.000 novos cursos de alfabetização de adultos para a população de zona rural. No ensino superior, foi investido em edificações, construindo-se hospitais e cidades universitárias para abrigar os alunos e ampliar os campos de práticas, no que se refere à educação médica. Enquanto isso, na economia vigorava o primeiro plano econômico do País, o Plano Salte e os ministérios (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia) se juntaram para melhorar as condições da população brasileira.

Um marco, na década de 1950, importante para a educação médica foi a publicação do livro de Edward Bridge, intitulado *Pedagogia Médica*. Amaral (2007, p. 67) expõe que “propagou-se a necessidade de se estabelecer um diálogo permanente entre a arte de educar e

a de ensinar, o que trouxe, portanto, novos elementos à discussão da educação médica mundial”. Essa obra impactou o ensino médico nos Estados Unidos, havendo um processo de avaliação no ensino denominado de Mensuração com Referência a Critério.

No Brasil, a partir de 1950, segundo Gonçalves e Benevides-Pereira, alguns fatos contribuíram para debater possíveis mudanças no ensino médico:

a) a criação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (Capes) e do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) para melhorar o ensino superior e incentivar a pesquisa; b) a atuação das Fundações Rockfeller e Kellog em apoio a projetos na área da saúde; c) a incorporação de conceitos como medicina integral, preventiva, comunitária e, posteriormente, medicina da família – movimentos ou propostas que pleiteavam reorganizar o ensino médico brasileiro, inclusive discutindo sobre o profissional que a escola deveria formar. (GONÇALVES; BENEVIDES-PEREIRA, 2009, p. 484).

Engendrada pela Federação Mundial de Educação Médica (*World Medical Education Federation* - WFME), em Londres no ano de 1953, aconteceu a 1ª Conferência Mundial de Educação Médica, que recomendava a criação de alianças nacionais e regionais de educação médica e propunha a ideia dos currículos mínimos, como sendo a mais adequada forma de acreditação das escolas de medicina. Aconteciam, espalhados na América Latina (1951-Lima/Peru; 1955-Viña del Mar/Chile; 1957-México e 1961-Bahia/Brasil), vários eventos, dentre eles congressos, seminários e conferências. Estes eventos e o Movimento pela Formação do Médico de Família, nos Estados Unidos da América e no Canadá arremataram o contexto da mudança do ensino médico e dos modelos de atenção em saúde.

O governo Juscelino Kubitschek (1956 a 1961) insere o País no desenvolvimento por meio do poder público e dá início à construção de Brasília, futura sede do Distrito Federal. Em 1952, representantes de todas as faculdades de medicina do país reúnem-se em Ribeirão Preto, discutem e apresentam inúmeras sugestões da categoria médica e de professores de medicina para o Governo da época. A Associação Médica Brasileira (AMB), em 1956, ano de fundação da 24ª faculdade de medicina, é convidada para avaliar a qualidade e os objetivos do ensino médico no Brasil. Vislumbra-se aí, a primeira investida de incluir, na agenda do Ministério da Educação, a importância de se avaliar as escolas médicas.

Acontece a fundação, em 1956, da Faculdade Federal do Rio Grande do Norte. Nesta época, das 24 EM que existiam, 19 estavam localizadas em capitais, apenas cinco localizavam-se no interior, nos estados de Minas Gerais, São Paulo e Rio Grande do Sul. O setor privado institui três EM, sendo elas por sequência de fundação: a primeira, Pontifícia

Universidade Católica (PUC/SP); a segunda em Belo Horizonte e a terceira, a Escola Baiana de Medicina, em Salvador; sendo uma no interior e duas em capitais.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada pela ONU em 1948, externava o direito à instrução gratuita e obrigatória nos graus elementar e fundamental, sendo a instrução elementar obrigatória e a instrução superior fundamentada no mérito. Em 1952, a Associação Americana de Escolas de Medicina (AAMC) realiza uma conferência em que discute a qualidade do ensino médico, dando ênfase ao processo curricular da graduação, propondo o currículo mínimo como forma de credenciamento de ‘novas’ escolas de medicina. No ano subsequente, na França, acontece a 1ª Conferência Mundial de Educação Médica, proporcionada pela WFME propagando a ideia da AAMC.

O Brasil estava, nos anos de 1960, vivenciando um momento político conturbado, no qual acontecia a renúncia de Jânio Quadros e a posse de João Goulart, havendo a sanção e a promulgação da primeira LDB, Lei n.º 4.024, em 20 de dezembro de 1961, que fixava as diretrizes e bases da educação nacional. Porém, a educação brasileira ainda não havia resolvido os problemas e, especificamente, o ensino médico, prosseguia fora das agendas das políticas sociais.

A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) foi fundada em 1962 na Universidade Federal de Minas Gerais. “É sociedade civil de âmbito nacional com personalidade jurídica própria, de duração ilimitada, considerada de utilidade pública pelo Decreto nº 64.571/69, da Presidência da República”. (ABEM, 2017). Organiza as reuniões anuais para discussão de temas relevantes para o ensino e para a profissão. Com o nome de Reuniões Anuais, foram realizadas de 1963 a 1975. Após esse período, passaram a ser denominadas Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM) e tiveram 12 objetivos fixados em seu estatuto direcionados ao ensino, aprimoramento e aperfeiçoamento da educação médica, de acordo com as necessidades médicas do Brasil. Os objetivos de números dois, quatro e cinco estão diretamente relacionados a algumas características descritas nas DCNs:

2. aperfeiçoamento dos métodos de ensino nas instituições de ensino médico, compreendendo desde o processo de ingresso e avaliação do ensino-aprendizagem, até o estudo e o aperfeiçoamento das teorias de educação médica; [...]
4. aperfeiçoamento contínuo do pessoal docente das Faculdades e Escolas de Medicina e de Saúde Pública, inclusive pela promoção do intercâmbio entre educadores médicos nacionais e estrangeiros;

5. contribuição para a educação continuada dos profissionais da área da saúde, por um processo de interação permanente, que realmente os programas curriculares para adequá-los às necessidades brasileiras. (ABEM, 2017).

A ABEM salienta, por meio dos seus objetivos, preocupação com o ensino médico enquanto teoria, ‘aperfeiçoamento’ contínuo dos docentes e dos profissionais atuantes, objetivos esses correlacionados às necessidades epidemiológicas da época, determinando o tipo de currículo a ser implementado.

Na década de 1960, ocorre o primeiro Plano Decenal de Saúde (1963), definido no Uruguai, em reunião de Ministros da Saúde das Américas, na qual se verificou que existia um número insuficiente de médicos na América Latina, incentivando o estudo e o planejamento em recursos humanos para a saúde e que contribuiu para a aceleração e expansão no número de EM, nas décadas de 1960 e 1970. Contabilizaram-se, em 1963, 37 EM, sendo 31 públicas e seis particulares, constatando-se ainda que o ensino público era majoritário. Nas capitais dos estados, havia 22 EM públicas e três privadas. No interior, havia nove EM públicas e três privadas. Em 1964, pela primeira vez, a região Nordeste ultrapassa a Sudeste em número de EM públicas nas capitais.

No Brasil, acontecia então a 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1963, às vésperas do golpe militar, que propunha modificações sólidas na estrutura sanitária e atreladas às diferenças regionais do País, que firmava pela primeira vez, uma Política Nacional de Saúde capaz de responder às reais necessidades do povo brasileiro e a custos toleráveis pela Nação. Devido ao golpe militar, as ações extraídas na 3ª CNS não foram divulgadas à época.

Sob o lema Educar com Segurança, o governo militar organizou em 1966, junto com as Universidades do Estado da Guanabara e a Escola de Comando e Estado Maior do Exército, o 1º Seminário de Educação e Segurança Nacional, produzindo mudanças extremadas nas universidades brasileiras, mediante portarias, decretos, atos institucionais e leis. A intenção era a de restringir o pensamento dos cidadãos, controlar as manifestações e, especialmente, centralizar a gestão da educação brasileira nas mãos dos militares. Em 1967, a União Nacional dos Estudantes foi proibida de funcionar.

Um evento importante na saúde estava acontecendo na África do Sul em 1967, o primeiro transplante cardíaco do mundo era realizado pelo médico Christian Barnard, e em 1968, no Brasil, esse mesmo feito, foi realizado pelo cardiologista Euryclides de Jesus Zerbini (‘professor Zerbini’).

“A demanda social por mais vagas ou pela expansão do ensino superior foi expressa nos movimentos dos excedentes dos vestibulares. Esta questão foi reconhecida pela Junta

Militar, encerrando o ano de 1968 com o Decreto n.º 405/68, que aumentou matrículas no ensino superior”. (AMARAL, 2007, p. 82). Foi necessário, mais uma vez, controlar o movimento estudantil e percebe-se a centralização do comando no setor ministerial.

A Lei n.º 5.540, de 28 de novembro de 1968, foi se estabelecendo antes do Regime Militar. Instigada por reivindicações de estudantes e professores solicitando melhorias na organização e no funcionamento das universidades. Junto à sociedade dotada de notoriedade, boa remuneração e com poder, não havia vagas nos cursos de medicina, direito e engenharia para todos vestibulandos. Decorrente a falta de vagas nas universidades já existentes, foi ampliado o número de IES privadas e o incremento das instituições de pequeno porte.

Para toda lei, existe um legado. Barbosa e Lopes (2009, p. 12-13) apontam o ônus e o bônus na respectiva ordem para a Lei 5.548/68.

[...] quase tudo que a Lei 5.540/68 determinou já fazia parte de um desejo de Reforma Universitária que não aconteceu com a Lei 4.024/61 porque as elites políticas e intelectuais conservadoras não estavam preocupadas por democratizar a educação, principalmente o ensino superior nesse País [...], um legado repulsivo que a Ditadura Militar deixou para todos, em prejuízo de todos, foi a tendência à privatização do ensino público, e em particular da educação superior.

A Lei n.º 5.540/68 fixou as normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola médica, ficou conhecida como a Lei da Reforma Universitária, ocupou-se dos interesses das organizações internacionais (USAID - *United States Agency for International Development*) e do Estado autoritário, representado pelo MEC, para ampliar o ensino superior. A Reforma Universitária instituiu o fim das cátedras, criou os departamentos preconizando a organização curricular em ciclos, para amenizar o fracionamento da grade curricular.

O ensino médico no Brasil determinou que o ciclo básico, em boa parte das EM, firmasse-se de forma individualizada, causando divisão entre as disciplinas ministradas naquele presente momento e as dos anos vindouros. Os conteúdos eram ensinados sem haver interligação durante o curso de medicina. (GONÇALVES; BENEVIDES-PEREIRA, 2009). Amparado pela Organização Pan-americana de Saúde (Opas) houve incentivos para o aperfeiçoamento de disciplinas básicas, inserção dos conhecimentos e criação de departamentos em medicina preventiva e social e a institucionalização dos hospitais-escolas. Eventos que aconteceram em Viña del Mar (Chile-1955) e Tehuacán (México-1956)

colaboraram para divulgação sobre a prevenção e incentivaram a criação da Biblioteca Regional de Medicina (Bireme).

Pode-se inferir a fragilidade do setor saúde nos estados brasileiros, principalmente, no que diz respeito às cidades interioranas. Decorrente da fraqueza da política nacional de saúde para a subvenção, as instituições privadas do setor saúde estavam dispostas a se deslocarem para o interior e a privatizarem as EM do País, o que se confirmou, de fato, nas próximas décadas. (AMARAL, 2007).

De 1964 até o fim do ano de 1967, foram instituídas 11 EM, totalizando a 48ª EM e despontando a primeira EM com vínculo municipal, na cidade de Taubaté/São Paulo. Essa expansão se deu sob o aspecto de descentralização das universidades para faculdades isoladas, prevalentemente privadas, solidificando amigavelmente o Estado, então arbitrário, com a privatização do ensino médico. Na região Centro-oeste, no Distrito Federal em 1962, foi criada a Universidade de Brasília – UnB. A região Norte, em 1965, cria sua segunda EM pública, a Universidade Federal do Amazonas, iniciando o ensino federal no estado do Amazonas. As regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste mantinham-se sem EM no interior, em contrapartida houve intensificação das EM no interior das regiões Sudeste e Sul. Das 48 EM, 29 encontravam-se nas capitais e 19 no interior.

Em 1971, o então ministro da Educação e Cultura, Jarbas Passarinho, instituiu a Comissão de Ensino Médico (CEM), responsável por analisar a situação das EM no Brasil e apresentar soluções para os problemas identificados. A CEM elaborou três relatórios: ‘A Expansão da Rede Escolar’ que verificou o crescimento do número de EM e a condição precária em que algumas se encontravam; ‘Ensino Médico e Instituições de Ensino’, primeiro texto que tratou sobre a necessidade de articular ensino e serviço e ‘Internato e Residência’, que dissertou sobre a necessidade de estudar e organizar o ensino no internato e na residência médica.

A CEM percorreu até 1976, 75 das 76 EM do seu efetivo na época, realizando entrevistas previamente estruturadas a docentes, discentes e dirigentes das EM e, no final, elaborou um relatório sobre a amplificação do número de escolas médicas e o ensino médico. O governo de João Goulart escolheu focar na reorganização do MEC e definir os critérios para nomeação dos reitores das IES federais. A ABEM e a CEM, em 1966, compartilhavam das mesmas opiniões e em outro momento (1980 e 1981), divergiram opiniões, sempre referente aos temas ampliação do número de vagas e de escolas médicas e a qualidade do ensino médico. (AMARAL, 2007).

De 1965 a 1976 foram instituídas 39 novas EM; destas, 27 localizavam-se no interior e 12 nas capitais. Por região, aconteceu o seguinte: a região Sudeste desponta em crescimento quantitativo; as EM foram abertas em todos os estados que compõem a região Centro-oeste, sendo uma EM federal no Mato Grosso e uma EM federal no Mato Grosso do Sul; na região Nordeste em Campina Grande/PB aconteceu a federalização da faculdade e deu-se início à implantação de EM no interior; criaram-se quatro EM no interior da região Sul e na região Norte surge a primeira EM de vínculo jurídico estadual, a Escola Estadual do Belém do Pará. Durante toda a década de 1970, a ABEM, nos temas de suas reuniões e congressos, suscita questionamentos sobre a formação curricular nas EM da referida época. (AMARAL, 2007).

Sobre as reais necessidades de alteração no currículo, percebia-se tensão entre as entidades de classes, dirigentes de EM e as associações das faculdades de medicina. Sob ascendência da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978), em Alma-Ata (localizada na atual República do Cazaquistão), foram priorizados a promoção integral da saúde, o modelo de atenção em saúde pública e a formação de médicos provenientes de diversas nações. No item VI da Declaração de Alma-Ata (1978), os cuidados primários de saúde são assim caracterizados:

Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, p. 1).

Na Declaração de Alma-Ata, é possível constatar certa preocupação com a promoção integral da saúde, que antes ainda não era percebida, formando médicos voltados para os cuidados primários. Aqui no Brasil, houve discussões entre algumas instituições de classe tentando afinar o ensino com a saúde, mas manteve-se a formação fragmentada, focada na cura (doença) e reabilitação, investindo-se muito pouco no ensino da promoção e proteção à saúde.

Criaram-se algumas instituições que guiaram as discussões nos eventos da ABEM. Foram elas: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS (1974); Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS (1976); Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS (1977); regulamentação da



Residência Médica (1977) e a Reunião Mundial de 20 Escolas Médicas, patrocinada pela OMS (Ottawa/Canadá, 1979).

Com a expansão do REME nas eleições do SinMed/RJ (1978), a regulamentação da Residência Médica, os desdobramentos da 7ª Conferência Nacional de Saúde (1979), a implantação do PREVSAÚDE, as greves nacionais dos médicos residentes (1978-1979) e dos médicos do Rio de Janeiro (1981), iniciava-se a década de importantes movimentos reivindicatórios no setor saúde. (AMARAL, 2007, p. 88).

Até 1980, alguns aspectos marcam a distribuição das EM nas regiões brasileiras. A região Norte é a que concentra o menor número de EM, todas nas capitais. Na região Centro-oeste todas as EM são federais e distribuídas nos quatro estados. A região Sul equipara as EM públicas e privadas no interior e nas capitais, perfazendo um total de 14 EM. Das 13 EM da região Nordeste, 12 localizam-se nas capitais e a única EM no interior é de vínculo federal. No estado da Bahia, encontra-se uma única EM privada. E na região Sudeste, há um equilíbrio quanto ao vínculo jurídico (públicas e privadas), detendo 42 EM; à época, existiam 14 EM nas capitais e 28 nas cidades do interior dos estados.

#### **2.4 De 1981 a 1996 (A retomada do Estado de Direito)**

A Opas definiu o programa de Integração Docente Assistencial (IDA), implantado nos anos 1980, aqui, no Brasil, elegendo a atenção primária em saúde, tendo como meta “saúde para todos no ano 2000”. Para que isso acontecesse, era necessário articular as instituições de ensino e o sistema de saúde, estabelecendo mudanças no currículo das EM e de outros cursos da área da saúde. Uma particularidade é a integração do hospital universitário com o sistema de saúde possibilitando a ampliação do campo de prática. Gonçalves e Benevides-Pereira (2009, p. 485) afirmam que “[...] os programas de IDA, embora reconhecidos como de valor inestimável para as EM e para o sistema de saúde, não foram praticados em sua plenitude, e as mudanças resultantes de sua implantação foram sutis”, embora não apresentem os motivos para tal.

Em 1979, o mundo vivenciou uma nova crise econômica, resultante do segundo choque do petróleo. No Brasil, passava-se pela inflação elevada, transição de governo (Geisel para Figueiredo) e início da crise previdenciária (1981 a 1983) que imputou ao setor saúde a culpa pelo desequilíbrio financeiro na Previdência. No período de 1981 a 1996, foram

instituídas apenas sete novas EM no Brasil. Fato este que chama atenção para o baixo número de EM implantadas neste período.

A rede de assistência em saúde, na época, constituía-se de 81% de iniciativa privada. A agenda da reforma sanitária se ocupou em discutir a expansão ao acesso à assistência médica pública e o acúmulo de capital privado. Após um ano de implantação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PrevSaúde), que havia sido proposto pela 7ª CNS (1980), a assistência médica persevera sendo curativista, especializada, excludente e sem alterações significantes no perfil de morbimortalidade ante as doenças evitáveis. No setor da previdência, o Conselho Nacional de Saúde e o Conselho Nacional de Assistência Social Previdenciária (CONASP) almejavam reorganizar a assistência médica, realocar recursos e controlar os gastos.

A ABEM, em seus congressos dos anos de 1980, 1981 e 1982, conciliou sua agenda com a da avaliação das EM. Sob a luz do Decreto n.º 8.600, de 13 de maio de 1981, no COBEM de 1982, o alvo das discussões era as 76 EM existentes. Afinal, o Decreto impedia a abertura de novas escolas até o final do ano de 1981. Aconteciam eventos no Brasil, para se discutir a relevância dos recursos humanos na implantação de um novo modelo de atenção em saúde.

Em 1983, foi estabelecido o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) sem articulação com o MEC e sem verificar se a formação dos profissionais da área da saúde era fator decisivo. O MEC, em 1983, promove o Programa de Avaliação da Reforma Universitária (PARU) que um ano depois foi desativado em decorrência de disputas internas sobre a quem competia realizar a avaliação da Reforma Universitária. Em meio à reorganização da UNE, Conferências Brasileiras de Educação (1982 e 1984), desponta a Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior (ANDES) que propunha a gratuidade e o aumento do ensino público, autonomia com funcionamento democrático da universidade, subsidiada pelos colegiados e eleição para cargos de direção.

No governo Figueiredo (1979 a 1985), foram estabelecidos critérios para análise social, visando que o Conselho Federal de Educação (CFE) e o MEC analisassem as propostas do número de vagas iniciais nos vestibulares e criação de novos cursos. Com a aproximação das EM com o INAMPS, em 1986, por interesse em firmar convênio para o financiamento dos Hospitais Universitários (HU), fortaleceu-se ainda mais o perfil curativista/hospitalocêntrico do ensino médico. Mais espaços sociais para discussão do ensino médico e graduação são criados, como a Diretoria Executiva dos Estudantes de Medicina

(DENEM) e o Grupo Executivo para a Reformulação da Educação Superior (GERES), em 1986.

A 8ª CNS (1986) despertou, em vários segmentos da sociedade, a conscientização para se discutir um novo modelo de assistência em saúde. Após quase 45 anos (da primeira conferência em 1941 a sétima em 1980), conseguiu-se realizar uma conferência, realmente popular. Reuniram-se vários segmentos da sociedade como: estudantes, profissionais da saúde, movimentos populares de saúde, sindicatos, entre outros, direta ou indiretamente vinculados à saúde. Dessa força foi incitada a reforma sanitária, consolidando o Sistema Único de Saúde (SUS), legitimado com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Conforme Luz (2000, p. 302) “a intensa movimentação da sociedade civil teve um papel muito importante para a aceitação, na política oficial [...]”. À Federação, coube o papel de gestora, coordenadora e controladora, também, com o setor privado. Aos estados e municípios, competiam a execução, a gestão dos serviços de saúde e o controle dos convênios públicos e privados.

A Comissão de Planejamento da Federação Mundial de Educação Médica (Edimburgo/1988) recomendou às EM que se formassem profissionais voltados para a realidade da população, e expôs algumas questões a serem discutidas: priorizar e elaborar estratégias educacionais, recursos necessários às EM, políticas educacionais para admissão à medicina, continuidade na formação e articulação entre ensino e serviço de saúde.

A ABEM, em 1989, preocupada com o ensino médico, no sentido de sintonizar as agendas dos setores saúde e educação faz propostas.

[...] evitar a fragmentação do currículo; promover a integração das disciplinas e a articulação dos ciclos básico e profissional; diversificar os ambientes de práticas de ensino. Recomendava a integração com a comunidade, a experiência prática precoce dos alunos nos serviços de saúde de complexidade crescente, supervisionada por docentes, além da utilização de outros cenários de prática. (GONÇALVES; BENEVIDES-PEREIRA, 2009, p.485).

Até 1990, o Brasil possuía 81 EM, sendo 46 públicas e 35 privadas, localizadas igualmente nas capitais e no interior do País. No período do governo Collor (1990 a 1992), não foi instituída nenhuma nova EM. A Câmara Técnica de Atuação Para Área da Saúde (CT – APAS) apresentou preocupação com a expansão e qualidade dos 14 cursos da área da saúde e julgou que era de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) auxiliar os órgãos responsáveis pela capacitação profissional, instrução e aventar melhorias no ensino em todos os níveis educacionais.

Duas leis (Lei n.º 8.142/90 e a Lei n.º 8.080/90) foram sancionadas, descrevendo aspectos importantes para o novo sistema de saúde brasileiro: participação da comunidade na gestão do SUS e as normatizações das formas de atuação em saúde e organização dos serviços de saúde, respectivamente. Amaral (2007, p. 109-110) diz que, vigorando essa legislação, o ensino médico no Brasil “iniciaria uma nova fase de integração das agendas do MS e do MEC, reivindicadas por educadores que sempre tiveram o entendimento de que a interface entre a saúde e a educação é inquestionável”.

Participaram da criação, em 1991, da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) 11 entidades nacionais de classe, propondo o ‘exame de ordem’ antes de iniciar a prática médica. Tendo em vista a transformação do ensino médico, propunha, ao longo do processo de formação, avaliar desde a estrutura física, corpo docente, projeto pedagógico e os discentes. Nesse projeto, foram amplamente discutidas as mudanças que a educação médica deveria seguir, tanto em número como em formação e experiência.

Segundo González e Almeida (2010), as principais mudanças são: suplantando a visão fragmentada, tecnicista e especializada durante a formação, o modelo de ‘ensino bancário’, para uma visão global de saúde e de ensino, na qual o aluno é o protagonista do processo ensino-aprendizagem com foco na complexa realidade do cidadão (determinantes sociais da saúde).

Com a inflação brasileira beirando os 6.000%, durante o governo de Itamar Franco, foi implantada apenas uma EM. No final da década de 1994, existiam 81 EM e o ensino médico nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste era privativo das capitais em 187 anos de permanência. Na região Sudeste, até 1996, não houve mudanças no número de EM nas capitais, registraram-se EM novas nas cidades interioranas, sendo a maioria de vínculo jurídico privado.

As Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1993 e 1996, no enfoque administrativo, sugeriram a esfera das práticas (estágios) dos alunos ao longo do processo de implantação do SUS. As NOB apregoavam as diversidades locorregionais brasileiras e a parceria dos gestores nas três instâncias de governo, porém não instituíram normas sobre o andamento da formação de médicos ou quanto às instituições formadoras.

A NOB 96, como instrumento de regulação, instituiu a descentralização do SUS e amplia o controle social nas esferas de governo. A Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) elabora documento que contempla os princípios e diretrizes para uma NOB de recursos humanos para o SUS, persuadida pelo Programa de Agentes Comunitários de

Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF). A NOB de recursos humanos para o SUS foi aprovada em 27 de fevereiro de 2002, considerando cuidados referentes às necessidades de modificações do ensino médico no Brasil.

No governo de Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2002) e no último ano de vigência da LDB 4.024/61, foram criadas cinco novas EM. Segue, na Tabela 1, a descrição da organização acadêmica, vinculação jurídica, localização geográfica e número de vagas. De 41 EM nas capitais, sete eram faculdades, 34 universidades e não havia nenhum centro universitário. De 40 EM no interior, dez eram faculdades, 27 universidades e três centros universitários. Em 1995, foram disponibilizadas 8.850 vagas para todo o País, sendo 4.982 (56,29%) vagas nas capitais e 3.868 (43,71%) vagas no interior.

Em 1996, o País possuía 84 EM, sendo 51 escolas públicas e 33 privadas. As escolas públicas ofertaram 5.077 vagas (55,80%) e 4.022 vagas (44,20%) eram oferecidas pelas privadas. Existiam 40 EM nas capitais e 44 no interior do Brasil.

**Tabela 1** – Escolas Médicas por região geográfica e vínculo jurídico até 1996.

|                     | Brasil    |           | Total     | Capital   |           | Interior  |           | Total     |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                     | Públicas  | Privadas  |           | Públicas  | Privadas  | Públicas  | Privadas  |           |
| Região Norte        | 04        | -         | 04        | 04        | -         | -         | -         | 04        |
| Região Nordeste     | 12        | 01        | 13        | 11        | 01        | 01        | -         | 13        |
| Região Centro-oeste | 04        | -         | 04        | 04        | -         | -         | -         | 04        |
| Região Sudeste      | 20        | 25        | 45        | 08        | 06        | 12        | 19        | 45        |
| Região Sul          | 11        | 07        | 18        | 04        | 03        | 07        | 04        | 18        |
| <b>Total</b>        | <b>51</b> | <b>33</b> | <b>84</b> | <b>31</b> | <b>10</b> | <b>20</b> | <b>23</b> | <b>84</b> |

**Fonte:** Elaborado pela autora com base em quadro do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Após a LDB 4.024/61, advém a Lei n.º 5.540/68, posteriormente alterada pela Lei n.º 9.131/95 e sequencialmente pela Lei n.º 9.394/96. Nesse mesmo ano, foram emitidas várias portarias, decretos, medidas provisórias e leis setoriais na área da educação, enquanto aguardavam-se a aprovação e a promulgação da Lei n.º 9.394/96, nova LDB do ensino superior.

A LDB 9.394/96 reafirma o direito à educação, garantido pela Constituição Federal, firma os princípios da educação e os deveres do Estado (educação pública), define responsabilidades, em regime de cooperação entre as esferas de governo federal, estadual e municipal e divide a educação brasileira em dois níveis: a educação básica e o ensino superior. Estabelece algumas modalidades de ensino: educação especial, educação a distância,

educação profissional e tecnológica, educação de jovens e adultos e educação indígena. Afora esses preceitos, discorre sobre os recursos financeiros e a formação dos professores.

Para falar na LDB, tem-se que considerar o contexto histórico. Marchelli afirma que:

[...] é possível considerar as LDB da Educação Nacional e a sua legislação complementar como fontes primárias de análise, levando-se em conta que a palavra “base” subentende o currículo, de onde se a expressão que dá nome ao preceito legal máximo do sistema educacional brasileiro fosse escrita de uma forma explícita para livrá-la de supostas ambiguidades ter-se-ia: Lei das Diretrizes Legais e Bases Curriculares da Educação Nacional. (MARCHELLI, 2014, p. 1482).

A LDB 9.394/96 assegura, em seu texto, deliberações diversas: sobre reconhecimento e habilitações de cursos; sobre autorização, credenciamento e credenciamento periódico de IES; sobre estatutos das universidades e regimentos das IES e reconhecimento periódico de cursos de mestrado e doutorado, entre outras; confirmando que a educação escolar deve vincular-se à esfera do trabalho e à prática social.

A LDB 9.394/96, em seu Artigo 1º, estabelece, “a educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais”. (BRASIL, 1996).

A LDB 9.394/96 prevê, em seu Artigo 53º, que as universidades têm autonomia para estabelecer os seus currículos, desde que sejam observadas as diretrizes gerais pertinentes. Dentre elas, estão as Diretrizes Curriculares Nacionais de cada curso de graduação, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação, mais especificamente pela Câmara de Ensino Superior.

A formação de profissionais não se restringe a apenas formar profissionais capacitados para o mercado de trabalho. Essa formação deve construir cidadãos reflexivos, inseridos num contexto histórico e cultural de uma nação. Gramsci (2001) nos advertia que, “Toda a educação possui uma dimensão política”, e que desenvolver “uma nova ordem social e política implica, ao mesmo tempo, construir as bases de uma nova cultura”.

## **2.5 De 1997 a 2015 (Décadas das reformas)**

Essas décadas foram guiadas pelos seguintes governos: Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002); Luís Inácio Lula da Silva (2003-2006 e 2007-2010) e Dilma

Rousseff (2011-2014 e 2015-...). No governo de FHC, entidades de classes se uniram para barrar a proliferação do número de EM. Tinham como objetivo avaliar o ensino médico brasileiro, criar estratégias continuadas de avaliação de EM e propor critérios de curto, médio e longo prazos, com a finalidade de aumentar a credibilidade na formação de novos médicos.

O século XX encerrou-se e, com o início do próximo, houve um expressivo aumento no número de EM e, conseqüentemente, no número de vagas nos vestibulares. Amaral destaca,

[...] a perspectiva de se barrar a proliferação de EM foi um fator determinante para que entidades se articulassem com o objetivo de avaliar o ensino médico brasileiro, criar mecanismos permanentes de avaliação das EM e propor medidas de curto, médio e longo prazos, a fim de aumentar a fé pública da formação médica. (AMARAL, 2007, p. 134).

No período de 1997 a 2002, foram instituídas 42 novas EM, distribuídas da seguinte forma: 16 EM públicas, sendo seis nas capitais e dez no interior; 26 EM privadas, das quais dez nas capitais e 16 no interior do País. O número de EM no interior do País foi, praticamente dois terços, 26 (61,90%) do total das escolas, o que mostra um movimento diferente do que ocorria anteriormente. Até o ano de 2002, o total era de 126 EM no Brasil.

Mesmo havendo tentativas de mudanças do modelo assistencial para um modelo preferencialmente holístico e promotor de saúde, constata-se resistência às modificações por parte das IES. “Ali, a reprodução de modelos de práticas pretéritas muitas vezes ainda prevalece. Superar um modelo biologicista, unicausal e centrado exclusivamente no biológico é um grande desafio hodierno”. (BRASIL, 2006, p. 7).

Por força da LDB 9.394/96, em seu capítulo IV, que trata do Ensino Superior, no Artigo 53 “No exercício de sua autonomia, são asseguradas às universidades, sem prejuízo de outras, as seguintes atribuições” (BRASIL, 1996, p. 17), por meio dos seus incisos, fixa a extinção dos currículos mínimos e menciona a necessidade das novas Diretrizes Curriculares Nacionais, estabelece planos, programas e projetos de todas as instâncias (científica, artística e extensão).

Em 1997, o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Educacionais Anísio Teixeira (INEP) passou a ser uma autarquia federal, pela Lei n.º 9.448/97, e assumiu as avaliações das IES por intermédio do Exame Nacional de Curso (ENC).

Em 2003, é instituída a Secretaria de Gestão e da Educação na Saúde (Sgtes), composta dos departamentos: Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts), pela Gestão da Educação na Saúde (Deges), com as propostas de ordenar os recursos humanos, a

gestão do trabalho, a regulação das profissões, a ocupação da saúde e, essencialmente, o processo de formação dos profissionais de saúde.

Devido à desarticulação entre formação e necessidade de profissional com perfil para trabalhar no SUS, criaram-se vários programas como: Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (2001), Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para Escolas Médicas (PROMED, 2002). Nos governos do presidente Lula (2003 a 2010), foram criados o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-SAÚDE) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde, 2010). Este último tem como proposta central a integração ensino-serviço-comunidade.

Firmado pelo Decreto nº. 6.096, de 24 de abril de 2007, institui-se o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni) que se constitui como sendo uma das ações do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE). O Reuni cria novas universidades federais e implanta novos *campi* nas já existentes. Como objetivo, cria “condições para a ampliação do acesso e permanência na educação superior, no nível de graduação, para o aumento da qualidade dos cursos e pelo melhor aproveitamento da estrutura física e de recursos humanos existentes nas universidades federais [...]”. (BRASIL, 2007, p. 10).

Nos períodos do governo Lula (2003 a 2010), foram instituídas mais 52 EM, passando a existir 178 EM até o ano de 2010. O que mais chama a atenção é o número de escolas por vínculo jurídico. Foram 40 (76,92%) EM privadas e, apenas, 12 (23,07%) públicas. Das 40 EM privadas, 21 localizavam-se nas capitais e 19 no interior. Das 12 EM públicas, duas localizam-se nas capitais e dez nas cidades do interior (sendo cinco na região Sudeste, quatro na região Nordeste e uma na região Sul).

Importante destacar a criação da Lei nº. 12.871/2013, que institui o Programa Mais Médicos. Ela tem por finalidade formar médicos para trabalhar no SUS, isso faz com que aumente o número de escolas médicas e aumente o número de professores. A respectiva Lei traz, em sua redação, no Artigo 2º e seus incisos, pontos que estão atrelados à formação desses futuros profissionais.

- I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;
- II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País;
- III - promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-



serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional. (BRASIL, 2013, p.1).

Constata-se que o Governo assume a postura de impulsionar a criação dessas novas escolas para a graduação e pós-graduação (residência médica), principalmente nas regiões geográficas (norte, nordeste e centro-oeste) de menor relação de médicos por número de habitantes.

No primeiro mandato da presidente Dilma (2011 a 2014) e no segundo, até julho de 2015, o País passou a contar com 257 EM, ofertando, por ano, 23.283 vagas. Foram instituídas 79 novas EM, sendo 33 públicas, situadas, uma na capital (Salvador/BA) e 32 no interior; e 46 EM privadas, sendo 15 nas capitais e 31 no interior. A diferença entre o número de escolas privadas e públicas é de 35, o que mostra um crescimento do setor privado e da interiorização na formação médica. São 94 (36,57%) EM localizadas nas capitais brasileiras e 163 (63,43%) EM nas cidades do interior. A região Sudeste detém 42,80% das EM, seguidas pela região Nordeste, 24,12%, a Sul, 15,57%, a Centro-oeste, 8,94% e a Norte, 8,56%. Esses números mostram a disparidade na distribuição territorial das EM, haja vista o volume populacional e o número EM das regiões Centro-oeste e Norte.

**Tabela 2** – Escolas Médicas por localização, região geográfica e vínculo jurídico até julho de 2015.

|                     | Brasil     |            | Total      | Capital   |           | Interior  |           | Total      |
|---------------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
|                     | Públicas   | Privadas   |            | Públicas  | Privadas  | Públicas  | Privadas  |            |
| Região Norte        | 13         | 09         | 22         | 09        | 06        | 04        | 03        | 22         |
| Região Nordeste     | 37         | 25         | 62         | 13        | 18        | 24        | 07        | 62         |
| Região Centro-oeste | 11         | 12         | 23         | 05        | 07        | 06        | 05        | 23         |
| Região Sudeste      | 33         | 77         | 110        | 07        | 21        | 26        | 56        | 110        |
| Região Sul          | 17         | 23         | 40         | 04        | 04        | 13        | 19        | 40         |
| <b>Total</b>        | <b>111</b> | <b>146</b> | <b>257</b> | <b>38</b> | <b>56</b> | <b>73</b> | <b>90</b> | <b>257</b> |

**Fonte:** Elaborada pela autora com base em quadro do Conselho Federal de Medicina (CFM).

A partir desse breve relato histórico de EM no País, é possível compreender que, mesmo com um número expressivo de EM, com o incentivo da sua interiorização e sua expansão, tudo isso não é indício de que houve mudanças efetivas no perfil para a formação do médico.

É possível constatar que a educação médica brasileira, tema bastante complexo, apresenta muitos problemas. Um deles não é a falta de legislação que garanta os direitos e deveres dos discentes e docentes, embora estejam contemplados na LDB 9.394/96, mas sim a

falta de conhecimento deles. A questão é que muitos não (re)conhecem esses direitos, o que contribui para que não se cumpra a legislação.

Quanto ao ensino universitário, Zabalza (2007) expõe sua opinião, questionando se as “universidades” ainda permitem um conceito unitário, ou se diversificaram tanto que não pertencem mais ao mesmo grupo de instituições? O referido autor aponta fatores que podem influenciar a qualidade do ensino superior. Afirma que as universidades precisam ser analisadas em suas ‘diversas dimensões’ em um duplo espaço de referência e propõe uma estrutura de organização para análise. O espaço interno possui as categorias de: contexto institucional, os conteúdos dos cursos, os professores e os alunos. No espaço externo, as categorias são: as políticas de educação superior, os avanços da ciência, a cultura e a pesquisa e o mercado de trabalho. “Vista dessa maneira, a universidade constitui-se como um cenário complexo e multidimensional, no qual incidem e se entrecruzam influências dos mais diversos tipos”. (ZABALZA, 2007, p. 10).

Na próxima seção, vamos discorrer sobre a formação profissional docente no curso de medicina, trazendo conceitos que fundamentam a docência de forma geral e específica no curso de medicina.

### **3 FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOCENTE NO CURSO DE MEDICINA: conceitos fundantes**

Por meio de pesquisa bibliográfica, apresentaremos conceitos importantes para compor esse trabalho. Compreender conceitos estruturantes tais como os de docência no ensino superior, docência em medicina, práticas pedagógicas, saberes docentes, permitiu maior clareza para delinear as concepções de formação do médico generalista e as de práticas pedagógicas dos professores de medicina que podem conduzir a uma formação mais abrangente do médico. Nos capítulos posteriores, faremos a conexão entre os conceitos e os documentos que subsidiam a formação do profissional médico generalista.

Em 2010, fez 100 anos da publicação do ‘Relatório Flexner’, que desencadeou sérias modificações no ensino médico na América do Norte e em vários outros países industrializados. Esse Relatório consolidou a estrutura curricular vigente (12 períodos e três ciclos – básico, intermediário e internato) em boa parte das universidades brasileiras, estabelecendo cientificidade e regulamentação para a formação acadêmica. Porém esse modelo de formação vem sendo cada vez mais questionado – está ele de acordo para formar médicos que atuem nos atuais problemas de adoecimento da população brasileira?

Os currículos precisam incorporar a concepção do conceito ampliado de saúde, ressaltando algumas questões importantes como: integralidade do cuidado, acesso aos serviços, os níveis assistenciais de atenção, a escuta, as relações humanizadas, o trabalho em equipe multiprofissional, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, para se conseguir atuar com resolutividade. (GOMES; REGO, 2011).

Tanto o currículo quanto o projeto pedagógico dos cursos de medicina, há muito tempo, vêm sendo discutidos. Identificam-se constantes inquietudes com a modificação da formação médica, estimulada principalmente, pela insatisfação com a realidade do sistema de saúde e com os indicadores de adoecimento. Concordando com Costa (2007, p. 22), faz-se necessário “um profissional apto a atuar e a contribuir com a sociedade em um contexto de profundas mudanças, não somente em seu próprio campo profissional, mas também nos campos político e social”.

É necessário habilitar os alunos e espera-se que os futuros profissionais médicos saibam: trabalhar em todas as instâncias da assistência direta ao paciente (promoção, prevenção, cura e reabilitação); identificar a dimensão coletiva dos problemas; perceber o indivíduo em seu contexto social, considerando as dimensões psicossociais; e, saiba trabalhar em equipe.

Essa formação, contudo, depende, não apenas de diretrizes e aspectos legais que dispõem sobre o assunto, mas essencialmente da atuação dos professores, cujo trabalho é influenciado pelos conhecimentos que acumularam e acumulam sobre os conteúdos específicos e pedagógicos, como também pelos valores, crenças e representações que têm sobre a profissão e, conseqüentemente, sobre a formação. Sendo assim, importante fundamentar alguns aspectos ligados ao exercício docente dos professores do curso de medicina.

### **3.1 Docência no ensino superior: formação e desenvolvimento profissional**

No Brasil, o maior número de pesquisas sobre formação de professores está relacionado à formação docente para o ensino fundamental e médio. A formação do professor universitário, na LDB 9.394/96 está descrita, no Artigo 66, de forma efêmera e concisa. Pimenta, Anastasiou e Cavallet (2003, p. 273) afirmam que “a LDB não concebe a docência universitária como um processo de formação, mas sim como um processo de preparação para o magistério superior [...]”. Essa crítica é importante para identificarmos quem são nossos professores universitários. A LDB 9.394/96 exige que a universidade tenha um terço de mestres e doutores, mas isso apenas de forma cartorial, não dando importância à formação pedagógica desse professor como dimensão importante para a qualidade do ensino universitário.

O professor deve estar em contínuo processo de desenvolvimento profissional, para que consiga alcançar algumas características como: dominar os conteúdos curriculares e didáticos; discernir a capacidade de desenvolvimento dos alunos; ter organização referente aos objetivos e conteúdos ministrados; diversificar as metodologias de ensino e de avaliação conforme os objetivos da aprendizagem, lembrando-se sempre das peculiaridades dos alunos; demonstrar posturas éticas; desenvolver o pensamento autônomo dos alunos; instituir métodos de avaliação e monitoramento da compreensão dos conteúdos; trabalhar em equipe; buscar aprimorar a docência baseado na reflexão sistemática, autoavaliação e estudo; e, atualizar-se sobre as responsabilidades da sua profissão, sistema educacional e as políticas vigentes.

Ser professor universitário é possuir uma identificação que está diretamente ligada a questões sociais, econômicas, políticas, culturais, acadêmicas e epistemológicas. Para tanto, é fundamental saber quem são esses professores e o papel que eles assumem na sociedade. É imprescindível que a profissionalização docente esteja cada vez mais instituída para que aconteça o desenvolvimento por meio da reflexão e da avaliação da prática docente. Libâneo

(1998) diz que a docência está presente em toda prática social seja institucionalizada ou não, desde que seja compreendida como o processo de ensinar e aprender. A docência universitária é, entretanto, uma atividade sistemática, intencional, organizada, que se desenvolve dentro de uma instituição de ensino.

Mesmo com tantas tecnologias para serem usadas a favor da educação, o papel do professor é algo imensurável e complexo. Ele é quem suscita o aluno ao conhecimento e organiza a atividade de ensino; e, conhecimento não é informação. Segundo Pimenta, Anastasiou e Cavallet (2003, p. 269) conhecimento passa por três estágios, sendo eles: “[...] conhecimento não se reduz a informação. Este é um primeiro estágio. Conhecer implica um segundo estágio, o de trabalhar com as informações, classificando-as, analisando-as e contextualizando-as. O terceiro estágio implica a inteligência, a consciência ou a sabedoria”.

Existe uma relação sólida entre conhecimento e poder. Utilizando a inteligência, podemos vincular conhecimento de forma a ser útil e significativo, aperfeiçoando e melhorando a sociedade, determinando novas formas de vivência e humanização. Entre características importantes das quais o professor universitário deve apropriar-se estão: ser um professor reflexivo, crítico e competente no conteúdo a ser ministrado, formar-se para a docência e estimular ações investigativas. O professor deve estar continuamente desenvolvendo sua competência pedagógica e política, pois essa possibilitará ao aluno a assimilação e a contextualização do pensamento científico elaborado.

Faz-se necessário questionar sobre a docência universitária. Como tornar a docência uma profissão atrativa, como manter os melhores professores no ensino e como fazer com que os professores continuem aprimorando seus conhecimentos pedagógicos ao longo da carreira do magistério. Isso tudo está atrelado à capacidade do desenvolvimento profissional docente, definido como sendo “[...] um processo, que pode ser individual ou coletivo, mas que se deve contextualizar no local de trabalho docente – a escola – e que contribui para o desenvolvimento das suas competências profissionais através de experiências de diferente índole, tanto formais como informais”. (MARCELO GARCIA, 2009, p. 10).

O professor desempenha no dia a dia sua prática pedagógica entendida como sendo “série de ações individuais, ligadas às destrezas de pessoas concretas, sendo tais destrezas limitadas às técnicas específicas isoladas do contexto da cultura”. (PIMENTA; ANASTASIOU, 2002, p. 179). Para acontecer mudança nas práticas pedagógicas, é preciso compreender as ações dentro de um contexto com seus determinantes históricos, pois a realidade é histórica e muda constantemente, conforme as necessidades da sociedade analisada.

A sociedade, pelo menos a brasileira, tentou banalizar a profissão docente, pois ela já possui ‘ares de sacerdócio’, ou de ‘dom’, como se não fosse necessário a profissionalização. Investir no constante estudo e aperfeiçoamento valoriza e confere especificidade à profissão. Conforme Pimenta e Anastasiou (2002), Marcelo Garcia (1999), e André (2010) o que confere legitimidade à profissão docente é o conhecimento e este se justifica por meio do comprometimento em transformar este conhecimento em algo relevante como a fundamentação de outras profissões. Por isso, os professores precisam se ‘convencer’ de que é imprescindível expandir, estudar e aprimorar a sua competência profissional e pessoal.

A docência universitária é uma atividade complexa, que exige uma multiplicidade de saberes que precisam ser apropriados pelo professor e compreendidos em suas múltiplas relações, numa dimensão de totalidade. (CUNHA, 2010). Sem essa dimensão, o trabalho docente fica comprometido em suas finalidades, visando à formação de profissionais para as diversas áreas.

Segundo Pimenta e Anastasiou (2002), a prática docente institucionalizada pode historicamente ser compreendida a partir de alguns modelos. Um deles é o tradicional, no qual a finalidade do ensino é a transmissão de conhecimentos, sem, contudo, pretender mudanças nos modos de pensar e de agir. A atividade de ensino é artesanal, portanto a formação do professor ocorre na prática e a docência tem caráter de dom. O outro modelo é o técnico ou academicista, no qual o ensino visa a transmissão dos conhecimentos científicos, sem a preocupação com a prática.

O professor, nessa perspectiva, deve se munir de um arsenal de competências e de habilidades técnicas para o exercício da docência, isto é, buscar métodos e estratégias sem preocupar com as condições objetivas nas quais essa prática é exercida. No enfoque hermenêutico ou reflexivo, o ensino é concebido como uma atividade complexa, que exige considerar o conhecimento dos contextos sociais e históricos nos quais a atividade docente é exercida, além de supor o conhecimento do professor, advindo do campo específico e do pedagógico.

O professor é considerado um intelectual, que também produz conhecimento sobre a sua prática. Essa atuação requer formação “que tome o campo social da prática educativa e de ensinar como objeto de compreensão, de crítica, de proposição, que desenvolva no professor a atitude de pesquisa, como forma de aprender”. (PIMENTA; ANASTASIOU, 2002, p. 186). Isso conduz a pensar no profissionalismo do professor, cujo trabalho tem como essência o ensino, mesmo numa sociedade em que o acesso à informação foi facilitado pelas tecnologias digitais de informação e de comunicação. Nesse contexto de paradoxos e de tensões, o

professor é considerado um profissional da contradição (CHARLOT, 2009; PIMENTA; ANASTASIOU, 2002).

Essa discussão diz respeito à formação do professor de qualquer nível, mas de modo especial ao professor universitário, a quem cabe formar profissionais, não apenas capazes em suas áreas de atuação, mas comprometidos com melhores condições de vida para a população brasileira.

### **3.2 Docência em Medicina**

A docência em medicina é considerada como sendo atividade secundária à profissão médica não sendo, portanto, encarada como profissão. Em variadas discussões organizadas em diversos fóruns direcionados para as escolas médicas, elaborou-se um quadro diagnóstico sobre a docência em medicina e o mesmo não é muito promissor:

[...] um ensino moldado principalmente pelo mercado de trabalho; uma organização curricular “fechada e estanque”, conteudística, técnica, constituída por disciplinas desintegradas; metodologia de ensino centrada na transmissão; avaliação como mecanismo de pressão e cobrança. (GARCIA; SILVA, 2011, p. 60).

Isso faz com que pesquisadores como Costa (2007, 2010), Lampert *et al.* (2009), Batista (2005), Garcia e Silva (2011), que estudam a docência em medicina, concordem dizendo que: a formação desse professor é obtida na pós-graduação; é deficiente, instrumental e superficial; existe uma não-profissionalização docente; há escasso domínio de conhecimentos, comportamentos e habilidades pedagógicas; há desconhecimento da estrutura curricular, do projeto pedagógico e da relação entre as disciplinas. Essa ‘representação do perfil’ do professor de medicina precisa ser, o quanto antes, modificada, para que o processo de formação e os pressupostos que o mantêm também o sejam.

A profissionalização docente está subsidiada por ciência e constante estudo. Costa (2010, p. 2) afirma que a profissão docente é “tarefa complexa e de grande desafio social, com altas exigências intelectuais e que ensinar consiste em uma série de habilidades básicas que podem ser adquiridas e ampliadas por meio de processo consistente de formação”. Diversos estudos realizados com professores do curso de medicina apontam que a docência é atividade secundária, sendo valorizado primeiro o ‘ser médico’, formação inicial de boa parte dos professores desse curso. Tanto a docência, quanto a pesquisa e a prática técnica de qualquer profissão necessitam de capacitação específica. Ser professor universitário exige

conhecimento da área que vai ministrar conteúdo, conhecimento pedagógico e desempenho da dimensão política do ensino superior.

Em decorrência das DCN, a forma de ensinar em medicina vem se modificando, articulando teoria e prática, mediando a construção de saberes entre a saúde e a educação (COSTA, 2010). Ciências essas independentes, mas que precisam estar articuladas e ser compreendido o papel complementar que uma ciência tem com a outra. Nenhuma das ciências é melhor do que a outra, quando estamos na condição de professor universitário (formação profissional), as habilidades técnicas médicas e as habilidades da docência devem caminhar, concomitante, para viabilizar uma formação de qualidade.

A docência em medicina precisa passar por mudanças efetivas que ocasionem a atualização das concepções sobre o ensinar em medicina apoiados por criteriosas discussões. Batista (2005, p. 285) propõe que deve haver “inovações educacionais, incluindo integração disciplinar, aprendizagem baseada em problemas, currículo centrado na comunidade e currículo nuclear [...]”. E que essas propostas estejam atreladas a processos de avaliação que articulem diferentes saberes e conhecimentos na investida de designar referenciais para o desenvolvimento docente.

O professor de medicina necessita ter clareza do seu papel como sujeito do conhecimento, que se apropria de diferentes saberes: curriculares, disciplinares, didático-pedagógicos e experimentais; assim ele vai construindo ‘novos sentidos docentes’. Batista (2005, p. 287), ao defender a prática interdisciplinar, afirma que tornar “a docência universitária em saúde como prática social interdisciplinar favorece a discussão dos pressupostos que têm orientado não somente a reordenação dos serviços de saúde, mas também as políticas desenvolvidas para os profissionais de saúde”.

O processo de inserção na docência médica é um fator que influencia no processo de desenvolvimento da docência. Quem já se interessava por ensinar, acredita já possuir prévias habilidades para o fazer na docência em medicina. Porém Canuto e Batista (2009, p. 625) alertam que a experiência em si, não é o suficiente, “[...] na medida em que complexidades do processo ensino-aprendizagem em medicina exigem um aprofundamento sobre as motivações docentes e suas perspectivas de educação e prática médica”. A trajetória do docente de medicina fica evidenciada pelo autodidatismo, pela convicção no esforço próprio, pela concepção de saberes e pela experiência como princípios que bastarão para assegurar a docência em medicina.

As pesquisas vêm mostrando que as mudanças não são fáceis quando se pensa na docência nos cursos de medicina, pois essas passam pelos conhecimentos, pelas condições,



mas, principalmente, pelas representações do que é ser médico, das suas relações com os demais profissionais da área da saúde, das concepções de saúde, de integralidade do cuidado, de humanização dos serviços. Sobre essa questão, afirma Costa (2007), em seu artigo intitulado *Docência no Ensino Médico: por que É Tão difícil mudar?*, que apresenta resultados de uma revisão bibliográfica.

Apesar do reconhecimento da necessidade de mudanças no ensino médico, a prática docente tem-se mostrado resistente a modificações. Este trabalho de revisão identifica os fatores que limitam mudanças na prática docente em Medicina. Entre eles, ressaltam-se a desvalorização das atividades de ensino e a supremacia da pesquisa, a falta de identidade profissional docente, a deficiência na formação pedagógica do professor de Medicina, a resistência docente a mudanças e o individualismo dos professores universitários. (COSTA, 2007, p. 21).

A partir dos fatores que limitam ou dificultam as mudanças, a autora conclui que é necessário investir no desenvolvimento profissional dos professores do curso de medicina, como condição para que, de fato, as transformações possam ocorrer.

Gomes e Rego (2011) discutem que muitas modificações propostas, ultimamente, para o ensino médico giram em torno de mudanças metodológicas ou pedagógicas, com a sugestão das metodologias ativas, dentre elas a Aprendizagem Baseada em Problemas. Entretanto, o estudo realizado por eles, uma revisão da literatura nas bases Biblioteca Eletrônica Científica *Online* (SciELO), Sistema de Análise e Recuperação de Literatura Médica *Online* (Medline/Pubmed) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em artigos publicados nos últimos vinte anos, afirmam que “Os resultados apontam insuficiência da mudança pedagógica isolada como resposta a uma formação médica capaz de aliar competências técnicas e ético-humanísticas”. (GOMES; REGO, 2011, p. 557).

Brock (2015) em sua dissertação intitulada *Professores do curso de medicina: os saberes e o exercício da docência*, entrevistando professores, conclui que os professores percebem a ausência da formação pedagógica e afirmam que foram se constituindo docentes no exercício das atividades de docência. Reconhecem, também, a necessidade de formação continuada não apenas em conteúdos específicos como também nos pedagógicos.

Costa (2010), investigando a formação pedagógica dos professores do curso de medicina de uma IES, constata que eles atribuem importância aos saberes da experiência na formação pedagógica e apontam para a necessidade de propostas institucionais de formação.

Entretanto, os processos formativos precisam ter clareza de quais são os saberes e práticas docentes necessários para a formação do médico, de modo particular neste estudo, do profissional médico generalista.

### **3.3 Saberes docentes e práticas pedagógicas**

Depois de discorrer sobre a docência no ensino superior e em medicina, abordaremos o que venha a ser os saberes docentes e as práticas pedagógicas. É preciso que se estude como os professores constroem conhecimento sobre o ensino. Inicialmente o estudo dos saberes docentes ficava por conta das relações entre professor-aluno, o produto dessa relação (rendimento e atitudes dos alunos), e a escola que guarda características singulares na aprendizagem do aluno. Após essa fase, passou-se a estudar o ‘pensamento do professor’, ficando evidente que os pensamentos, as crenças e as teorias pessoais dos professores eram essenciais estruturando as decisões curriculares e suas práticas em sala de aula.

Os saberes profissionais são múltiplos e fazem uso de diferentes teorias, metodologias e habilidades. Cunha (2007, p. 34) afirma que os saberes são múltiplos porque “os professores tratam da gestão da matéria e da gestão da sala de aula e, por isso, necessitam utilizar diferentes ‘saberes’ necessários à consecução dos objetivos previamente definidos”. Dentre os ‘saberes e práticas docentes’, é preciso que o professor compreenda que os alunos são os principais agentes do processo educativo (educação centrada no aluno), identificando habilidades, dificuldades e preferências ajudando o aluno a adquirir novas competências, novas atitudes e comportamentos, identificando novos significados nas pessoas, nas coisas e nos fatos.

A escola é um estabelecimento de ensino de cultura, no sentido irrestrito da palavra, e os professores é que se ocupam da ação de atores principais. Mellouki e Gauthier afirmam que existem três argumentos que confirmam essa assertiva. São eles:

[...] a) a cultura não se reduz a uma soma de conhecimentos que devemos possuir ou ensinar; b) os professores têm a incumbência de velar cotidianamente pela aprendizagem cultural dos jovens que lhes são confiados; c) quer queiram quer não, os professores são intelectuais, ou seja, são profissionais cuja missão é a de serem depositários, intérpretes e críticos da cultura. (MELLOUKI; GAUTHIER, 2004, p. 538).

Cultura refere-se aos modos de pensar, ser e se comportar de um grupo de pessoas. Refere-se também, à maneira como as pessoas representam e interpretam esse mesmo mundo e as outras pessoas, as formas de contato e comunicação com elas. Isso se dá no âmbito

familiar e social, formal e informal, tornando-se hoje, o maior desafio para o professor: incitar o aluno a adquirir ‘nova cultura’, sem abandonar ‘as velhas’ para que ele possa compreender o mundo que o cerca. Adquirir cultura propicia novas relações (consigo mesmo, com os outros e com o mundo).

A sociedade educadora, precisa incentivar as escolas para ampliar o que venha a ser ‘perspectiva cultural do ensino’, contemplando diversos conteúdos, não reduzindo essa perspectiva a apenas patrimônio literário, artístico e histórico e nem resumindo o ensino da cultura como sendo o ato de juntar objetos culturais aos programas de ensino.

Para Gomes e Rego a formação do médico deve assegurar:

[...] capacitação para lidar com aspectos antes não essenciais, como a rapidez da circulação de informações, a utilização das tecnologias de informação e comunicação (TIC) como instrumento de gestão, os processos de educação permanente, a pertinência da ampliação da capacidade da escuta e do acolhimento para a humanização, tendo como permanente linha de ação a visão da integralidade do cuidado em saúde e a aproximação entre capacitação técnica (habilidades psicomotoras, cognitivas e afetivas), ética e compromisso com a cidadania. (GOMES; REGO, 2011, p. 558).

Nessa perspectiva, o professor, a quem cabe organizar o ensino, precisa estar imbuído dos propósitos dessa formação que atribui importância à visão da integralidade do cuidado em saúde, à humanização, à aproximação entre capacitação técnica e a ética.

Os saberes dos professores, de modo geral, desde o final do século passado têm sido discutidos por pesquisadores como Shulman (1986), Tardif; Lessard e Lahaye (1991), Cunha (2010), Pimenta e Anastasiou (2002), Marcelo Garcia (2013), dentre outros. Ainda que não digam respeito, especificamente, aos saberes necessários ao professor do curso de medicina, são importantes para qualquer professor. Shulman (1986) classifica-os em *conhecimento do conteúdo específico* (refere-se ao conhecimento da matéria que o professor irá ensinar, inclui não só o conhecimento e compreensão de fatos, conceitos, processos, procedimentos, mas também o conhecimento das estruturas próprias da área); *conhecimento pedagógico do conteúdo* (diz respeito às mais úteis formas de representação do conteúdo a ser ensinado, às ilustrações, aos exemplos, aos casos, às demonstrações); *conhecimento curricular* (relaciona-se aos currículos, às diretrizes).

Entendemos que, nessa classificação, precisa ser incluído o conhecimento do contexto no qual o ensino se desenvolve, principalmente, quando se tem como objetivo a formação de um profissional de uma determinada área: as expectativas e demandas em relação à formação desse profissional; as condições concretas nas quais a formação ocorre, incluindo a relação

teoria e prática, os estágios, no caso específico da formação do médico, a inserção do aluno nos diferentes espaços de exercício profissional.

Marcelo Garcia (2013) introduz o conhecimento das tecnologias que impactam a sociedade e a vida das pessoas hoje. Esse tipo de conhecimento não deve ser visto, na concepção do autor, como isolado dos demais, mas mantendo intersecção com todos os outros.

Tardif; Lessard e Lahaye (1991) pontua que o saber do professor tem as seguintes características: é social, é plural, é heterogêneo, sincrético, temporal. Segundo ele, envolve *saberes disciplinares* (advindos dos diversos campos dos saberes), *saberes profissionais* (vindos das ciências da educação, saberes pedagógicos), *saberes curriculares*, *saberes experienciais* ou *práticos* (originados da experiência).

Todos esses autores incluem nos saberes necessários ao docente, os conhecimentos pedagógicos e didáticos, nestes incluídos o conhecimento de metodologias, que são propostas e aplicadas, conforme os paradigmas educacionais vigentes, as diretrizes e pressupostos para a formação profissional.

A prática pedagógica é discutida e revela uma definição polissêmica diretamente ligada à atuação orientada, em que o professor possui a maior relevância como agente na sociedade. De acordo com Gimeno Sacristán

A prática é entendida como a atividade dirigida a fins conscientes, como ação transformadora de uma realidade; como atividade social historicamente condicionada, dirigida à transformação do mundo; como a razão que fundamenta nossos conhecimentos. A prática pedagógica, entendida como uma práxis envolve a dialética entre o conhecimento e a ação com o objetivo de conseguir um fim, buscando uma transformação cuja capacidade de mudar o mundo reside na possibilidade de transformar os outros. (GIMENO SACRISTÁN, 1999, p. 28).

Como práticas pedagógicas, podemos entender que existe uma indissociável separação entre teoria e prática, sendo moldadas pelas ações intencionais dos professores junto às necessidades de uma sociedade, pois segundo Gimeno Sacristán (1999, p. 74) “A prática é, então, sinal cultural de saber fazer composto de formas de saber como, ainda que ligado também a crenças, a motivos e a valores coletivos”. E indo ao encontro das modificações solicitadas pela sociedade, apresentaremos conceitos sobre o que venha a ser as metodologias ativas.

### **3.4 Metodologias ativas**

Como já mencionamos anteriormente, as mudanças das EM têm girado em torno de mudanças das práticas pedagógicas. As próprias Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Medicina – DCN/2014 estabelecem que o curso deve usar metodologias ativas. As instituições de ensino escolhem os métodos e caminhos para as mudanças. Os movimentos para organizar o currículo, as metodologias, os tempos e os espaços precisam ser reaprendidos.

Segundo Mórán (2015), existe o caminho mais suave (mudanças progressistas) e o caminho mais amplo (mudanças profundas). No caminho mais suave, prevalece o modelo curricular (disciplinas) priorizando o aluno e o uso das metodologias ativas, algumas como: ensino por projetos, ensino híbrido ou *blended learning* (combinação de práticas pedagógicas do ensino presencial e do ensino a distância) e sala de aula invertida. O caminho mais amplo modifica desde seu currículo, até mesmo a estrutura física das salas de aula e suas metodologias, onde cada aluno apresenta suas necessidades e ritmo de aprendizagem.

As escolas que faziam uso de metodologias tradicionais para o processo de ensino-aprendizagem obtinham resultados positivos, quando o ensino era restrito e de mais difícil acesso. Os métodos de ensino e avaliação que padronizam os sujeitos “ignora que a sociedade do conhecimento é baseada em competências cognitivas, pessoais e sociais, que não se adquirem da forma convencional e que exigem proatividade, colaboração, personalização e visão empreendedora”. (MÓRAN, 2015, p. 16).

Autores como Mórán (2015), Mitre *et al.* (2008), Borges e Alencar (2014) concordam que é necessário modificar os métodos de ensino, para que as universidades possam sobreviver num mundo informatizado e globalizado. Os mesmos autores, também, concordam que é imprescindível ponderar sobre a didática, o papel do professor universitário e o uso das metodologias de ensino-aprendizagem, comprovando a eficácia e eficiência das concepções das práticas docentes.

As metodologias ativas na DCN/2014, em seu Artigo 32 estão descritas como sendo instrumento que ‘deverá ser utilizado’ pelos cursos de graduação em medicina. Essas metodologias, ficando determinado o uso, precisam ser definidas e analisadas a partir do como elas estarão sendo implantadas pelas Escolas Médicas. Identificarmos quais são, o que são, porém faz com que pensemos quais seriam os interesses da “exigência” das metodologias ativas na formação na área da saúde e, principalmente, na formação do médico?

Mitre *et al.* (2008, p. 2134) descrevem que os processos de ensino-aprendizagem devem ser discutidos para formar profissionais da saúde, devido:

- a velocidade das transformações nas sociedades laicas e plurais contemporâneas, em um contexto em que a produção de conhecimento é extremamente veloz, tornando ainda mais provisórias as *verdades* construídas no saber-fazer científico;
- a perspectiva vigente, quase *marca* desse tempo, de colocar em *xequê* os valores até então considerados intocáveis, o que impõe uma profunda (e necessária) reflexão sobre a inserção do profissional de saúde nesse novo contexto;
- a inequívoca influência dos meios de comunicação na construção/formatação do homem/profissional nesses primórdios do século XXI, marcada por um genuíno *bombardeio* de imagens, as quais *embotam* as possibilidades de reflexão sobre a vida, a inserção no mundo e a própria *práxis*;
- a configuração de uma nova modalidade de organização do espaço-tempo social, as sociedades de controle, o que torna imperiosa a adoção de uma postura crítica sobre a inscrição do sujeito no mundo — aqui incluído o trabalho — caracterizando um verdadeiro ato de resistência.

Podemos identificar que uma questão que se destaca é a autonomia do aluno durante o processo de sua formação e o entendimento do ‘individual’ não ser mais o foco das ações em saúde, e sim o coletivo. O ensino deverá ser capaz de suscitar a visão holística – de complementaridade e interdisciplinaridade, oportunizando mudanças na coletividade, aumentando a consciência individual e coletiva. Buscar novos e inovadores métodos de ensinar são necessários para que se depreenda a formação do profissional sendo um ser histórico que marque sua ação-reflexão-ação.

Aqui no processo de ensino-aprendizagem com metodologias ativas, também temos que considerar a bagagem cultural dos alunos, bem como seus saberes desenvolvidos na prática comunitária. As metodologias ativas utilizam, como estratégia de ensino-aprendizagem, a problematização, seja ela de casos reais ou fictícios, para estimular a autonomia do conhecimento, porém requer que o professor saiba incitar o aluno despertando-o para a aprendizagem.

O processo de ensino-aprendizagem por meio da problematização é complexo, dinâmico e nada linear. Sendo necessário, segundo Mitre *et al.* (2008, p. 2137) “[...] um conjunto de atividades articuladas, nas quais esses diferentes atores compartilham, cada vez mais, parcelas de responsabilidade e comprometimento. Para isso, é essencial a superação da concepção *bancária* [...]”. Algumas características são necessárias ao docente e discente para que eles consigam utilizar essas metodologias. Os discentes devem desenvolver as seguintes características: proatividade; curiosidade científica; espírito crítico-reflexivo; técnica para autoavaliação; responsabilidade; ética; aptidão para trabalhar em equipe e solidariedade na

assistência. Já os docentes devem: saber escutar com empatia; respeitar e confiar no potencial do discente em se progredir e aprender.

Entretanto, cabe perguntar: a imposição de um tipo de metodologia conduzirá a mudanças significativas na formação do profissional médico? Estudo empreendido por Gomes e Rego (2011) mostrou que a *aprendizagem baseada em problemas* é uma “proposta de mudança curricular capaz de mudar o perfil do egresso da escola médica, porém os resultados encontrados nas avaliações não comprovam os ganhos cognitivos esperados” (p. 563), porque, no caso de serem resultados positivos, a aplicação da ABP foi articulada a outras mudanças, o que torna difícil afirmar que os resultados se devam à sua aplicação.

Nesta seção, buscamos trazer conceitos essenciais para a compreensão da problemática em estudo. Na próxima, apresentamos resultados da pesquisa documental.

#### **4 PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA DA IES PESQUISADA: articulações com as DCN**

Neste capítulo, tratamos dos documentos que norteiam a graduação em medicina especificamente: as DCN de 2001 e 2014 e o projeto pedagógico do curso de medicina da IES pesquisada. O objetivo é compreender a formação do profissional generalista nos documentos que regulam e orientam a formação do médico. A legislação concernente ao ensino médico foi reunida por data, pelo assunto, pela função do instrumento legal e pela implicação na formação durante a graduação em medicina. Os documentos aqui analisados e o registro de suas implicações estarão descritos ao longo do texto.

Abordaremos a Resolução n.º 4, de 07 de novembro de 2001 (DCN/2001); a Resolução n.º 3, de 03 de junho de 2014 (DCN/2014), realizando um paralelo entre as DCN e averiguando quais foram as principais mudanças que aconteceram, com foco no aspecto generalista da formação; a Lei n.º 12.871/2013 (Lei que institui o Programa Mais Médicos) e o Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da IES pesquisada, projeto vigente de 2014.

##### **4.1 Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Medicina**

A partir das Conferências Mundiais de Educação Médica (1988 e 1993), realizadas em Edimburgo/Escócia, estabeleceram-se preceitos para as reformas curriculares e o reconhecimento da conformidade da formação do médico às demandas sociais. A ABEM (2014) informa que seguindo as tendências mundiais e nacionais, em decorrência da avaliação do ensino médico no Brasil, feita pela Cinaem (1991-1997), mostrou a necessidade de reformulação no modelo pedagógico em todo o processo de formação do profissional médico. Essa cooperação efetivou as discussões dos elementos que formalizaram as DCN. Em 2001, foram estabelecidas as primeiras diretrizes, pela Resolução n.º 4/2001, Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Medicina.

As DCN/2001 apresentam um “formato conciso e monolítico, desenvolvido ao longo de cinco páginas, contendo 14 artigos e sete parágrafos”. (BURSZTYN, 2015, p. 7). O Artigo 2º define a estrutura das diretrizes, estabelecendo os princípios, os fundamentos, as condições e os procedimentos da formação do profissional médico. No Artigo 3º, está definido o perfil do egresso médico.



O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (BRASIL, 2001, p. 1).

Nessa definição do perfil do egresso, está explicitamente colocada a formação generalista como o objetivo a ser atingido no processo formativo inicial e a necessidade de que o médico pautar sua atuação na promoção da saúde e na prevenção dos agravos, de forma ética, humanista, holística e responsável, com o processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção à saúde, atentando-se às necessidades das comunidades na qual atuará.

O Artigo 4º determina as competências e habilidades, subdivididas em seis áreas gerais: atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento; e educação permanente.

Destaca-se que as palavras ‘competências’ e ‘habilidades’ aparecem seis vezes, cada uma delas. Competência, como alicerce da instrução curricular, é compreendida por Santos (2011, p. 87) como “capacidade de um ser humano cuidar do outro, colocando em ação conhecimentos, habilidades e valores necessários para prevenir e resolver problemas de saúde em situações específicas do exercício profissional”, confirmando que competência é um conceito multidimensional e envolve questões de variadas matrizes conceituais relacionadas ao tema. O currículo baseado em competências tem como foco, segundo Santos (2011), os resultados obtidos ao final da formação, enquanto que o currículo voltado para adquirir conhecimentos está relacionado ao processo. A nosso ver, ao se definir currículos em função de competências e habilidades, não se pode abdicar dos conhecimentos, pois, são eles a base para formar competências necessárias ao exercício profissional.

É prudente lembrar que o conceito de competência é polissêmico, dependendo das bases epistemológicas a que se filiam as pessoas que dele fazem uso. Para Rios (2011), competência é o saber fazer bem e não se faz bem sem conhecimento do para quê, do para quem, das condições nas quais a prática profissional é exercida de forma ética. A ética é compreendida, pela autora, como reflexão crítica sobre valores na ação humana e não apenas atrelada a normas e padrões estabelecidos em uma sociedade.

No Artigo 5º, afirma-se que a “formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e

habilidades específicas”. Nesse Artigo, no que se refere às competências e habilidades específicas, são elencados 22 itens estritamente. No parágrafo único desse mesmo Artigo, destaca-se que “deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência e o trabalho em equipe”. (BRASIL, 2001, p. 3).

Sobre o item *atenção integral à saúde* (integralidade), Mattos (2004) identificou três conjuntos de sentidos: políticas públicas, organização de serviços, e as práticas de saúde. O referido autor (2004, p. 1412) segue afirmando que: “[...] as mudanças não têm sido tão evidentes. Elas acontecem aqui e acolá, mas ainda não ganharam a generalização nem a visibilidade que almejamos”. Constata-se que as escolas precisam reestruturar o ensino, pois é necessário que conteúdos de políticas públicas e organização de serviço sejam realmente ensinados e vivenciados, levando a sério seu cumprimento, pois estão diretamente relacionados à formação do médico.

O Artigo 6º discorre sobre os conteúdos essenciais que deve conter o curso de medicina, que incluem, além dos conhecimentos de ordem biológica, fisiológica, conhecimentos que permitam compreender os determinantes sociais, culturais, psicológicos, éticos do processo saúde-doença, isto é, que possibilitem uma visão abrangente desse processo, visando a “integralidade das ações do cuidar em medicina”. (BRASIL, 2001, p. 3).

O 7º Artigo trata da carga horária mínima do estágio curricular (internato – 35% da carga horária total do curso). Os Artigos 8º, 9º e 10º tratam do projeto pedagógico do curso, contemplando respectivamente, atividades complementares; a indicação de que o ensino deverá estar centrado no aluno como sujeito da aprendizagem; tendo o professor como mediador; e que a formação acadêmica e profissional do egresso, deverá ser guiada pelas Diretrizes Curriculares e pelo Projeto Pedagógico.

As modificações, para que o aluno seja o protagonista de sua formação, devem acontecer no ensino universitário e perpassam pelas práticas pedagógicas, sendo elas paradigmáticas. Behrens (1999, p. 2) diz que “existe a necessidade de investigar e caracterizar cada abordagem pedagógica, com a finalidade de conscientizar o professor da opção metodológica que ele vem desempenhando junto a seus alunos e quais as consequências que este procedimento pode trazer para a qualidade de ensino”. Os professores universitários se mantêm em uma postura resistente a mudanças e se espelham em seus professores quando graduandos, para ministrar seus conteúdos.

De acordo com Behrens (1999), os paradigmas são classificados em conservador (tradicional, escolanovista e tecnicista) e inovador/emergente ou paradigma da complexidade

(holística, progressista e ensino com pesquisa). O paradigma conservador teve interferência do pensamento newtoniano-cartesiano, caracterizando o ensino como fragmentado e de reprodução do conhecimento, independente da aprendizagem. O paradigma inovador tem como proposta a totalidade do ser humano.

Behrens e Rodrigues (2015, p. 57) afirmam que o paradigma inovador/emergente ou paradigma da complexidade proporciona

[...] uma sociedade mais desfragmentada, mais ética, humana, crítica, igualitária, curiosa, que valorize o erro e que produza conhecimento e não apenas o reproduza. Para isso é essencial repensar a prática pedagógica buscando alicerçar o ensino em novas abordagens como a sistêmica ou holística, a progressista e o ensino com pesquisa.

Acredita-se na mudança de paradigmas através da persuasão de que as práticas pedagógicas sejam significativas no processo ensino-aprendizagem. Estamos vivenciando a transição dos paradigmas onde ‘o velho não morreu e o novo ainda não nasceu’. E para que aconteça a mudança faz-se necessário a problematização. Proporcionar situações aos alunos em que eles vivenciem a realidade do outro para que se assegurem problematizações contextualizadas.

Os Artigos 11º e 12º tratam da organização (seriada anual ou semestral, sistema de créditos ou modular) e estrutura do curso de medicina. Quanto à estrutura, deve contemplar alguns aspectos como: as necessidades de saúde (eixo do desenvolvimento); desenvolvimento de posturas e valores voltados para a cidadania; metodologias com participação ativa dos alunos; a integração e a interdisciplinaridade envolvendo as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais; a junção ensino-serviço que deve integrar a formação às necessidades sociais da saúde; entre outros.

Finalizando, os Artigos 13º e 14º tratam sobre o acompanhamento e a avaliação de implantação das diretrizes curriculares e sobre a avaliação do aluno, respectivamente, que deve ser baseada em competências, habilidades e conteúdos curriculares.

A ABEM continuou promovendo discussões que culminaram no estabelecimento das novas DCN/2014, também, em decorrência do Programa Mais Médicos (Lei n.º 12.871/2013). A DCN/2014 “apresenta um formato expandido e segmentado, desenvolvido ao longo de 18 páginas, com 41 artigos e 16 parágrafos, distribuídos em três capítulos, seis seções e seis subseções”. (BURSZTYN, 2015, p. 7).

No capítulo I, que trata das Diretrizes, no Artigo 3º, é estabelecido o perfil do egresso.

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (BRASIL, 2014, p. 1).

Há uma importante alteração. Enfatiza-se a necessidade de que o profissional médico tenha, em sua prática, o olhar voltado para a determinação social do processo saúde e doença. Isso implica que o profissional deve saber identificar quais são os determinantes de adoecimento e não a doença, pois as doenças de maior incidência e prevalência, no Brasil, estão suscetíveis ao comportamento e estilo de vida das pessoas.

As DCN/2014 estabelecem que a formação se desdobrará em três áreas, considerando a necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes: I - Atenção à Saúde; II - Gestão em Saúde; e III - Educação em Saúde. Nas diretrizes anteriores, essas áreas não apareciam de forma explícita, mas como itens do Artigo 5º. Ao fazer essa segmentação, cada uma delas passa a ser tratada em uma seção, portanto, com um detalhamento maior da concepção de cada uma.

Na Seção I, Da Atenção à Saúde, o Artigo 5º traz uma concepção sobre a formação, segundo a qual se deve considerar todos os aspectos da dimensão do ser humano, destacando a questão da diversidade humana, que não estava presente nas DCN/2001. Essa diversidade considera cada pessoa ou cada grupo social como singular e único. Desse modo, o cuidado deve ser centrado na pessoa, na família e na comunidade, valendo-se do trabalho interprofissional, em equipe, desenvolvendo relação horizontal e compartilhada entre profissionais e usuários do sistema de saúde. Cabe destacar a preocupação com a promoção da saúde de modo articulado com as políticas e as tecnologias desenvolvidas no sistema brasileiro de saúde (item VIII) e com a integralidade e humanização do cuidado (item II).

Na Seção II, Da Gestão em Saúde, no Artigo 6º, fica claro que a formação deve “compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde, e participar de ações de gerenciamento e administração para promover o bem-estar da comunidade [...]”. (BRASIL, 2014, p. 2). Em seguida, são estabelecidas oito dimensões para a gestão em saúde, das quais destacamos a gestão do cuidado, usando-se de saberes e de tecnologias leve, leve-dura e dura, promovendo a organização da rede de saúde, formulando e desenvolvendo planos terapêuticos individuais e coletivos; o incentivo à participação social e articulada nas redes de ensino-serviço; a valorização da vida por um profissional médico generalista, propositivo e resolutivo

que é capaz de abordar os problemas de doença na atenção básica, na urgência e na emergência, na promoção da saúde.

Na Seção III, Da Educação em Saúde, o Artigo 7º discorre sobre processo de formação, evidenciando que o aluno é o corresponsável pela sua formação desde a inicial até depois de graduado com autonomia intelectual e responsabilidade social.

No capítulo II – Das Áreas de Competência da Prática Médica, Artigo 8º estabelece que o egresso deve adquirir competências nas três áreas: atenção à saúde; gestão em saúde; e, educação em saúde. O parágrafo único traz a descrição do que venha a ser essas competências.

[...] é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2014, p. 4).

Na Seção I – Da Área de Competência Atenção à Saúde, é estabelecido que ela é estruturada em duas subáreas (Artigo 9º) de atenção às necessidades: (I) Individuais de Saúde e (II) Saúde Coletiva. Cada subárea (Artigos 10º e 11º), se dividem em duas ações-chave. Essa DCN pormenoriza o conteúdo dessas ações-chave, sendo apresentadas nos Artigos 12º ao 22º. Segundo Bursztyn (2015, p.7), as necessidades individuais estão bem esclarecidas, já as necessidades de saúde coletiva e de gestão deixam a desejar. E a referida autora alerta “para o risco de reducionismo e confusão entre saúde coletiva e atenção primária e aponta-se o desafio de desenvolver caminhos para ofertar ensino de saúde coletiva, abordando seus diferentes conteúdos, de forma atraente e que produza sentido para os alunos”.

O Capítulo III – Dos Conteúdos Curriculares e do Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina, em seu Artigo 23º, refere que os conteúdos fundamentais devem estar associados com o processo saúde-doença do indivíduo, da família e da comunidade, referenciado com dados epidemiológicos e profissionais reais, efetivando-se na integralidade do cuidado em saúde.

O artigo 24º evidencia o estágio curricular obrigatório (regime de internato) em serviços próprios, conveniados ou em regime de parcerias instituídas por meio de Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Serviço (COAPES), conforme previsto no Artigo 12 da Lei n.º 12.871/2013; e descreve a distribuição, em porcentagem, da carga horária e as áreas de

conhecimento. Prevê o mínimo de 30% da carga horária do internato médico na Atenção Básica, voltada para a área da Medicina Geral de Família e Comunidade, e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, devendo ser a Atenção Básica prioritária em relação aos Serviços de Urgência e Emergência.

Os Artigos subsequentes 24°, 25°, 26°, 27° e 28° tratam do projeto pedagógico do curso que deverá ser elaborado coletivamente.

O Artigo 29° descreve a estrutura do curso de graduação em medicina. O inciso V, faz referência às Ciências Humanas e Sociais como sendo os eixos transversais na formação do profissional com perfil generalista. Destacam a necessidade de inserção do aluno em diferentes cenários que tratam da saúde, em especial as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS, vinculando a formação às necessidades sociais da saúde.

O acompanhamento e avaliação da implantação da DCN e a avaliação do graduando estão contempladas nos Artigos 30° e 31°. No que se refere aos aspectos metodológicos do curso, no Artigo 32°, há uma exigência das metodologias ativas, quando se afirma que “O Curso de Graduação em Medicina **deverá** utilizar metodologias ativas” (BRASIL, 2014, p. 13, grifo nosso), o que já questionamos anteriormente.

Destaca-se no 34° Artigo que deverá ser mantido permanentemente pelo curso de medicina

[...] Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde, com vistas à valorização do trabalho docente na graduação, ao maior envolvimento dos professores com o Projeto Pedagógico do Curso e a seu aprimoramento em relação à proposta formativa contida no documento, por meio do domínio conceitual e pedagógico, que englobe estratégias de ensino ativas, pautadas em práticas interdisciplinares, de modo a assumirem maior compromisso com a transformação da escola médica, a ser integrada à vida cotidiana dos docentes, estudantes, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. (BRASIL, 2014, p. 11).

No 36° Artigo, fica instituída a avaliação do estudante, de caráter obrigatório, processual, contextual e formativo, realizada a cada dois anos, Avaliação Nacional Seriada do Ensino Médico (Anasem). E, finalizando, os últimos artigos fazem referência ao tempo para adaptação às novas diretrizes, até 31 de dezembro de 2018; e, no 40° Artigo diz que o aluno que já estava cursando medicina pode concluir o curso nas diretrizes anteriores ou migrar para a DCN/2014, em acordo com a IES, desde que sejam garantidas as adaptações necessárias às novas diretrizes.

Estabelecendo um paralelo entre as DCN de 2001 e 2014, uma questão que chama a atenção é a repetição e/ou aparição de termos que antes não havia na redação de 2001 e que

aparecem na redação de 2014. O termo ‘saúde coletiva’ aparece sete vezes em 2014 *versus* uma vez em 2001; ‘atenção básica’ aparece seis vezes em 2014 *versus* nenhuma vez em 2001; ‘urgência’ aparece cinco vezes em 2014 *versus* uma vez em 2001; ‘generalista’ aparece duas vezes em 2014 *versus* uma vez em 2001; ‘clínica’ aparece seis vezes em 2014 *versus* três vezes em 2001; e, ‘social’ aparece nove vezes em 2014 *versus* quatro vezes em 2001. Abaixo, segue o quadro 02 que faz referência ao paralelo entre as DCN de 2001 e 2014.

No perfil do egresso, em ambas as diretrizes, percebe-se a permanência da ideia de formação “humanística, crítica e reflexiva”, atuando nos “diferentes níveis de atenção” e intervindo em todas as ações de saúde (“promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde”). Na redação de 2014, destacam-se as ações nos “âmbitos individual e coletivo” e a visão e o cerne dessas ações “tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo saúde e doença”.

Nas DCN/2014, há uma maior preocupação com o Sistema Único de Saúde (SUS), que aparece citado 13 vezes, enquanto nas DCN/2001 aparece apenas uma vez. Também, as referências às tecnologias, quer as de comunicação e informação, quer as ligadas diretamente à prática profissional, estão presentes com maior ênfase nas DCN/2014.

**Quadro 2** – Paralelo entre as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina 2001 e 2014.

| Diretrizes   | DCN/2001   | DCN/2014   |
|--|--|--|
| <b>Perfil do egresso</b>   | O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com <b>formação generalista</b> , humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, <b>na perspectiva da integralidade da assistência</b> , com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. | O graduado em Medicina terá <b>formação geral</b> , humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, <b>nos âmbitos individual e coletivo</b> , com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, <b>da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.</b> |
| <b>Metodologias Ativas</b>   | Não há nada registrado.  | Deverá utilizar (Artigo 32).   |
| <b>Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde</b> | Não há nada registrado.  | Deverá manter (Artigo 34).   |
| <b>Palavras</b>  | Frequência   | Frequência   |
| <b>Saúde Coletiva</b>  | 01   | 07   |
| <b>Atenção Básica</b>  | -  | 06   |
| <b>Urgência</b>  | 01   | 05   |
| <b>Generalista</b>   | 01   | 02   |
| <b>Clínica</b>   | 03   | 06   |
| <b>Social</b>  | 04   | 09   |

|     |    |    |
|-----|----|----|
| SUS | 01 | 13 |
|-----|----|----|

Fonte: Elaborado pela autora.

Contextualizando a formação geral/generalista, é preciso esclarecer o processo de profissionalização e as profissões do ponto de vista sociológico, compreender estas questões, subsidia as mudanças necessárias para a formação do médico generalista. Chehuem Neto *et al.* (2014), a partir de pesquisa realizada, constatam que a maioria dos acadêmicos referem insegurança quanto à formação generalista e uma parcela significativa de professores demonstrou não concordar com a reforma curricular. O referido autor afirma que

A explicação para os sentimentos de estudantes e professores são provenientes do estereótipo veiculado pelos meios de comunicação da imagem do médico. Esse cenário pode refletir na constituição da identidade profissional entre os acadêmicos da graduação, que acabam por absorver crenças e atitudes a partir de sistemas de referência, em que se tem como exemplos principais os professores e a própria faculdade. (CHEHUEM NETO *et al.*, 2014, p. 16-17).

Essa constatação dos pesquisadores, expressa na citação, mostra a força que os estereótipos e categoria profissional e suas especialidades, têm na constituição da identidade profissional e no agir do ser humano, assim como nas mudanças que são propostas nos processos formativos, favorecendo-as ou dificultando-as.

Diante da formação generalista, foram identificados por Chehuem Neto *et al.* (2014, p. 17) os elementos: percepção dos acadêmicos sobre os grupos profissionais e o como os médicos pensam a respeito desse trabalho, necessitando avaliar a compreensão dos envolvidos na formação. Concordamos com os pesquisadores que “esse fato pode evocar a necessidade de realizar ajustes, tanto no ensino como nos campos de atuação, a fim de abarcar a demanda da população e assim possibilitar o progresso da ciência médica”.

Falando em formação, é identificada uma maior incidência de referências ao SUS, acreditamos que se deve provavelmente à Lei n.º 12.871/2013, da qual trataremos a seguir.

#### **4.2 Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013 (Programa Mais Médicos)**

Quando os governantes de uma nação elaboram uma ‘nova’ lei, parte-se do princípio que seja para garantir o cumprimento dos Direitos Sociais Fundamentais<sup>2</sup>, para que toda a

<sup>2</sup> Por Direitos Sociais entende-se como sendo aqueles que atendem a uma universalidade de pessoas e são exercidos pelo Estado Social, Estado Providência ou Estado Interventor. (LEVY e SANTOS, 2015).



população, sem distinção, seja beneficiada de melhores condições de vida. Decorrente da desigualdade na distribuição de números de médicos por habitantes, nas diferentes regiões brasileiras, foi sancionada a Lei n.º 12.871/2013, que institui o Programa Mais Médicos. O Programa visa: assegurar o acesso à Atenção Básica às populações descobertas; alocar cursos de medicina (federal) em áreas com menor relação de número de médicos por habitantes; e aumentar os investimentos em infraestrutura de serviços públicos de saúde.

Conhecida como a ‘Lei do Mais Médicos’, tem maior implicação na pós-graduação (residência médica), porém afeta, em algumas questões, a graduação em medicina. Assim que foi promulgada causou polêmica entre a academia, a categoria médica e os cidadãos. As entidades de classe se posicionaram contrária à forma de contratação de profissionais, principalmente os estrangeiros, pois esses não precisariam passar pela prova de revalidação de diploma (Revalida). Destacaremos essas particularidades que implicam no processo de graduação do médico.

No capítulo I – Disposições Gerais, em seu Artigo inicial, institui o Programa Mais Médicos e explicita a ideia de formar recursos humanos para o SUS e seus objetivos. O inciso III faz referência ao aperfeiçoamento à formação médica no País, aumentando as experiências de prática durante a formação. No inciso IV, está previsto, durante a formação, aumentar a entrada dos alunos nas unidades de saúde que atendem o SUS (atenção primária e urgência e emergência). No Artigo 2º, define algumas ações para alcançar os objetivos definidos no artigo anterior. “Inciso I – reordena a oferta de cursos de Medicina e de vagas para a residência médica [...]; Inciso II - estabelece novos critérios para a formação médica no País”.

No capítulo II – Da Autorização para o Funcionamento de Cursos de Medicina, o 3º Artigo dispõe sobre o funcionamento de curso de graduação em medicina pelas IES privadas, por meio de chamamento público.

O capítulo III – Da Formação Médica no Brasil, no Artigo 4º, fica claro que o funcionamento dos cursos de medicina é subordinado à efetiva implantação das DCN. O internato médico deverá durar, no mínimo dois anos e, pelo menos, 30% da carga horária deve ser desenvolvida na Atenção Básica e em serviços de Urgência e Emergência do SUS. Essa exigência foi incorporada às DCN/2014. No Artigo 10º, afirma-se que os cursos de graduação em Medicina proporcionarão o ajustamento da matriz curricular para atender o que está ordenado nesta Lei, dentro dos prazos estabelecidos.

Entre os capítulos III e IV, vale ressaltar que existe uma Seção Única – Do Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), que tem o sentido de estreitar laços entre a instituição formadora (IES) e a rede de serviços do SUS, em todas as instâncias de

assistência em saúde e por meio da formação ensino-serviço-comunidade. Com esse sentido, devemos pensar as concepções de formação, totalmente, articuladas ao contexto da sociedade.

No Artigo 12º, prevê que as IES que ofertam cursos de medicina e Programas de Residência Médica poderão firmar COAPES com o propósito de propiciar “reordenação da oferta de cursos de medicina e de vagas de Residência Médica e a estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade, além de permitir a integração ensino-serviço na área da Atenção Básica”. (BRASIL, 2013). As ações desse contrato serão coordenadas pelos ministérios da Educação e da Saúde.

Dentro do Programa Mais Médicos, no capítulo IV, fica instituído o Projeto Mais Médicos, descrito em dez artigos, nos quais se estabelecem as peculiaridades para atuar no Programa.

Merece destaque, ainda, o Artigo 34º, no qual se estabelece que o Artigo 1º da Lei n.º 6.932/81, que dispõe sobre as atividades do médico residente, passa a vigorar acrescido dos seguintes parágrafos:

§ 3º A Residência Médica constitui modalidade de certificação das especialidades médicas no Brasil.

§ 4º As certificações de especialidades médicas concedidas pelos Programas de Residência Médica ou pelas associações médicas submetem-se às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 5º As instituições de que tratam os §§ 1º a 4º deste artigo deverão encaminhar, anualmente, o número de médicos certificados como especialistas, com vistas a possibilitar o Ministério da Saúde a formar o Cadastro Nacional de Especialistas e parametrizar as ações de saúde pública. (BRASIL, 2013).

Aqui entendemos que programas de residência (“reconhecido legalmente e tecnicamente como o padrão-ouro de formação de médicos especialistas no Brasil”) constituem um fator decisivo para a fixação de médicos em municípios, atraindo a atenção para a formação ‘especializada’ e não ‘especialista’ da profissão do médico.

#### **4.3 Projeto Pedagógico do Curso (PPC) da IES pesquisada**

O Projeto Político Pedagógico - PPC é compreendido como sendo a construção da sistematização do trabalho de uma escola como um todo. (VEIGA, 2002). Trataremos de apresentar o PPC da IES pesquisada, o vigente em 2014, destacando algumas questões que são importantes à formação do profissional médico generalista. Esse PPC está sendo revisto e reescrito, conforme as diretrizes de 2014. Como a revisão ainda não foi concluída,

analisaremos o PPC, conforme as DCN/2001, segundo as quais foi elaborado. Estruturalmente, é constituído por 264 páginas, organizado da seguinte forma: apresentação, 15 capítulos, bibliografia consultada e anexos.

Os capítulos são distribuídos e identificados da seguinte forma: I – A Instituição; II – A Concepção de Educação e Currículo no Processo de Ensino e Aprendizagem; III – Metodologia do Ensino; IV – O Curso; V – Proposta Pedagógica; VI – Descrição das Atividades de Ensino-Aprendizagem; VII – Organização Curricular; VIII – Representação Gráfica da Proposta Curricular do Curso; IX – Ementas e Referências Bibliográficas; X – Sistema de Avaliação do Processo Ensino e Aprendizagem; XI – Programas Institucionais de Atendimento ao Aluno; XII – Sistema de Gestão e Planejamento Estratégico do Curso; XIII – Recursos Humanos; XIV – Políticas Institucionais no Âmbito do Curso; e, XV – Recursos Físicos e Materiais.

O curso de medicina da IES pesquisada foi criado pelo Conselho Universitário em abril de 1997 e seu Projeto Pedagógico foi produzido por vários profissionais com experiência no ensino superior. Os estudos e análises do projeto despenderam vários meses, sendo aprovado em setembro de 1999. Teve como subsídio, para sua criação, dados do sistema de saúde da região, priorizando o ensino de práticas fora do ambiente hospitalar, “onde as atitudes profissionais dentro da integralidade devem ser desenvolvidas por meio do contato com os usuários dos serviços de saúde e atuação em equipe multidisciplinar”. (PROES-IES-X, 2014, p. 5). A primeira turma do curso de medicina iniciou suas aulas em 2000.

O curso está submetido a toda legislação do ensino superior, incluindo a LDB 9.394/96, porém as primeiras turmas, ainda, estavam sob diretrizes dantes estabelecidas. A elaboração das DCN/2001 está atrelada a questionamentos que se faziam desde 1960 sobre o ensino superior, enfatizando que se formam profissionais isolados do âmbito do trabalho e com perfil inadequado às necessidades sociais da população brasileira.

A Apresentação do PPC se constitui de uma descrição geral de como o curso de medicina se estabelece (em ciclos) e aponta que as atividades práticas em todos os ciclos (básico, intermediário e internato) são realizadas na rede de saúde do Município, reguladas pelo SUS fácil (*software* que integra os serviços de regulação de leitos nas macrorregiões de saúde do Estado), conforme o nível de hierarquia assistencial. Aqui, faz-se referência ao aprendizado em cenários de prática extra-hospitalar, trabalhando na integralidade e em equipe multidisciplinar. Tudo isso, subsidiou os fundamentos para a aprovação do curso de medicina da IES pesquisada, “A necessidade social e regional do médico formado neste modelo e a

evidente carência do profissional generalista e reflexivo, que consiga atender às necessidades dos próprios usuários do SUS”. (PROES-IES-X, 2014, p. 5).

O PPC da IES pesquisada será apresentado por meio dos elementos básicos, da organização do trabalho pedagógico, sugeridos por Veiga (2002) que descreve sete elementos, sendo eles: finalidades da instituição; estrutura organizacional; currículo; tempo escolar; o processo de decisão; as relações de trabalho; e a avaliação.

#### 4.3.1 Finalidades da instituição

A IES pesquisada passou por várias transformações: ciclo da faculdade isolada (1947 a 1972); ciclo da integração – faculdades integradas (1972-1981); posteriormente, ciclo da fusão (1981 a 1987) – integração administrativa e didática; ciclo da transformação (1988) – torna-se universidade e, por último, ciclo da modernização (a partir de 1997) – quando passa por diversas reestruturações. Localiza-se territorialmente em ponto privilegiado e estando próxima aos principais centros consumidores do País. Como missão, a instituição refere: “promover o ensino e a geração do conhecimento formando o profissional comprometido com uma sociedade justa”. (PROES-IES-X, 2014, p. 11).

Conforme o Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), a IES pesquisada compromete-se como visão de futuro consolidar-se na pesquisa; no ensino de qualidade e na extensão; e na ação comunitária, fundamentando-se nos aspectos de responsabilidade social da instituição. O Projeto Político Institucional (PPI) propõe uma formação humanista do indivíduo, único e coletivo, que responde às demandas sociais, tornando-se um agente transformador na sociedade, sem abster-se da ética nas práticas humanas. Nos referenciais ético-políticos da instituição, consta a seguinte mensagem: “O processo pedagógico visa mais que o ensino, tendo em vista o envolvimento do estudante com a realidade do mundo contemporâneo relacionando sua formação ao universo das aspirações e das necessidades da sociedade”. (PROES-IES-X, 2014, p. 13).

Como política institucional, torna público o seu compromisso que é com o ensino de profissões, voltado para uma sociedade justa. Normatizado ao compromisso, “pretende restaurar a formação do médico generalista com habilidades e competências para o diagnóstico e tratamento de doenças prevalentes, para a promoção da saúde, a prevenção da doença e a reabilitação”. (PROES-IES-X, 2014, p. 194). Assim, a IES pesquisada está empenhada, por meio de seu PPC, em estabelecer sua formação do médico com caráter generalista.

Um ponto relevante no PPC é a necessidade de o aluno se tornar protagonista em sua formação profissional, por meio de atividades colaborativas, favorecendo a interação entre todos (alunos-professor e aluno-aluno), concebendo o seu próprio conhecimento e do grupo. Assim, o professor deve organizar as atividades de aprendizagem centradas na vida, reafirmando que o adulto aprende experienciando as situações que lhe são proporcionadas. Pondera que, atualmente, o ensino da profissão do médico se faz, muito mais, por meio de ambientes facilitadores (atividades práticas nas unidades de saúde do Município), do que pela forma tradicional.

A referida IES oferece, desde o primeiro período do curso de medicina, a inserção desse aluno em campo de atividade prática, observando e reconhecendo a realidade de uma dada sociedade, contribuindo para formar um profissional igualmente apropriado ao contexto educacional e de acordo com a realidade da população. Os alunos estão em constante participação em cenários do SUS. A metodologia do ensino está constituída por eixos estruturantes: tutoria e saúde e sociedade e por meio do que o estudante lê, vê, ouve, sente e toca, confrontando-se com conhecimento anterior, formando um novo conhecimento.

#### 4.3.2 Estrutura Organizacional

A estrutura organizacional do curso de medicina da IES pesquisada, em suas atribuições administrativa, didática e pedagógica trabalham de forma integrada, possuindo funções e responsabilidade específicas. Está estruturada da seguinte forma:

##### A) Sistema de Gestão e Planejamento Estratégico do Curso

A.1 Órgãos Colegiados: Colegiado do Curso e Núcleo Docente Estruturante (NDE). O Colegiado é composto pelo gestor do curso, cinco professores e por um aluno. O NDE é composto pelo gestor do curso e professores conforme critérios de titulação e regime de trabalho, estabelecidas pela Portaria MEC nº. 147/2007.

A.2 Gestor do Curso: para ser gestor, o professor deverá possuir alguns atributos: experiência no magistério superior, gestão acadêmica, possuir no mínimo mestrado. Representa o curso em todas as suas instâncias e suas “atribuições e responsabilidades são definidas no ato da nomeação, estabelecidas no Artigo 16, do regimento geral” da IES. (PROES-IES-X, 2014, p. 187).

A.3 Sistema de Gestão Acadêmica (SGA): é um ambiente para a gestão do curso e supervisão de alunos. Mantém informações sobre o curso e sobre os alunos, em toda sua vida acadêmica.

A.4 Diretoria de Serviços Acadêmicos (DSA): é responsável pelo registro e controle acadêmico, desde o ingresso até o fim do curso. A IES pesquisada tem pareceria com a Diretoria de Tecnologia da Informação (DTI) que “desenvolveu e mantém sistema informatizado específico para suporte a todas as atividades inerentes à vida acadêmica do aluno”. (PROES-IES-X, 2014, p. 188).

#### B) Recursos Humanos

B.1 Equipe Docente: O curso da IES pesquisada afirma possuir professores afinados com o processo ensino-aprendizagem, competentes, com titulação, com experiência acadêmica e compromissados com a qualidade do ensino.

Atividades práticas, que acontecem em laboratórios do *campus* universitário e nos laboratórios de Habilidades, conforme o ciclo, também, em Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Atenção Especializada e Hospitais, sempre estarão sob supervisão direta do docente ou médico preceptor, em todas as atividades. Vale evidenciar que, as atividades práticas do internato, é supervisionada em 100% por um docente médico preceptor.

Há um vínculo indissociável da docência e assistência médica nos vários cenários de aprendizagem desde o início do curso. Os docentes das matérias curriculares estão integralmente inseridos na assistência nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, garantindo uma real integração teórico-prática. (PROES-IES-X, 2014, p. 59).

B.2 Técnicos Administrativos: é constituído pelo(a) assistente pedagógico(a), pelo(a) secretário(a) do curso e pelos técnicos de laboratório. Cada qual exercendo sua função com habilidade para manter a qualidade do processo ensino-aprendizagem, atendendo aos docentes e discentes do curso.

#### 4.3.3 Currículo

Dentro do projeto político do curso, encontra-se o currículo que, irá determinar o perfil do profissional egresso. Falar em currículo é falar em poder e ter consciência que o mesmo é campo de disputa pela legitimidade de um perfil profissional, assegurado pelo campo do conhecimento. Veiga (2010, p. 1) afirma que o projeto pedagógico

[...] é uma ação intencional, com um sentido explícito, com um compromisso definido coletivamente. Por isso, todo projeto pedagógico da escola é, também, um projeto político por estar intimamente articulado ao compromisso sociopolítico com os interesses reais e coletivos da população

majoritária. É político no sentido de compromisso com a formação do cidadão para um tipo de sociedade.

O currículo do curso de medicina da IES pesquisada está na quinta versão, tem duração mínima de 12 semestres, 9.936 horas/aula e 60 vagas ofertadas semestralmente. Possui seus componentes curriculares, com modalidade de ensino presencial e semipresencial, dispostos com carga horária teórica e prática. Em cada etapa (semestre), verifica-se a carga horária por componente e o total da etapa.

O Projeto Pedagógico foi constituído pela perspectiva da interdisciplinaridade, enquanto preceito, e pela metodologia do perfil, associando a biologia às questões humanas, individuais e coletivas e realçando a importância da formação generalista com perfil humanista. No levantamento feito pela IES pesquisada, em 2009, a cidade-sede do curso contava com 1090 médicos, sendo 38% destes das quatro áreas básicas: clínica médica; cirurgia geral; ginecologia e obstetrícia; e, pediatria. As inúmeras especialidades clínicas contam com 26,2% e as especialidades cirúrgicas com 26,4%. As especialidades em patologias clínicas e radiológicas somam aproximadamente 10%. Com isso, as especialidades médicas, perfazem um total de 62%. Em seu próprio projeto, a IES aponta que

[...] esses dados são expressivos para demonstrar uma forte tendência da atual educação médica que promove a fragmentação do conhecimento. Cada uma das áreas básicas corresponde a uma especialidade e é esta a lógica que fundamenta a organização da maioria dos cursos médicos. Este tipo de formação não promove a integração dos conhecimentos e prepara o médico para intervir em situações curativas e não para atuar na promoção à saúde. (PROES-IES-X, 2014, p. 40).

O PPC da IES pesquisada propõe uma formação de médicos, de acordo com a política nacional de saúde, com destaque aos ambientes extra-hospitalares, de acordo com o perfil nosológico atual. Durante a formação, o aluno passará por três perfis: Intermediário I; Intermediário II e Final, com definição de perfil baseada no que está descrito no Regimento Geral da universidade. Significa a maneira do exercício profissional, implicado num agrupamento de saberes, habilidades e atitudes, refletindo em ações.

No PPC afirma-se que o currículo se faz transversalmente subsidiado pelos eixos temáticos, e está disposto em ciclos. É composto de componentes curriculares optativos (Processos Interativos com a Pessoa Surda – LIBRAS; Cidadania: Heterogeneidade e Diversidade; Leitura e Produção de Textos Acadêmicos e Ciências Morfofuncionais); e, de temas transversais. Há a presença de Atividades Complementares, que é um componente

curricular aberto e ajustável, que permite ao aluno decidir o que aprender e de que forma, fora do horário habitual de aula. As Atividades Complementares são organizadas em linha de ações, que são duas: Educação para o exercício da cidadania e Educação para a saúde. De forma interdisciplinar, há inclusão de temas relacionados ao multiculturalismo, das relações étnico-raciais, cultura afro-brasileira, educação ambiental e direitos humanos.

A representação gráfica do currículo apresenta os eixos que estruturam todo o curso de medicina. São eles: Eixo Saúde e Sociedade; Eixo das Ciências Morfológicas; Eixo Agressão-Defesa-Adaptação-Doença; e o Eixo da Tutoria. Todos eles propiciando a interdisciplinaridade e imprimindo caráter flexível ao currículo. O curso possui três ciclos: básico (1º ao 4º período); intermediário (5º ao 8º período) e internato (9º ao 12º período). A estrutura curricular integra conteúdos e articula os ciclos (básico com o profissionalizante) por meio do componente ‘Reestudos’. Orientado pelo Regimento do Internato, o aluno pode realizar até 25% da carga horária dos estágios do internato, em outras instituições de ensino. No PPC da IES pesquisada, afirma-se que

[...] a carga horária total e de atividades práticas (aproximadamente 70%) no currículo do curso de Medicina propicia o aprendizado no cenário real, a formação do médico com perfil generalista, humanista, e com competência para intervir no processo saúde-doença, atuando com resolubilidade nos problemas prevalentes. (PROES-IES-X, 2014, p. 94).

Isso indica o compromisso da IES com uma formação não-especialista preocupada com as doenças encontradas, atualmente, na maior parte da população local e brasileira.

#### 4.3.4 Tempo Escolar

Quando se fala em tempo escolar, é preciso lembrar que existe um controle hierárquico que desfruta do tempo que pode estar sendo bem ou mal empregado pela administração escolar e pelo professor. Veiga (2010, p. 8) lembra que “quanto mais compartimentado for o tempo, mais hierarquizadas e ritualizadas serão as relações sociais, reduzindo, também, as possibilidades de se institucionalizar o currículo integração que conduz a um ensino em extensão”.

O curso de medicina da IES pesquisada se constitui, enquanto tempo, da seguinte forma: regime escolar integral, com duração mínima de 12 semestres, com carga horária total de 9.936 horas/aula. Os indicadores do tempo escolar, por ciclo, estarão descritos no Quadro



3. Existe uma discrepância entre a carga horária total informada no PPC e a carga horária distribuída nos ciclos e nos componentes curriculares. A diferença é de 576 horas; podemos inferir que pode ter-se esquecido de informar algum componente, pode ser erro de digitação, ou até mesmo, falha ao conferir a distribuição de carga horária e componente curricular.

**Quadro 3** – Indicadores do tempo escolar em horas/aula.

| <b>CICLO BÁSICO</b>                            |                        |
|--|------------------------|
| Ciências Morfológicas I, II, III, IV           | 792 horas/aula         |
| Ciências Fisiológicas I, II, III               | 360 horas/aula         |
| Saúde e Sociedade I, II, III, IV               | 648 horas/aula         |
| ADAD I e II                                    | 440 horas/aula         |
| Procedimentos Hospitalares                     | 40 horas/aula          |
| Tutoria I, II, III, IV                         | 160 horas/aula         |
| Atividades Complementares                      | 240 horas/aula         |
| <b>Subtotal 1</b>                              | <b>2680 horas/aula</b> |
| <b>CICLO INTERMEDIÁRIO</b>                     |                        |
| Semiologia                                     | 400 horas/aula         |
| Pediatria I e II                               | 240 horas/aula         |
| Clínica Médica I, II, III                      | 560 horas/aula         |
| Ginecologia e Obstetrícia I, II                | 180 horas/aula         |
| Saúde e Sociedade V, VI, VII, VIII             | 160 horas/aula         |
| Estudos Integrados I, II, III, IV              | 360 horas/aula         |
| Tópicos Especiais I, II, III, IV               | 160 horas/aula         |
| Tutoria V, VI, VII, VIII                       | 160 horas/aula         |
| Atividades Complementares                      | 240 horas/aula         |
| <b>Subtotal 2</b>                              | <b>2460 horas/aula</b> |
| <b>CICLO AVANÇADO</b>                          |                        |
| Internato em Clínica Médica I e II             | 540 horas/aula         |
| Internato de Pediatria I e II                  | 720 horas/aula         |
| Internato em Saúde Coletiva I e II             | 540 horas/aula         |
| Internato em Clínica Cirúrgica                 | 720 horas/aula         |
| Internato em Ginecologia e Obstetrícia I e II  | 720 horas/aula         |
| Internato em Medicina Interna                  | 450 horas/aula         |
| Internato em Medicina de Urgência e Emergência | 450 horas/aula         |
| Tutoria IX, X, XI, XII                         | 80 horas/aula          |
| <b>Subtotal 3</b>                              | <b>4220 horas/aula</b> |
| <b>TOTAL</b>                                   | <b>9360 horas/aula</b> |

**Fonte:** Elaborado pela pesquisadora, a partir dos dados do PPC (PROES-IES-X, 2014).

#### 4.3.5 Processo de Decisão

Propor uma gestão de decisões (gestão escolar democrática) implica estar ciente do saber social e democrático da educação. O ‘saber social’, por meio das lutas históricas da classe trabalhadora, desenvolveu os conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, consolidando os interesses econômicos, políticos e culturais dos professores. As decisões no curso de medicina da IES pesquisada ficam sob a responsabilidade dos Órgãos Colegiados: Colegiado do Curso e Núcleo Docente Estruturante.

As atribuições do Colegiado, principalmente, são sobre o que constitui as atividades pedagógicas descritas no projeto pedagógico. Porém todas as decisões efetuadas pelo colegiado são submetidas, *ex-officio*, à Câmara de Ensino que tem autonomia de deliberação, de acordo com interesse da instituição.

Os professores do NDE são indicados pelos pares e nomeados pelo Reitor. A partir do segundo semestre de 2008, passou a contar também, com representantes discentes das várias séries do curso de medicina. O NDE é responsável pela criação, implantação, consolidação e atualização do PPC. Elaboram atividades para o fortalecimento do perfil profissional do egresso; pela integralidade das atividades de ensino descritas no currículo, promovendo a interdisciplinaridade; incitam incremento de novas linhas de pesquisa e extensão de acordo, com as necessidades do curso e mercado de trabalho.

#### 4.3.6 As Relações de Trabalho

A dinâmica das relações de trabalho pode erguer-se no exercício da sala de aula e nos espaços da escola. Alguns elementos são elencados na perspectiva das dimensões do trabalho relevantes para o ensino: emprego; carreira; tarefas e requisitos; e, profissão. Veiga destaca que as relações de trabalho “[...] no interior da escola deverão estar calcadas nas atitudes de solidariedade, de reciprocidade e de participação coletiva, em contraposição à organização regida pelos princípios do trabalho da fragmentação e do controle hierárquico”. (VEIGA, 2010, p. 9).

O curso de medicina da IES pesquisada mantém uma política institucional para apoiar o corpo docente. A Universidade possui um Plano de Cargos e Salários para Docentes (PCSD) que estabelece a admissão, promoção e direitos na IES-X. Os objetivos são

[...] possibilitar o desenvolvimento profissional e humano do docente levando em conta o seu comprometimento com a missão e os objetivos da Universidade. Visa também incentivar o docente para a busca contínua de padrões elevados de qualidade, produtividade, eficiência e inovação e estimulá-lo para o desenvolvimento da pesquisa, da produção cultural e artística, no âmbito das atividades universitárias. (PROES-IES-X, 2014, p. 195).

#### 4.3.7 Avaliação do PPC e Avaliação da Aprendizagem

A IES-X possui a Comissão Própria de Avaliação (CPA) que avalia regularmente os cursos nos elementos: organização didático-pedagógica, corpo docente e instalações físicas. Mantém equipe de professores para realizar o desenvolvimento e formação docente, o Núcleo de Apoio Técnico Pedagógico da Pró-Reitoria de Ensino Superior (PROES). A cada semestre letivo, sob a coordenação da PROES, os professores, podem participar da Semana Institucional de Planejamento para cooperar nas decisões, nas sugestões com o intuito de melhorar a qualidade da docência e do curso, discutindo sobre as práticas pedagógicas e seus fundamentos.

Avaliação é um processo dinâmico relacionando os aspectos políticos e sociais do PPC. No processo de avaliação, deve haver abertura às rejeições e conflitos e destacam-se dois pontos importantes durante o processo: avaliar é dinâmico e provê subsídios ao PPC e deve ir ao encontro das ações dos alunos e professores. (VEIGA, 2010). No PPC da IES pesquisada, ela se propõe a

[...] consolidar o processo de avaliação e acompanhamento do Ensino de Graduação, com a participação de todos os segmentos da comunidade interna e externa; [...] tornar permanente a avaliação institucional das atividades de extensão universitária como um dos parâmetros de avaliação da própria Universidade; e, [...] a instalação de uma cultura permanente de avaliação, buscando estabelecer retroalimentação além da prospecção de novos cenários. (PROES-IES-X, 2014, p. 16, 18, 19).

No perfil desenvolvido pelo aluno de medicina da IES pesquisada, pode-se antever que a avaliação da aprendizagem é processual, sujeitando-se a uma programação específica, acompanhada pelos docentes e tutores, com a finalidade de aprimorar as habilidades clínicas e atitudes profissionais, em todas as atividades previstas durante sua graduação.

A Avaliação deve ser entendida como sendo a compreensão das competências curriculares descritas no PPC. O processo adotado pela IES pesquisada está regulamentado pelo Regimento Geral (RG) da instituição e pela Resolução nº. 82/2009 que dispõe sobre alteração nos Artigos 46, 47 e 48 do RG. A IES-X estabelece que a avaliação é

[...] parte integrante do processo ensino-aprendizagem, segundo os perfis definidos nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação e estabelece as regras para pontuação da avaliação continuada e do exame suplementar, para alunos que não obtiverem pontuação maior ou igual a 70 pontos ao longo do semestre letivo. (PROES-IES-X, 2014, p. 156).

Referente à avaliação da aprendizagem para promoção, certificação ou diplomação, é efetuada por meio de exames presenciais, e os critérios de frequência (mínima de 75%) e aproveitamento são eliminatórios.

A Tutoria firma a interação pedagógica, promove a intercomunicação (professores, tutores e alunos), e, também, participa da avaliação desenhando ‘o perfil’ do aluno para consequente intervenção direta nesse processo. O tutor deve ser capaz de conduzir suas ações, mesmo que haja dualismo de elementos conceituais, “formação generalista, com capacidade de encontrar solução para os problemas prevalentes, no discernimento de situações que demandam atenção de maior complexidade, na formação humanista e na obediência a princípios éticos” (PROES-IES-X, 2014, p. 62), ajudando o aluno a adquirir competências e habilidades (natureza técnica da profissão).

O estágio curricular do internato tipifica-se como formação em serviço, com atividades práticas e teóricas, com a finalidade de promover e proteger a saúde, em todas as condições e fases da vida, identificando as doenças mais prevalentes e prestando assistência aos doentes, e, atuando sob a iminência da morte. O componente curricular de pediatria, no internato, faz alusão aos atendimentos em ambulatórios de especialidade com maior relevância, para a formação do médico generalista, destacado na redação do PPC.

Pelo apresentado, desde a sua criação o curso de medicina da IES pesquisada tem a vocação para a formação generalista e para a integralidade do cuidado.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÕES: o que revelam os dados**

Neste capítulo, apresentaremos os resultados advindos da análise dos questionários e das entrevistas, descritos na metodologia, visando identificar as concepções sobre o caráter generalista na perspectiva dos professores do curso de medicina; distinguir práticas pedagógicas que podem promover a formação generalista; e, constatar e discutir os limites e as possibilidades para a formação generalista.

Pesquisa de campo não é tarefa fácil! Obter as respostas dos questionários foi prazeroso, mas muito trabalhoso, ainda mais quando se trata de professores/médicos, médicos/professores, que acreditam ter muitos afazeres e disponibilizam pouco do seu tempo. Produzir ciência é ocupar-se concomitantemente com teoria, método e técnicas, acrescidos de qualidade, lembrando que a análise decorre também da arte, do traquejo e do aperfeiçoamento do pesquisador que dá o tom e o tempero do trabalho elaborado. (MINAYO, 2012). Nesse sentido, é que buscamos construir a nossa pesquisa, numa situação de aprendizagem e de aperfeiçoamento.

Conforme já anunciamos, a pesquisa de campo foi realizada utilizando como procedimentos, o questionário e entrevista semiestruturada, por meio de uma amostra (um subconjunto finito de uma população) de docentes do curso de medicina da IES pesquisada. A definição ocorreu por um processo de amostragem aleatória estratificada para a seleção dos participantes para responder ao questionário, usando uma tabela de números aleatórios. Esta tabela garante manualmente a aleatorização da amostragem a ser utilizada no trabalho.

A estratificação levou em consideração os três ciclos do curso: básico, intermediário e internato. Do total de 140 professores, o questionário foi disponibilizado para 42 docentes, divididos igualmente pelos três ciclos. Porém, conseguimos recolher 38 questionários, sendo 14 do ciclo básico e 12 de cada ciclo, intermediário e internato. Um professor do internato se recusou a responder as perguntas, afirmando que elas eram intimidadoras e os outros três não os restituíram, mesmo tendo persistido para que devolvessem os questionários, alegaram esquecimento, falta de tempo, pressa, dentre outras coisas.

A amostragem para a entrevista ficou estabelecida em seis docentes (dois em cada ciclo), porém foram realizadas cinco entrevistas no total, pela falta de disponibilidade de uma possível entrevistada. Como critério, contatamos docentes que já haviam participado da etapa do questionário, com exceção de um. Este professor exerce função importante, aceitando prontamente a participar da entrevista.

A análise dos dados utilizou a triangulação de fontes, servindo-se da pesquisa bibliográfica, da documental e da de campo, fazendo uso da estatística descritiva e contagem da frequência de vocábulos rememorados a partir das frases indutoras, à luz dos referenciais teóricos que fundamentam a pesquisa, tendo como norteadores os objetivos a serem alcançados. De cunho qualitativo, a análise dos dados seguirá o proposto por Minayo (2012, p. 621) “uma análise para ser fidedigna precisa conter os termos estruturantes da investigação qualitativa que são os verbos: compreender e interpretar; e os substantivos: experiência, vivência, senso comum e ação social”.

Obtivemos das respostas do questionário três grandes eixos de análise, são eles: a identificação; as concepções dos procedimentos pedagógicos e o caráter generalista e/ou especialista na formação do médico. Para a análise das entrevistas, estabelecemos cinco unidades temáticas de análise: docência no ensino superior; saberes e práticas docentes; docência em medicina; metodologias ativas e formação generalista. Os resultados de análises quantitativas e qualitativas estarão sendo correlacionadas sempre que possível, para conferir sentido ao que foi proposto no trabalho.

Construímos a análise dos dados qualitativos utilizando de momentos intrincados: a redução – que consiste em apurar, reduzir e ordenar todos os dados obtidos; a apresentação – é quando o pesquisador condensa os dados, formando uma rápida e profícua visão do conhecimento recolhido; e, as conclusões – esse momento está relacionado com a quantidade de informações extraída e da destreza do pesquisador. Analisamos os resultados, extraindo os dados da pesquisa documental do questionário e da entrevista articulando-os entre si, dialogando com o referencial teórico no sentido de produzir as interpretações possíveis da pesquisadora.

## **5.1 Caracterização dos participantes**

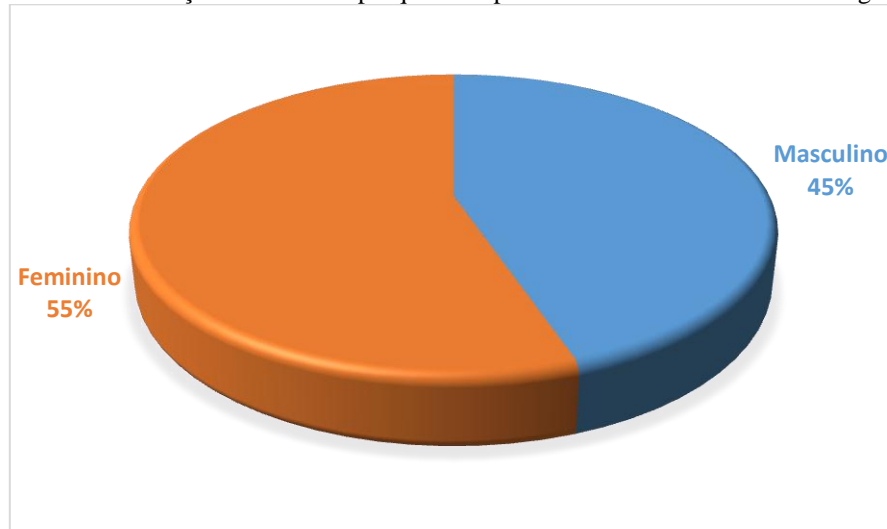
Compreender quem são essas pessoas é muito importante para identificar as concepções de formação do médico e definir as suas práticas pedagógicas. No Gráfico 1, dos 38 questionários recolhidos, observa-se uma discreta predominância de docentes do sexo feminino, confirmando, também no curso de medicina, a ascendência da feminização na profissão docente brasileira, evidenciada hodiernamente desde o século XIX.

Conforme afirma Santos (2008, p. 11), na categoria docente, as relações de sexo “devem articular as diferenças na composição sexual da profissão com as mudanças na

economia e no mercado de trabalho, ao processo de sexualização das profissões e a expansão do sistema escolar”.

Independente do sexo do professor, ele é o elemento chave para a transformação da constituição de futuros médicos. Nas diversas interações (aluno / equipe / indivíduo / família / comunidade), o professor necessita ultrapassar a transmissão de conhecimentos para compor zonas de desenvolvimento e de abstração, contextualizando propositadamente a realidade vivenciada e sua transformação.

**Gráfico 1** – Distribuição de docentes pesquisados por sexo do curso de medicina – ago/2016.



**Fonte:** Elaborado pela autora com base nos questionários aplicados.

Quanto à idade, dos 38 participantes, no ciclo básico a maior parte dos professores (oito em 14) possui 45 anos e mais; no ciclo intermediário o número de professores por intervalo de idade é próximo, sendo sete professores entre 30 e 45 anos e cinco professores com 45 anos e mais; e, no ciclo avançado, todos os professores (11), exceto um, estão na faixa de idade de 30 a 45 anos. Para identificação das faixas etárias dos docentes, foi construída a Tabela 3. Constatamos que existe um predomínio de professores, 24 (63,15%), que possuem entre 30 e 45 anos, identificamos que os professores/médicos (ciclos intermediário e avançado) são mais jovens, o que nos induz a levantar a hipótese de que se dedicam à docência e nela permanecem até se firmarem no mercado de trabalho, atuando como médicos.

**Tabela 3** – Idade dos docentes pesquisados – ago/2015.

| IDADE | CICLO BÁSICO | CICLO INTERMEDIÁRIO | CICLO AVANÇADO | TOTAL |
|-------|--------------|---------------------|----------------|-------|
| 30-35 | 1            | 3                   | 4              | 8     |
| 35-40 | 2            | 3                   | 3              | 8     |
| 40-45 | 3            | 1                   | 4              | 8     |
| 45-50 | 5            | 2                   | -              | 7     |

|              |           |           |           |           |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 50-55        | 1         | 2         | -         | 3         |
| 55-60        | 2         | -         | -         | 2         |
| 60-65        | -         | 1         | 1         | 2         |
| <b>TOTAL</b> | <b>14</b> | <b>12</b> | <b>12</b> | <b>38</b> |

**Fonte:** Elaborado pela autora com base nos questionários aplicados.

A Lei n.º 12.842, de 10 de julho de 2013, ao dispor sobre o exercício da medicina, em seu Art. 5º, incisos III e V (BRASIL, 2013) estabelece que seja “privativo do exercício médico: o ensino de disciplinas especificamente médicas e a coordenação dos cursos de graduação em medicina, dos programas de residência médica e dos cursos de pós-graduação específicos para médicos”. Por isso, constata-se a predominância de professores/médicos, conforme apresentado na Tabela 4, especialmente nos ciclos intermediário e avançado. No ciclo básico, dois professores possuem mais de uma graduação.

**Tabela 4** – Graduação dos docentes pesquisados do curso de medicina – ago/2016.

| <b>GRADUAÇÃO</b>    | <b>CICLO BÁSICO</b> | <b>CICLO INTERMEDIÁRIO</b> | <b>CICLO AVANÇADO</b> | <b>TOTAL</b> |
|---------------------|---------------------|----------------------------|-----------------------|--------------|
| Medicina            | 3                   | 12                         | 12                    | 27           |
| Enfermagem          | 1                   | -                          | -                     | 1            |
| Odontologia         | 4                   | -                          | -                     | 4            |
| Educação Física     | 1                   | -                          | -                     | 1            |
| Fisioterapia        | 1                   | -                          | -                     | 1            |
| Farmácia/Bioquímica | 2                   | -                          | -                     | 2            |
| Fonoaudiologia      | 1                   | -                          | -                     | 1            |
| Ciências Biológicas | 1                   | -                          | -                     | 1            |
| Zootecnia           | 2                   | -                          | -                     | 2            |
| <b>TOTAL</b>        | <b>16</b>           | <b>12</b>                  | <b>12</b>             | <b>38</b>    |

**Fonte:** Elaborado pela autora com base nos questionários aplicados.

A mesma Lei faz referência, apenas, ao ensino de disciplinas médicas e à coordenação de cursos, não especifica nada sobre a titulação acadêmica. Porém, no Artigo 52º da LDB 9.394/96, no item II, diz que pelo menos um terço do corpo docente da universidade deve ter titulação acadêmica de mestrado ou doutorado. De acordo com Pereira e Anjos (2014), o censo da educação superior de 2011, realizado pelo INEP, aponta que o número total de professores produtivos no ensino superior no Brasil somava 325.804, e 60% deles atuavam nas IES privadas. Quanto à sua formação, 16,5% são doutores, 44,1% mestres e 39,4% especialistas. Porém, Garcia e Silva (2011) afirmam que o fato de possuírem pós-graduação não garante a formação pedagógica necessária para o exercício da docência, pois, quando essa está presente é instrumental e insuficiente.

O preparo pedagógico do professor, obtido na pós-graduação, em geral é insuficiente e de caráter instrumental e genérico, limitando-se à experiência e



à intuição, calcado nos modelos vivenciados como aluno e no bom senso. Há falta de profissionalização docente, ou seja, domínio de conhecimentos, comportamentos e habilidades para o ensino, e frequentemente se desconhece a estrutura curricular e a relação entre as disciplinas. (GARCIA e SILVA, 2011, p. 60).

Dos professores que participaram da entrevista, todos são formados em alguma profissão da área da saúde. Dois deles obtiveram a sua complementariedade da formação em cursos na área da educação e em áreas instrumentais (especialização, mestrado e doutorado). Segue a descrição das titulações de cada professor. CB10<sup>3</sup> – especialista em docência universitária e mestrado em patologia. CB06 – especialista em farmacologia e docência universitária; e, mestrado em educação. Os outros possuem titulação de caráter instrumental de sua profissão confirmando o quadro identificado em diversas outras pesquisas. CI20 – especialista em endocrinologia e metabologia e doutorado em clínica médica; CI18 – especialista em ginecologia e obstetrícia e subespecialidade em medicina fetal; e, CA39 – especialista em medicina, mestrado em medicina preventiva e doutorado em saúde da criança e do adolescente. Sobre sua formação e introdução na docência, assim, manifestam-se os entrevistados:

**CB10:** [...] eu já cheguei com uma graduação na área da saúde e já tinha pós-graduação, um mestrado na área de parasitologia que é uma área básica, comum a todos os cursos na área da saúde [...].

**CB06:** [...] com as mudanças que aconteceram no curso e alguns cursos de saúde tiveram a carga horária reduzida, eles me chamaram para ser professora da morfo, aliás, inicialmente eu comecei na saúde e sociedade, além da morfologia e eu lecionava nos dois componentes curriculares.

**CI20:** Eu já estava com o cargo de docente na UFTM e na época fui convidada pela Dr.<sup>a</sup> Aparecida, que foi a primeira diretora do curso, a compor o quadro de docentes da Universidade no curso de medicina.

**CI18:** Eu me descobri professor, eu não tive formação de professor.

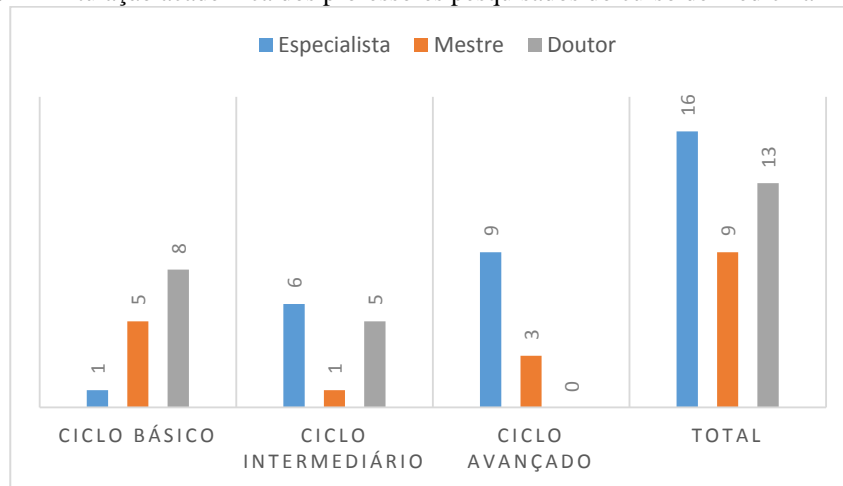
**CA39:** Comecei na Federal, quando fiz concurso pra área de saúde pública.

Essas falas dos entrevistados confirmam o que os pesquisadores afirmam sobre a formação para a docência no ensino superior, ela não existe e não é exigida para o ingresso. Alguns vão buscar, como CBO6 e CB10. Professor como CB18, durante a graduação foi monitor e “[...] dentro da monitoria, eu percebi que gostava muito de estar compartilhando

<sup>3</sup> Os participantes foram identificados por códigos, para preservar a sua identidade, conforme protocolo de pesquisa encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa. CB, significa professor do ciclo básico; CI, professor do ciclo intermediário; CA, professor do ciclo avançado. Essas duas letras são seguidas de um número que identifica cada sujeito.

*conhecimento*”. Verifica-se que pela identificação de estar compartilhando conhecimento, despertou-se para a docência, porém ainda não buscou nenhuma formação na educação, baseando sua docência no senso comum e nos modelos de professores que acreditam ter competência docente.

**Gráfico 2** – Titulação acadêmica dos professores pesquisados do curso de medicina – ago/2016.



**Fonte:** Elaborado pela autora com base nos questionários aplicados.

Constatamos, no Gráfico 2, que, dos professores pesquisados, existem 34,21% de doutores, 23,68% de mestres e 42,10% de especialistas. Isso nos remete a pensar que a IES pesquisada possui um número razoável de doutores e mestres (57,9%), porém, ao analisarmos a titulação acadêmica por ciclo, constatamos que o menor número de titulados em programas *stricto sensu* encontra-se predominantemente no internato, ciclo avançado, no qual 75% dos docentes atuantes têm apenas especialização (*lato sensu*). É importante pontuar que é nesse momento que ocorre o ensino prático da profissão do médico. À medida que o aluno avança em sua formação, a titulação dos professores, vai ficando restrita à competência profissional de médico especialista.

Não existe nada especificado nos documentos analisados (DCN e PPC), que no internato, tenha que se reforçar o caráter do ensino generalista; pode-se inferir também que, nesse ciclo, o aluno está em contato com as especialidades médicas e próximo de decidir qual carreira seguir. Entendemos que, nesse ciclo, haverá lacunas sob os aspectos da formação generalista, já que os aspectos da especialização são referentes à questão técnica (especialidade médica).

Quanto ao tipo de aula, na Tabela 5, podemos constatar que a maioria dos professores ministra conteúdos de natureza prática e teórica. A preceptoria, no curso de medicina, é exclusiva para o ensino do conteúdo prático profissionalizante, ficando por conta de

professores/médicos. A medicina ocidental, inicialmente tinha *status* de arte, assim, os preceitos priorizados eram a competência clínica, a simplicidade e bom senso na hora da prática. Modificou-se muito o ensino médico, “o médico hoje é valorizado pela sua formação e a sua estratégia profissional está alicerçada pelo acúmulo de saber e pela luta pela manutenção de determinado poder cognitivo. A raridade e o monopólio dos conhecimentos caracterizam os médicos e, mais ainda, os especialistas”. (SÁ, 2015, p. 242).

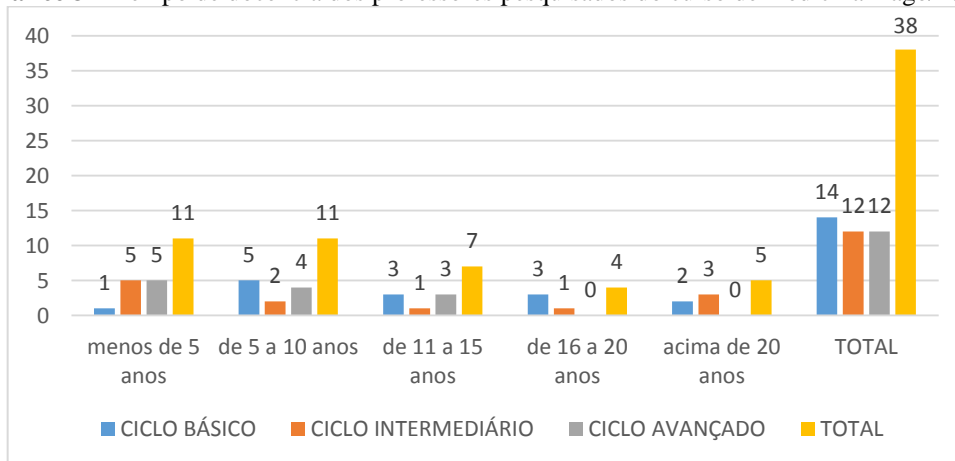
**Tabela 5** – Tipo de aula ministrada pelos docentes pesquisados do curso de medicina – ago/2016.

| TIPO DE AULA      | CICLO BÁSICO | CICLO INTERMEDIÁRIO | CICLO AVANÇADO | TOTAL     |
|-------------------|--------------|---------------------|----------------|-----------|
| Teórica           | 4            | 1                   | -              | 5         |
| Prática           | -            | 1                   | 4              | 5         |
| Teórica e Prática | 10           | 10                  | 7              | 27        |
| Preceptoria       | -            | 3                   | 4              | 7         |
| <b>TOTAL</b>      | <b>14</b>    | <b>15</b>           | <b>15</b>      | <b>44</b> |

**Fonte:** Elaborado pela autora com base nos questionários aplicados.

No que diz respeito ao tempo de docência, sobre as formas de aferir a capacidade e a efetividade docente, é importante lembrar que a ela está ligada ao rumo da vida pessoal, acadêmica e aos incitamentos encontrados na profissão. O Gráfico 3 apresenta que os professores com mais de 11 anos de docência estão distribuídos da seguinte forma: ciclo básico 8 (57,14%); ciclo intermediário 5 (13,15%); e, internato 3 (7,89%).

**Gráfico 3** – Tempo de docência dos professores pesquisados do curso de medicina – ago/2016.



**Fonte:** Elaborado pela autora com base nos questionários aplicados.

Mais uma vez apuramos que os professores com menos tempo de docência também se concentram no internato, onde estão os mais jovens. Isso parece contraditório, pois é nesse momento que os estudantes exercitam a profissão de médico no contato direto com o doente sob o acompanhamento de alguém mais experiente e com maior conhecimento que o aluno e é

aí que estão os mais recentes na docência e com menor titulação. Isso pode conferir fragilidade à formação.

O professor, também, se faz no seu cotidiano de trabalho, sendo necessário refletir sobre sua prática e conduzir para a realidade em que atua. Sobre o constituir-se professor foram bastante diversificadas as opiniões, porém identificamos, por meio das cinco entrevistas, que ser professor seja no curso de medicina ou em outro, é algo muito relevante. A seguir seguem alguns depoimentos.

**CB10:** *Não existe um significado especial no fato de ser professor do curso de medicina, mas existe um significado especial em **ser professor**.*

**CB06:** *[...] é uma responsabilidade muito grande, mas da mesma maneira que é a responsabilidade de eu **ser docente** em outro curso na área da saúde [...].*

**CI20:** *[...] docência, pra mim, hoje, é a minha principal profissão. [...] mas a docência hoje, dentro tanto do meu tempo, quanto do meu envolvimento e da minha dedicação, é a minha principal profissão e eu acredito que seja uma **missão de vida** mesmo. Eu gosto, me sinto realizada. Hoje, pra mim, é uma realização pessoal, realização profissional e, quando eu me formei, não pensava em ser docente.*

**CI18:** *Aí depois que eu terminei as residências, eu recebi o convite pra tá trabalhando **como docente** [...]. Era do que eu já gostava, mas quando eu comecei realmente como docente, [...], eu me realizei. Se eu pudesse ficava só na docência hoje.*

**CA39:** *Significa tudo, nem é muita coisa, **significa tudo**.*

Podemos estabelecer que o perfil do professor da IES pesquisada é, predominantemente, constituído de mulheres, com idade entre 35 e 45 anos, com graduação em medicina, especialista, que ministra aulas teóricas e práticas, e, com pouco tempo de docência (até 10 anos). Detectamos que alguns dos professores pesquisados trazem para a docência sua experiência profissional; outros, tanto a experiência profissional quanto a docente são pequenas, procedentes de curso de residência médica (*lato sensu*), tendo como princípio, apenas a competência científica da área médica.

Verificamos que vários fatores interferem na qualidade da formação de futuros profissionais. Entre esses fatores, titulação é pré-requisito para quem pretende seguir carreira docente, conforme previsto na LDB 9.394/96, a pesquisa confirma que o título, por si só, também não garante qualidade da formação a quem vem buscar uma profissão. A universidade é o local de profissionalização para qualquer ocupação, porém ela “tem-se mostrado ineficaz: a formação de professores para atuar nas diferentes etapas e modalidades

da educação, principalmente na educação profissionalizante, além dos cursos de graduação”. (MELO, 2009, p. 29).

## 5.2 Sobre os procedimentos pedagógicos e a formação humanística e o conceito ampliado de saúde

Ao analisarmos as DCN de graduação em medicina, uma das diretrizes diz respeito à formação humanística, que tem como finalidade desenvolver conhecimentos de humanidades, aptidões em comunicação e construção de vínculo, e o aperfeiçoamento do comportamento moral apropriado às boas práticas médicas. Ligado a tudo isso, está o conceito ampliado de saúde, que foi amplamente discutido na década de 1980 e que consta no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, no período de 17 a 21 maio de 1986, no qual se diz que:

[...] saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p. 4).

Diante dessa perspectiva mais ampla, de que saúde é resultante de uma multiplicidade de fatores, marcada fortemente pela forma de organização social, podemos visualizar na Tabela 6 o quanto os professores da IES pesquisada, subsidiam suas práticas pedagógicas utilizando-se do conceito ampliado de saúde.

**Tabela 6** – Quantificação sobre o conceito ampliado de saúde pelos docentes pesquisados do curso de medicina – ago/2016.

| CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE | CICLO BÁSICO | CICLO INTERMEDIÁRIO | CICLO AVANÇADO | TOTAL     |
|----------------------------|--------------|---------------------|----------------|-----------|
| Sempre                     | 3            | 6                   | 4              | <b>13</b> |
| Quase-sempre               | 3            | 3                   | 4              | <b>10</b> |
| Às vezes                   | 3            | 1                   | 3              | <b>7</b>  |
| Quase nunca                | 4            | 1                   | -              | <b>5</b>  |
| Nunca                      | 1            | 1                   | 1              | <b>3</b>  |
| <b>TOTAL</b>               | <b>14</b>    | <b>12</b>           | <b>12</b>      | <b>38</b> |

**Fonte:** Elaborado pela autora com base nos questionários aplicados.

Aproximadamente 40% dos pesquisados, pouco (*às vezes, quase nunca* ou *nunca*) discutem o conceito ampliado de saúde. Aqui merece destaque, que, na base da formação do médico (ciclo básico), em que as disciplinas biológicas e sociais formam a totalidade, o conceito está sendo pouco discutido. Essa situação é paradoxal, porque, de acordo com o

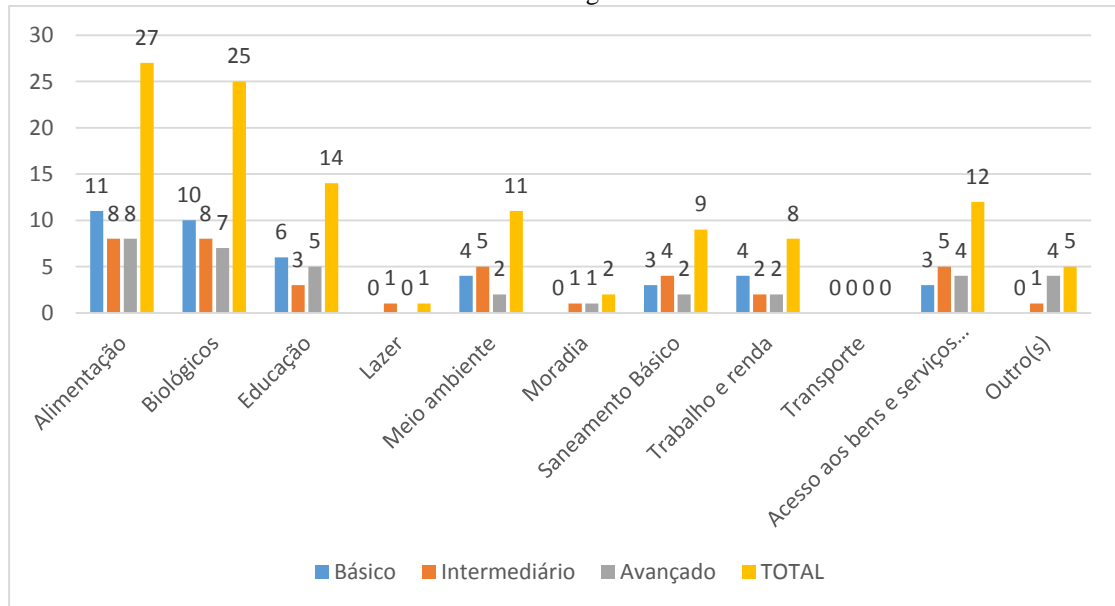
Artigo 29º, no inciso V, das DCN/2014, no qual se descreve a estrutura do curso, faz-se referência às Ciências Humanas e Sociais como sendo os eixos transversais na formação do profissional com perfil generalista. Essas considerações merecem cuidado, pois estamos trabalhando com amostragem e pode acontecer de professores desse componente curricular não terem sido selecionados.

No curso estudado, nesse ciclo aparecem as disciplinas, Saúde e Sociedade I, II, III, IV, nas quais se discutem: história da medicina, processo saúde-doença, a formação médica e seus significados, a relação entre teoria e prática, metodologia do trabalho científico, bioestatística em saúde, epidemiologia descritiva, relação médico-paciente, saúde pública no Brasil: trajetória e contemporaneidade, educação e saúde no Brasil: bases históricas e políticas, a Educação Popular em Saúde (EPS) na escola, EPS do escolar e pesquisa interdisciplinar, epidemiologia analítica, saúde e cidadania, e, prática na unidade de saúde nos quatro períodos.

Rios e Schraiber (2012, p. 309) afirmam que “a construção crítica da postura ética e o pensamento crítico e reflexivo se desenvolvem a partir de disciplinas e condutas que se aprendem nas salas de aula, nos laboratórios e, principalmente, observando os professores em ação na prática cotidiana”. A construção do conhecimento humanístico ligado à profissão do médico depende da correlação entre os conteúdos ministrados, as práticas e experiências vividas e o conceito ampliado de saúde. Boas práticas nas áreas das humanidades médicas devem ser praticadas no dia a dia desde o princípio da formação.

Solicitamos aos pesquisados que marcassem os fatores que interferem direta ou indiretamente no processo de adoecimento do indivíduo e que são discutidos em seus componentes curriculares. Identificamos que os quatro mais apontados são: alimentação, biológicos, educação e acesso aos bens e serviços assistenciais. A alimentação, educação e bens e serviços assistenciais são fatores sociais, assim, os professores da IES pesquisada reforçam as suas práticas pedagógicas no ensino humanístico da profissão, fazendo contraponto com o indicador biológico que está diretamente ligado aos fatores patológicos causadores de alterações orgânicas.

**Gráfico 4** – Fatores condicionantes e/ou determinantes do processo saúde-doença, marcados por ordem de importância que mais são discutidos nos componentes curriculares pelos docentes pesquisados do curso de medicina – ago/2016.



**Fonte:** Elaborado pela autora com base nos questionários aplicados.

Durante a entrevista, foi questionado sobre as características principais (formação generalista, humanista, crítica, reflexiva e ética com capacidade para atuar em todos os níveis de assistência do SUS) descritas na DCN/2014. Abaixo seguem algumas falas nas quais o professor acaba interligando essas características com o conceito ampliado de saúde e os determinantes sociais da saúde durante a formação de um profissional mais humanista e reflexivo. Alguns professores dizem que conseguem interligar as características e outros apontam suas lacunas. Não há um consenso de opiniões.

**CB10:** *Coloco que o corpo pra você que tá na classe alta é prazer, beleza, mas pro trabalhador braçal é pra reprodução, é pra trabalho. Enquanto o acometimento que ele tem não impedir reprodução, não impedir funções sexuais, não impedir trabalho, pra ele, isso não é doença.*

**CB06:** *[...] ele precisa também ter um perfil, e desde o básico a gente tem que começar essa formação de um perfil humanizado, um perfil humanista e é muito importante que a gente ensine pra esse aluno através de atos e das metodologias que a gente utiliza, a trabalhar em equipe, isso é fundamental, porque eu vejo aí uma falha no sistema médico.*

**CI20:** *[...] nessa formação reflexiva, ética, humanista, eu acredito que sim, eu acho que a parte de gestão é uma lacuna.*

**CI18:** *[...] pensando com a cabeça dos governantes agora: quanto mais você consegue tirar os profissionais de saúde de um contexto muito fechado e ampliar os horizontes, de ver a saúde de uma forma integral: física, psicológica e social, eu acho que o caminho é esse.*

**CA39:** *[...] mas eu tento criar uma visão humanística e generalista, criar a visão dele dentro de uma comunidade.*

Quanto às ações realizadas na Atenção Básica, desenvolvidas em seus componentes curriculares, dos 38 questionários devolvidos, 35 professores confirmaram a realização; dois do ciclo básico e um do ciclo intermediário deixaram de responder à questão.

**Tabela 7** – Quantificação das ações desenvolvidas na Atenção Básica pelos docentes pesquisados do curso de medicina – ago/2016.

| <b>AÇÕES NA ATENÇÃO BÁSICA</b> | <b>CICLO BÁSICO</b> | <b>CICLO INTERMEDIÁRIO</b> | <b>CICLO AVANÇADO</b> | <b>TOTAL</b> |
|--------------------------------|---------------------|----------------------------|-----------------------|--------------|
| Sempre                         | 2                   | 3                          | 3                     | <b>8</b>     |
| Quase-sempre                   | 1                   | 3                          | 1                     | <b>5</b>     |
| Às vezes                       | 2                   | 1                          | 3                     | <b>6</b>     |
| Quase nunca                    | 1                   | -                          | 1                     | <b>2</b>     |
| Nunca                          | 6                   | 4                          | 4                     | <b>14</b>    |
| <b>TOTAL</b>                   | <b>12</b>           | <b>11</b>                  | <b>12</b>             | <b>35</b>    |

**Fonte:** Elaborado pela autora com base nos questionários aplicados.

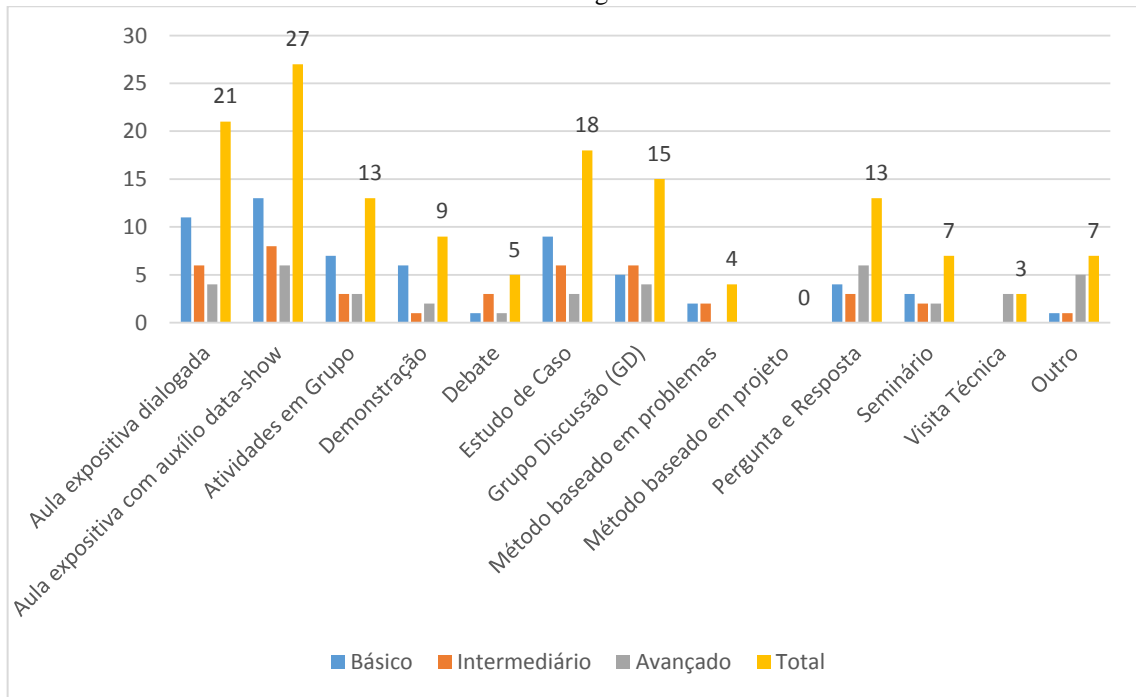
Aproximadamente, 60% dos respondentes pouco ou nunca desenvolvem ações na Atenção Básica. O ciclo, onde os professores mais correlacionam o ensino com sua aplicação na Atenção básica é o ciclo intermediário (58%, incluindo *sempre*, *quase-sempre* e *às vezes*). Os professores do ciclo básico, mais uma vez, destacam-se, pois não identificam ações que relacionem o conteúdo ensinado à aplicabilidade na Atenção Básica (58%, incluindo *quase nunca* ou *nunca*). No internato, 42% (incluindo *quase nunca* e *nunca*), também, não conseguem vislumbrar a aplicabilidade de seus ensinamentos na Atenção Básica.

O curso da IES pesquisada possui carga horária das atividades no internato, na Atenção Básica menor do que a carga horária hospitalar. Outro ponto relevante é que, embora as aulas no ciclo básico tenham sua maior carga horária em sala de aula (teoria) e sua continuidade em laboratórios (anatomia, histologia, fisiologia embriologia e etc.), deveria haver atividades que correlacionassem os conteúdos ensinados com a compreensão da constituição do indivíduo em sua totalidade, proporcionando ao aluno a oportunidade para refletir sobre todos os determinantes do processo saúde-doença e não focando apenas nos determinantes biológicos.

Quanto às estratégias utilizadas para o ensino (tipo de aula) de aulas teóricas e/ou práticas, foi solicitado que os respondentes assinalassem 3 dentre as alternativas apresentadas que, predominantemente, são utilizadas em seu componente curricular. Os resultados podem ser visualizados no Gráfico 5.



**Gráfico 5** – Estratégias de ensino (tipo de aula) mais utilizadas pelos professores pesquisados do curso de medicina – ago/2016.



**Fonte:** Elaborado pela autora com base nos questionários aplicados.

Os dados apontam que os professores utilizam de várias ‘estratégias’ para ministrar o conteúdo. As mais utilizadas, ainda, são as estratégias tradicionais: aula expositiva e aula expositiva com auxílio de *data-show*. Moreira (2015, p. 498) afirma que para “[...] se dedicar à formação de cidadãos emancipados, a escolha das estratégias de ensino e as concepções que estão subjacentes a estas são fundamentais”.

As estratégias escolhidas para o ensino precisam incitar variadas capacidades do aluno, e o professor necessita, simultaneamente, planejar, orientar e inspecionar a aprendizagem de cada aluno, na individualidade e em grupo. Para isso existem várias técnicas, utilizadas para conferir aprendizagem e reflexão. Algumas delas são: expor trabalhos; executar tarefas; e, observar, teorizar e sintetizar informações relevantes, usando sempre de recursos tecnológicos, experimentais e informacionais. Verificar o que cada aluno apresenta como estímulos intrínsecos e extrínsecos, permitir a interação dialógica (professor-aluno e aluno-aluno) em sala de aula, auxiliam na escolha das estratégias de ensino. Estas devem tornar oportuno o desenvolvimento dos processos cognitivos, metacognitivos e afetivos de si próprio e dos seus alunos. (MOREIRA, 2015).

Nas DCN/2001, já havia a indicação de que as metodologias de ensino deveriam privilegiar a participação ativa dos alunos na construção do conhecimento. As DCN/2014, por sua vez, estabelecem que os cursos de medicina devam utilizar metodologias ativas. Dentre

as estratégias próprias dessas metodologias, temos, de acordo com Souza, Iglesias e Pazin-Filho (2014, p. 288): “Aprendizado baseado em problemas (PBL); Aprendizado baseado em equipes (*Team-Based Learning*–TBL); Educação a distância; Simulação; Ensino em ambientes profissionais – enfermarias, ambulatórios, comunidade; Técnicas de avaliação formativa”.

Dentre as estratégias apresentadas no questionário, as que poderiam ser enquadradas como inseridas em metodologias ativas tiveram pouca frequência. O método baseado em projeto não foi apontado por nenhum professor de nenhum dos três ciclos. O método baseado em problemas só foi assinalado por quatro professores; o seminário foi indicado por sete professores. As mais assinaladas dentro das que poderiam ter característica de metodologia ativa, temos o grupo de discussão (15 respostas) e o estudo de caso (18 respostas).

O ciclo que mais apresentou estratégias de ensino foi o ciclo básico, os 14 professores somados, contabilizaram 62 respostas, o que significa que marcaram mais de três; o ciclo intermediário – os 12 professores contabilizaram 41; o ciclo avançado – os 12 professores contabilizaram 39 estratégias. As únicas estratégias de ensino em que o internato supera todos os outros ciclos são: a estratégia de pergunta-e-resposta e visita técnica. Esta última apontada apenas pelos professores do internato.

Apesar de não ter sido categoria de questionamento na nossa pesquisa de campo, é necessário que o professor tenha oportunidades de usufruir de formação, pois seu papel é relevante e essencial para que os alunos possam apropriar-se de sua aprendizagem como sujeitos autônomos. Moreira (2015, p. 506) expressa que “há necessidade de formação continuada no interior da própria instituição respeitando as especificidades, auxiliando no aprimoramento teórico” do mesmo. É importante lembrar, também, que as DCN/2014 estabelecem, no Artigo 34, que a instituição deverá manter de forma permanente um Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde.

Os cinco entrevistados foram questionados sobre a utilização de metodologias ativas e sua viabilidade ou não. As principais dificuldades apontadas para uso de metodologias ativas são:

**CB10:** [...] falta de treinamento dos professores; não compreensão e aceitação dos alunos [...].

**CB06:** [...] é que eles têm chegado do ensino médio com uma dificuldade muito grande de procurar sozinhos. Eles não gostam de procurar em livros, muito Google só.

**CI20:** [...] extensão do conteúdo que é um problema muito sério.

*CII8: Olha eu te confesso que eu preciso até estudar mais a respeito das metodologias.*

*CA39: Para colocar um PBL, primeiro, você precisa treinar os professores; segundo, o professor tem que aceitar aquilo como verdadeiro; terceiro, ele tem que querer fazer aquilo... o que não é uma coisa muito simples.*

Nessas falas, fica evidenciada a necessidade de constante estudo nas questões da ciência da educação e no compromisso com a universidade e o papel que ela desempenha. Incentivar os professores sobre a importância do contínuo processo de formação docente vai além das DCN, é percebido, é falado é sentido por eles. As IES precisam estar cientes disso e assumir seu papel, diante essa situação e, em contrapartida, os professores necessitam assumir os estudos contínuos para a docência. Masetto (2003) sugere que os professores mudem o foco do ensino para a aprendizagem. Enfatizando a aprendizagem, haverá desenvolvimento da pessoa e dos vários elementos de sua personalidade, aperfeiçoando as capacidades intelectuais; as habilidades humanas e profissionais; e, as atitudes e valores integrantes à vida profissional.

### **5.3 Sobre o caráter generalista e/ou especialista na formação do médico**

Para pesquisar o que pensam os professores do curso de medicina da IES pesquisada sobre o caráter generalista e/ou especialista na formação do médico, utilizamos vocábulos rememorados. Utilizamos três ‘frases indutoras’ que propiciaram destacar universos semânticos de um grupo de palavras. São eles: “formação do médico generalista”; “integralidade do cuidado”; “ética e humanização do cuidado”. Após indicar as três palavras que lhe vêm à mente ao ler as expressões indutoras, os respondentes deveriam destacar a mais importante e justificar a sua escolha.

Inicialmente foi feito um trabalho de tratamento das palavras, aproximando palavras sinônimas. Realizamos a seguir uma contagem das palavras e calculamos a média das associações das mesmas, dando origem ao Quadro 4 a seguir.

É sabido que quanto mais se especializa (formação segmentada) na profissão médica, mais os âmbitos da profissão e das relações vão ficando fechados. Quando se questiona sobre a formação de médico generalista, temos como possível núcleo semântico da concepção dos professores questionados a respeito da ‘formação do caráter generalista’ as palavras ‘conhecimento’, ‘humanizado’ e ‘saúde’.

**Quadro 4** – Contagem da frequência de vocábulos formados pela frase indutora ‘formação do profissional médico generalista’, respostas dos docentes pesquisados – ago/2016.

| <b>VOCÁBULOS MAIS CITADOS</b> | <b>FREQUÊNCIA</b> | <b>MÉDIA</b> |
|-------------------------------|-------------------|--------------|
| <b>Conhecimento</b>           | 13                | 1,92         |
| <b>Humanizado</b>             | 10                | 1,80         |
| <b>Saúde</b>                  | 10                | 1,90         |
| <b>Eficiente</b>              | 09                | 2,44         |
| <b>Abrangente</b>             | 07                | 1,71         |
| <b>Família</b>                | 08                | 1,62         |
| <b>Prevenção</b>              | 07                | 1,85         |

**Fonte:** Elaborado pela autora com base nos questionários aplicados.

Apoiados pela análise quanti-qualitativa, compreendemos que esses professores concebem a formação do profissional médico generalista como formação que cuida do conhecimento para um atendimento humanizado e que se preocupa com a saúde. A palavra mais citada foi ‘conhecimento’, com média de importância menor que 2. Esse vocábulo remete, inicialmente, para algo que deveria ser de qualquer outra formação médica (especialista) e quiçá de todas as profissões da área da saúde, como também de outras.

Entretanto, as outras duas palavras ‘saúde’ e ‘humanizado’ têm relação mais direta com a formação generalista que, de acordo com Chehuen Neto *et al.* (2014, p. 20), deve “estimular os estudantes a adquirirem a capacidade de estabelecer um ‘cuidado global’, preocupando-se também com aspectos sociais e psicológicos”. Segundo esses autores, o profissional médico generalista realiza “ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, considerando o indivíduo como um ser biopsicossocial, personalizando a relação médico-paciente”. (p. 16). Nenhuma das palavras contidas nessa caracterização do profissional médico generalista está presente no possível núcleo principal. Algumas delas, como ‘abrangente’, ‘família’, ‘prevenção’ aparecem com uma frequência menor, porém com um grau de importância, também, menor que 2. Essa constatação pode ser comprovada quando os participantes apontaram, como fatores determinantes e/ou condicionantes do processo saúde-doença, a alimentação e os fatores biológicos (Gráfico 4, p. 93). Esses dados demonstram a heterogeneidade do grupo em relação a essa questão.

A palavra ‘eficiente’, com frequências próximas das que compõem o núcleo semântico principal, como a palavra ‘conhecimento’ também aponta para uma condição que não é exclusiva de médicos generalistas. Essas constatações nos levam a questionar: 1) por ser médico generalista ‘obrigatoriamente’ teria de ser mais eficiente e ter mais conhecimentos que nas especialidades médicas? O entendimento dos participantes poderia estar se referindo a uma questão que permeia o meio calcada na crítica de que o médico generalista sabe pouco de

muito, numa perspectiva superficial de formação, contraposta à concepção de formação geral – na qual o médico (clínica médica) sabe muito de muito?

Ao serem solicitados a justificar a sua escolha pela palavra mais importante, assim argumentam alguns deles, em relação ao vocábulo ‘conhecimento’:

**CB02:** *Pois o médico generalista tem que perceber os tipos de doenças de todas as especialidades e de qualquer idade, por isso sua responsabilidade em relação aos **conhecimentos** é bem maior.*

**CB06:** *[...] o **conhecimento** através do estudo contínuo é o mais importante.*

**CB09:** *Para a atuação clínica do médico generalista, o mesmo tem que adquirir **conhecimento** amplo do funcionamento do organismo, doenças e farmacologia.*

**CI16:** *O médico generalista é o responsável pelo diagnóstico dos fatores de risco antes dos problemas estarem estabelecidos.*

**CI19:** ***Conhecimento** é fundamental na formação tanto de médicos generalistas quanto especialistas*

**CI20:** *O médico generalista é aquele que tem resolubilidade para 80% dos casos de doenças, devendo ter visão ampla, **conhecimentos** científicos suficientes e habilidades e competências para tal.*

Pudemos constatar, nos depoimentos que, ao se referirem a ‘conhecimentos’, estão enfatizando os conhecimentos científicos da área, relacionados a doenças e fatores de riscos. Outros conhecimentos necessários a uma atuação que compreenda o ser humano de uma forma holística não emergem da falas deles, o que leva a perceber que os participantes têm uma concepção próxima da apontada por Chehuen Neto *et al.* (2014).

Com relação à palavra ‘humanizado’, explicam:

**CB02:** *[...] ser humanizado, saber olhar o paciente e não a eventual doença.*

**CB14:** *Acredito que o médico generalista é o primeiro contato com o paciente, sendo necessário muito diálogo e comportamento humano.*

**CI26:** *O profissional com esta característica é capaz de se colocar no lugar do paciente e agir de forma adequada em sua conduta.*

Sobre o termo ‘saúde’, assim justificam alguns dos que o marcaram como mais importante:

**CB13:** *“Saúde Família” é uma área médica que exige uma visão geral do ser humano, do ambiente que ele vive que é atingida pelo médico generalista.*

**CA35:** *Com o médico generalista, um maior número de condições e de pessoas é atendido de forma efetiva, conseguindo reunir habilidades.*

Analisando o depoimento dos cinco professores entrevistados, constatamos que dois confirmam ser possível formar médicos generalistas, os outros dizem que sim, mas com determinadas ressalvas. Seguem os depoimentos dos docentes, nos quais se percebe que não há uma adesão forte a essa perspectiva.

**CB10:** *Eu acredito que é possível formá-lo, mas eu ainda tenho dúvidas se ele vai trabalhar como generalista na maneira como o mercado está até hoje.*

**CB06:** *Bom eu acho que sim. [...] Mas a gente precisa garantir uma boa base pra ele, no que diz respeito a todos os aspectos, não só teóricos e de conteúdo, mas também de inter-relacionamento [...].*

**CI20:** *Sim. [...] A gente vê que os alunos que realmente internalizam e que saem com essa visão generalista, eles se tornam excelentes especialistas com uma visão generalista.*

**CI18:** *Sim, com algumas mudanças.*

**CA39:** *Sim. Quando eu fiz o mestrado e doutorado [...] eu vivi tudo isso desde o ambulatório de atenção primária [...].*

Isso nos leva a inferir que as concepções desse grupo a respeito desse profissional ainda são ancoradas em elementos que caracterizam a visão do ‘ser médico’ de modo geral, embora alguns rememorem palavras que remetem à formação do profissional generalista, elas ainda não compõem o núcleo semântico principal.

Em seu estudo, Chehuen Neto *et al* (2014, p. 20) constata que os resultados obtidos reforçam o valor e a continuidade da especialização, pois os médicos generalistas não têm o mesmo retorno financeiro e o mesmo prestígio que os especialistas, até mesmo entre os próprios colegas. Esses fatores podem estar influenciando também o grupo pesquisado. Entretanto, as concepções são dinâmicas e a sua construção é processual, podendo caminhar para entendimentos mais próximos do que se espera da formação do profissional médico generalista.

A segunda frase indutora ‘integralidade do cuidado’, gerou o Quadro 5 a seguir.

**Quadro 5** – Contagem da frequência de vocábulos formados pela frase indutora ‘integralidade do cuidado’, respostas dos docentes pesquisados – ago/2016.

| VOCÁBULOS MAIS CITADOS | FREQUÊNCIA | MÉDIA |
|------------------------|------------|-------|
| Equipe                 | 12         | 1,58  |
| Atenção                | 11         | 2,36  |
| Família                | 04         | 2,00  |
| Humanizado             | 05         | 2,40  |
| Prevenção              | 07         | 2,14  |
| Totalidade             | 05         | 1,80  |
| Conhecimento           | 04         | 1,50  |
| Promoção               | 04         | 1,75  |

**Fonte:** Elaborado pela autora com base nos questionários aplicados.

A integralidade, além de ser princípio doutrinário do SUS, possui outras concepções como: qualidade da boa prática médica; forma de organizar essas práticas; forma de organização governamental frente aos problemas de doença que as pessoas ou a coletividade virem a apresentar. (MATTOS, 2006). A integralidade do cuidado em saúde diz respeito à concretização da saúde como direito e como acesso aos serviços. As ações da integralidade do cuidado devem passar pela prevenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde; e, em todos os níveis de assistência do SUS (primário, secundário e terciário). Ela nos incita, a saber, e fazer em saúde o ‘quê’ e ‘como’, respondendo às necessidades específicas de cada ser.

A integralidade do cuidado como vocábulo de rememoração, destacou a palavra ‘equipe’, única presente no núcleo semântico principal. No contexto da pesquisa, percebemos que a integralidade do cuidado, está descrita em vários momentos nas DCN/2014, na área da Atenção à Saúde (Seção I), segundo as quais o graduando deverá ser formado no sentido de concretizar a integralidade e humanização do cuidado por meio da prática médica consecutiva e integrada às demais ações e níveis de assistência.

Ao analisar esse possível núcleo semântico principal dessa concepção, em que a integralidade do cuidado está sendo compreendida e empregada no sentido de trabalho em equipe surgiram mais perguntas do que respostas efetivamente. Será que os professores conseguem efetivamente ensinar a prática da integralidade? Eles fazem uso ‘de uma integralidade’ no ensino médico? Conseguem trabalhar os pressupostos da docência na integralidade da profissão médica e das profissões da área da saúde?

Em relação à palavra ‘atenção’, alguns expressaram-na como ‘interdisciplinaridade’ ou ‘multiprofissional’, possível de constatar nas justificativas. Ao explicá-la como mais importante, assim se manifestaram alguns dos participantes:

**CB08:** *Uma equipe multiprofissional composta por vários profissionais da saúde (médico, enfermeiro, psicólogo, etc.) são de essencial importância para a integralidade do cuidado.*

**CB12:** *Quando compartilhamos o cuidado com os outros profissionais da área de saúde, nos tornamos mais resolutivos e o paciente sente-se muito satisfeito. Não há um profissional mais importante que outro. E essa parceria leva a um cuidado contínuo, e não só na presença de doença.*

**CA30:** *O foco na atenção primária é o ponto principal da integralidade do cuidado ao paciente. A partir desta, temos menor utilização dos serviços de urgência e emergência, menor hospitalização e diminuição dos gastos com saúde. Além de melhorar a qualidade de vida.*

*CA32: Atendimento em equipe é essencial para o tratamento do paciente em sua totalidade.*

*CA34: Considero que a integração entre as diversas áreas de conhecimento na saúde permite abordar o paciente e sua vida/saúde de uma forma bem mais completa e resolvida.*

Esses depoimentos confirmam que nos núcleos semânticos de menor frequência deste indutor, encontra-se a palavra ‘atenção’, que teve uma frequência igual a 11 e uma média de rememoração igual a 2,36, portanto bem próxima do núcleo semântico principal. Esse termo nos remete a uma forma de atendimento, como ‘equipe’, presente no possível núcleo semântico principal, encaminha mais para uma condição à integralidade do cuidado ou forma de organização.

As palavras ‘totalidade’, ‘conhecimento’ e ‘promoção’ tiveram frequência menor que 4, porém média de rememoração menor do que 2. Nas justificativas apresentadas, a questão da totalidade aparece de forma repetida, embora os participantes não a tenham expressado como tal ou com vocábulos próximos, usando palavras como ‘sistema integrado’, ‘biopsicossocial’. Entretanto, as explicações apontam para uma visão global, holística do ser humano, compreendendo a integralidade do cuidado ligada ao ser (indivíduo) como um todo, constituído de aspectos orgânicos, emocionais, sociais, culturais e espirituais. Uma visão holística permite perceber e articular as diferentes dimensões e necessidades do ser humano e desmedicalizar as práticas e o próprio conceito de doença. Então o profissional médico deve ser capaz de integrar conhecimentos de diversas áreas para ter maior resolutividade.

*CB03: Sistemas orgânicos integrados, porque o ser humano é uma integração entre físico, emocional, cultural e religioso.*

*CB06: Refere-se à **visão holística** do cuidado, considerando os indivíduos nos seus aspectos biológicos, psíquicos e sociais.*

*CB10: Uma **visão holística** permite perceber e articular as diferentes dimensões e necessidades do ser humano e desmedicalizar as práticas e o próprio conceito de saúde.*

*CI18: **Ser humano visto como um todo**, físico, psíquico, social e espiritual.*

*CI20: Não devemos nos esquecer da **visão integral do indivíduo** e não da doença. Devemos tratar o indivíduo como todo.*

*CA27: A **visão do todo** permite a reflexão crítica para o cuidado integral do paciente.*

Continuando a análise, aparecem as palavras ‘família’, ‘humanização’ e ‘prevenção’, com frequência superior a 4 e menor que 8, porém não são consideradas as mais importantes.

Como último indutor de vocábulos rememorados, utilizamos a frase indutora ‘ética e humanização do cuidado’, constituindo o Quadro 6.



Porém queremos destacar algumas premissas referentes à ética e à humanização do cuidado. Trata-se de uma questão muito ampla que não se faz em um único núcleo, pois caracteriza um conjunto de princípios de conduta e que deve estar presente não só durante a formação, mas sim, em toda a atuação profissional do médico, independente do caráter de formação (generalista ou especialista). Compromisso com o cuidar e amor ao próximo estão interligados à ética e à humanização do cuidado.

**Quadro 6** – Contagem da frequência de vocábulos formados pela frase indutora ‘ética e humanização do cuidado’, respostas dos docentes pesquisados – ago/2016.

| VOCÁBULOS MAIS CITADOS | FREQUÊNCIA | MÉDIA |
|------------------------|------------|-------|
| <b>Respeito</b>        | 14         | 1,85  |
| <b>Conversar</b>       | 10         | 1,80  |
| <b>Atenção</b>         | 06         | 1,66  |
| <b>Conhecimento</b>    | 04         | 1,75  |
| <b>Cuidado</b>         | 04         | 1,75  |
| <b>Empatia</b>         | 04         | 1,75  |
| <b>Capacitação</b>     | 04         | 2,00  |
| <b>Família</b>         | 04         | 2,50  |

**Fonte:** Elaborado pela autora com base nos questionários aplicados.

No núcleo semântico principal das concepções acerca da ética e humanização do cuidado, aparecem as palavras ‘conversar’ e ‘respeito’, o que nos leva a inferir que a ética, a humanização do cuidado se manifestam pelo respeito e, para isso, a conversa, o diálogo são fundamentais. Com relação à palavra ‘respeito’, nas explicações sobre a escolha da mais importante, é possível constatar que ela foi substituída por ‘alteridade’, ‘entrosamento’, ‘direito’, ‘amor’. Sobre a escolha, assim argumentam:

**CB04:** *Devemos cuidar do próximo com muito **respeito**, como se fosse um ente querido. Cuidar com carinho.*

**CB07:** *Ao perceber a situação do ponto de vista do “**outro**”, o médico pode agir de maneira mais adequada em termos da atenção humanizada.*

**CB08:** *Envolve um perfeito entrosamento entre os profissionais que estão atendendo determinado paciente e para isso **o respeito** entre tais profissionais e para com o paciente é imprescindível.*

**CB09:** ***Respeitar as diferenças** interpessoais, desde a formação dos indivíduos em sociedades distintas, religião diferente, crenças e ideologias, pensamentos, raças, sexo [...] para que a relação entre os profissionais da saúde e seus pacientes, que requer cuidado seja próspera.*

**CI17:** *Humanizar a assistência à saúde significa **reconhecer** as pessoas como sujeitos de direito.*

**CA38:** ***Respeito à vida** - Porque é o que tentamos fazer para o paciente, sempre evitando aumentar a morbidade deles.*

Recorrendo a Rios (2011), a ética diz respeito à reflexão crítica sobre valores na ação humana e, não apenas atrelada a normas e padrões estabelecidos em uma sociedade. O respeito é um valor importante na ação humana, especialmente na ação do médico, que lida diretamente com o ser humano, muitas vezes em situações de fragilidade, de dor, de busca de atenção. Observando as justificativas, podemos constatar que os participantes se referem ao respeito ao paciente em sua alteridade, mas também aos demais profissionais da equipe, assim como à família.

Com relação ao vocábulo ‘conversar’, ele aparece também como ‘diálogo’ e ‘empatia’; assim os participantes justificam sua importância:

***CB10:** Uma postura **dialógica** pressupõe colocar-se no lugar do outro e, portanto, enxergá-lo, enxergar o mundo pelos olhos do outro é descobrir como ele se vê. E isso é relativizar de certa forma, e também é um passo importante para incorporar a equidade.*

***CI19:** **Dialogar** com o paciente é fundamental para seu atendimento humanizado, desde explicar sobre seu quadro clínico até sobre propostas terapêuticas.*

Em síntese, com relação às concepções dos participantes sobre a formação do profissional médico generalista, ainda que mostrem alguma heterogeneidade em relação a alguns aspectos, não se distanciam daquilo que vem sendo proposto. Portanto, não dificultariam as mudanças, que provavelmente estejam mais atreladas a questões como (des)valorização do médico generalista, salário, prestígio profissional.

#### **5.4 O ensinar e o aprender na educação superior**

Na entrevista, questionamos sobre o que venha a ser ensinar e aprender no ensino superior. Alguns dos professores entrevistados reforçaram que, no ensino da medicina, além de ser uma relação professor-aluno, perpassa pelas questões da ética (profissional e pessoal), da formação permanente, da importância da prática. Seguem as falas dos participantes:

***CB10:** [...] no sentido de que eu tô preparando alguém pra exercer um papel na sociedade, então que exercer uma profissão é uma forma de cidadania sim, é um exercício da cidadania.*

***CB06:** A gente ensina sim, mas o mais importante é a gente usar de metodologias que façam com que ele aprenda a aprender. [...] Esse aprendizado contínuo e se for preciso até desaprender, para novamente aprender [...].*

***CI20:** Nós temos que ir muito mais - lógico que transmitir um pouco desse conhecimento - mas ajudar na formação médica, não só na*

*formação de como saber buscar o conhecimento, mas também na postura ética, postura humanizada, isso é muito importante na docência, principalmente no ensino médico.*

**CI18:** [...] *eu acho que é um saber experimentado, eu acho que não podemos ficar muito presos à teoria. Acho que a teoria é nossa base, mas eu acho que o saber experimentado de outras vivências também.*

**CA39:** *Bom a gente ensina aprendendo. E a gente aprende ensinando.*

Ao analisarmos os depoimentos, verificamos a diversidade de concepções geradas pelos professores. Alguns colocam que ensinar é mais que uma profissionalização, que existe uma responsabilidade social, e que esses profissionais, também, estarão interferindo na formação cidadã de indivíduos (pacientes). Outros trazem a importância do ensino enquanto ciência (método) e que é preciso estudar e aprender para poder melhorar a formação enquanto profissional.

Perguntamos aos professores, no questionário, qual é o local de prática mais importante para a formação do médico, obtivemos os seguintes dados consolidados na Tabela 8, mostrados logo abaixo.

**Tabela 8** – Local de prática mais importante para a formação do médico, respostas emitidas pelos docentes pesquisados do curso de medicina – ago/2016.

| <b>LOCAL DE PRÁTICA MAIS IMPORTANTE</b> | <b>CICLO BÁSICO</b> | <b>CICLO INTERMEDIÁRIO</b> | <b>CICLO AVANÇADO</b> | <b>TOTAL</b> |
|---|---------------------|----------------------------|-----------------------|--------------|
| Unidade Básica de Saúde                 | 12                  | 8                          | 8                     | <b>28</b>    |
| Ambulatórios/UPA                        | 2                   | 7                          | 9                     | <b>18</b>    |
| Hospitais                               | 4                   | 6                          | 9                     | <b>19</b>    |
| <b>TOTAL</b>                            | <b>18</b>           | <b>21</b>                  | <b>26</b>             | <b>65</b>    |

**Fonte:** Elaborado pela autora com base nos questionários aplicados.

Aqui não havia limitação de uma única resposta por professor, por isso identificamos que em todos os ciclos, alguns professores marcaram mais de um local de prática, como sendo o mais importante. Outra questão que chama a atenção: o internato foi onde os professores acreditam que não exista apenas um local de prática importante para a formação do médico, lembrando que recolhemos 12 questionários, dos 14 aplicados neste ciclo. A Unidade Básica de Saúde é compreendida como sendo o local mais importante para a formação do médico pela maioria dos professores que responderam ao questionário, porém, no internato, ainda existe resistência em se formar profissionais utilizando-se dos espaços das Unidades Básicas de Saúde. Acreditamos que a visão hospitalocêntrica e sobre a doença no ensino médico reforça a ideia dos professores do internato, como a certeza de que técnica na profissão

médica é aquilo exercido dentro dos hospitais, no mais profundo dos tecidos do corpo humano, com bastante tecnologia dura e depois de já adoecido.

É preconizado, nas DCN/2014, que 30% da carga horária prevista para o internato seja composta por atividades na Atenção Básica (locais das unidades básicas) e nos serviços de Pronto Atendimento do SUS (UPA – Unidade de Pronto Atendimento), devendo predominar carga horária na Atenção Básica em detrimento do que for ofertado nas ações de Urgência e Emergência. Essa carga horária estaria sendo cumprida?

Uma última questão que compôs o questionário – a especialização é imprescindível para a formação do médico?

**Tabela 9** – A especialização é imprescindível para a formação do médico, respostas emitidas pelos docentes pesquisados do curso de medicina – ago/2016.

| <b>ESPECIALIZAÇÃO É IMPRESCINDÍVEL</b> | <b>CICLO BÁSICO</b> | <b>CICLO INTERMEDIÁRIO</b> | <b>CICLO AVANÇADO</b> | <b>TOTAL</b> |
|--|---------------------|----------------------------|-----------------------|--------------|
| Sim                                    | 3                   | 7                          | 11                    | <b>21</b>    |
| Não                                    | 11                  | 5                          | 1                     | <b>17</b>    |
| <b>TOTAL</b>                           | <b>14</b>           | <b>12</b>                  | <b>12</b>             | <b>38</b>    |

**Fonte:** Elaborado pela autora com base nos questionários aplicados.

No total geral, os professores pesquisados (55%) acreditam que a especialização é imprescindível para a formação do médico, sendo que, no ciclo avançado, esse percentual chega a quase 100%. Esses resultados nos conduzem a alguns questionamentos: os professores da IES pesquisada acreditam que a graduação não é o suficiente para atuação do profissional médico? A especialização confere certo *status* como profissional? Os profissionais especialistas possuem melhor colocação no mercado de trabalho? Algumas especialidades são mais requisitadas que outras, fazendo com que esse especialista se ‘destaque’ no mercado de trabalho? Profissionais mais capacitados são entendidos como sendo cada vez mais especializados? Ser especialista confere maior competência para atuação como profissional médico?

A pergunta foi objetiva e clara e constatamos que, durante o percurso da verificação dos resultados, os professores reconhecem, entendem e tentam conduzir sua docência para a formação do médico generalista, mas, quando perguntamos se é imprescindível a especialização, para 55% deles fica claro que sim. Os entrevistados apontaram alguns problemas para alcançar a formação generalista. Os problemas são: formação segmentada do professor; concepções de educação familiar pré-formadas; professores não acreditam e não possuem conhecimento sobre a concepção generalista de formação; educação opressora; falta de investimento e vontade política.

Seguem abaixo os depoimentos retratando esses problemas.

**CB10:** [...] seja no ciclo básico, e, principalmente os professores-médicos, todos tiveram uma formação segmentada, uma formação voltada pra especialidade.

**CB06:** [...] muitos alunos de medicina já vêm com concepções pré-formadas da educação que tiveram anteriormente, não só da educação de escola, mas da educação de berço, familiar mesmo, e é o que mais dificulta pra gente alcançar esse processo de formação do médico generalista.

**CI20:** Eu acho que o principal problema é o próprio docente não acreditar que os médicos que nós estamos formando deverão ser médicos generalistas. Ou, talvez, o corpo docente não ter o conhecimento do que é ser um médico generalista.

**CI18:** [...] o médico que vai se tornar docente, às vezes é imposto a ele... primeiro a formação que é toda errada, no sentido de que a educação não é libertadora, é opressora.

**CA39:** [...] O problema é que não se acredita nisso e não se investe nisso. [...] nós não conseguimos, por questões políticas.

Analisando esses depoimentos, entendemos que alguns professores elegem a pouca compreensão e a falta de estudo sobre o que venha ser ‘formação generalista’ é o principal problema, pois estes, tiveram formação segmentada repetindo o modelo. Isso demonstra a necessidade de formação docente, por iniciativa própria e por oferta da IES. O reconhecimento em seus depoimentos, demonstram a necessidade de estudar sobre as práticas pedagógicas. Um professor se refere às questões políticas, mesmo sendo estas de grande complexidade para serem modificadas, quando o professor tem consciência sobre o que venha a ser professor, ele luta para que as políticas se efetivem, modificando o futuro profissional a ser formado.

Na próxima seção, discorreremos sobre as considerações finais salientando as nossas conclusões e recomendações para que as práticas pedagógicas se consolidem.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Formada há 20 anos sob o caráter biologicista e hospitalocêntrico, atuando na assistência e na docência, foi possível acompanhar a mudança do perfil epidemiológico de adoecimento da população brasileira (doenças infectocontagiosas para doenças crônico-degenerativas), participar em 1996, da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e da expansão do número de equipes (2000). Essas premissas suscitaram discussões sobre o perfil de profissional que estava e, ainda, está se formando na área da saúde.

Estas vivências, a chefia no Setor de Epidemiologia da Secretaria Municipal, o exercício da docência em alguns cursos da área da saúde e da exclusiva docência em medicina, colaboraram positivamente para a construção de uma profissional que circula entre as ciências da Saúde e da Educação, interessando-me em pesquisar quais são as concepções das práticas pedagógicas dos docentes do curso de medicina que orientam a formação do médico generalista.

O estudo das práticas pedagógicas, no mestrado, não será o único trabalho que pretendo realizar na ciência da Educação. Ele será o princípio de outros trabalhos que virão, para compor junto a outros, um acervo que possa subsidiar outras pessoas em suas reflexões. Na análise dos dados, o propósito foi sempre o de torná-lo público e disponível aos que não participaram dessa pesquisa e que sirva de subsídio para outras pessoas continuar questionando a educação médica.

Para a construção das considerações finais, foi necessária a leitura de vários textos somados às orientações feitas pelas professoras que compuseram a banca de qualificação para dar corpo e vida às considerações finais. As considerações, aqui descritas, pretendem reafirmar algumas conclusões e propor algumas recomendações relacionados ao tema principal. Essa dissertação possuiu como principal objetivo analisar as concepções de práticas pedagógicas que contribuem para a formação do médico generalista, de uma IES situada no Triângulo Mineiro/MG.

A partir da análise dos documentos, constatamos que é recorrente a referência ao ‘profissional generalista’, mas nem sempre o que está escrito é o que se verifica na prática. Compreende-se que existem riscos para o egresso (segmentação do trabalho médico, deturpação do raciocínio clínico e percepção da integralidade que envolve o indivíduo), quando durante a graduação, ele está mais focado na especialidade do que na integralidade e solidez de sua formação. As mudanças necessárias para a formação dos profissionais médicos generalistas estão diretamente vinculadas ao quadro epidemiológico apresentado em

determinado tempo e espaço e às intervenções instituídas durante o processo de adoecimento. Caso essas mudanças não sejam efetivadas, comprometem a saúde do indivíduo e refletem na formação do profissional.

Outros fatores constatados na análise dos dados foram a idade cronológica e o pouco tempo na docência, o que pode, em muitos aspectos, dificultar o processo de ensino-aprendizagem. Isso pode gerar insegurança e esta é percebida e retratada nas atitudes docentes, na assimilação do papel docente e na qualidade do que se é ensinado, conforme verificado nas entrevistas. A graduação inicial do docente não é entendida como fator limitante, porém, deve estar ligada ao processo de constante estudo da ciência da educação. Focar, apenas, na formação técnica inicial não é o suficiente para a prática pedagógica de qualidade que é necessária para o ensino da formação generalista, usando-se de metodologias ativas, ambas instruções descritas nas DCN/2014.

Quando nos propusemos a analisar, na pesquisa, o conceito ampliado de saúde, verificamos que, no ciclo básico (base da formação do médico), esse conceito está sendo pouco utilizado pelos professores e discutido com os alunos durante as aulas, o que reflete na totalidade da compreensão da profissão do médico e na eficácia da resolutividade das ações em saúde. A falta ou pouca compreensão pode traduzir em fragilidade da integralidade do cuidado, incompreensão da garantia de acesso aos serviços de saúde, clareza sobre os níveis de assistência, dificuldades na relação médico-paciente, pouca escuta humanizada, insipiência sobre a equipe multiprofissional, interdisciplinaridade e intersetorialidade.

Sobre as ações práticas a serem desenvolvidas na Atenção Primária em Saúde, os professores da IES pesquisada, afirmaram desenvolver suas ações docentes em pouca quantidade na Atenção Primária ou correlacionando o seu conteúdo com a aplicabilidade na mesma, ficando aquém do que é proposto na DCN/2014. Isso revela que o processo de mudança na formação do aluno requer maior estudo e entendimento sobre a formação generalista e, principalmente, sobre as práticas pedagógicas utilizadas. Os documentos indicam que as metodologias ativas contribuem para a inter-relação entre o ensino, serviço e comunidade, mas não são o suficiente eficazes para provocar a efetiva mudança no perfil de formação, decorrente da complexidade implicada.

As estratégias utilizadas nas aulas, por boa parte dos professores da IES pesquisada, ainda são pautadas em práticas tradicionais. Consumando que, para haver assimilação das mudanças solicitadas na DNC/2014, é necessário que haja consentimento dos docentes e que a IES proporcione e subsidie aos professores estudo, exercício prático e recursos materiais para utilização das metodologias ativas, e outras, para que suas práticas pedagógicas estejam

constantemente sendo modificadas e utilizadas conforme as necessidades do momento, as características do profissional a ser formado e a realidade da comunidade a qual prestará serviços.

O caráter generalista na formação do médico, nessa pesquisa, evidenciou aspectos que quando analisados são inerentes a todas as profissões da área da saúde e a todas as especialidades médicas, não apenas para a formação do médico generalista. A análise quanti-qualitativa, permitiu constatar que os professores participantes da pesquisa compreendem a formação do profissional médico generalista como formação que cuida do conhecimento para um atendimento humanizado e que se preocupa com a saúde, embora a ênfase recaia nos conhecimentos científicos e práticos da área.

A integralidade do cuidado como frase indutora de vocábulo, destacou a palavra ‘equipe’, única presente no núcleo semântico de maior frequência. No contexto da pesquisa, percebemos que a integralidade do cuidado está descrita em vários momentos nas DCN/2014, na área da Atenção à Saúde (Seção I), segundo as quais o graduando deverá ser formado no sentido de concretizar a integralidade e a humanização do cuidado por meio da prática médica consecutiva e integrada às demais ações e níveis de assistência. Porém, no núcleo de menor frequência, destaca-se a importância da visão holística do ser humano no que se refere a esse aspecto.

No que se refere à ética e à humanização do cuidado, os vocábulos mais frequentes se objetivam no respeito, tanto ao paciente, como à equipe que atua no atendimento. Portanto, um valor imprescindível à ação humana e principalmente à ação do médico, pois, conforme já registramos, o médico lida com o ser humano em situação de fragilidade, de dor, que não podem ser tratadas de maneira óbvia.

Com relação à especialização, foi apontada por mais da metade dos professores que responderam à pesquisa, como sendo imprescindível para a formação do médico. Aqui ficou bem claro que “ser médico” estaria em posição hierárquica superior ao “ser professor” e ambas as profissões possuem lugar e espaço na sociedade. Aqui no caso, o médico-professor precisa entender, conhecer e saber distinguir os papéis profissionais. Mas essa postura está arraigada há anos na cultura e não podemos deixar de destacar, a não-valorização que a profissão docente possui aqui no Brasil.

O fato é que os professores precisam estar mais bem preparados para as demandas e exigências que são postas ao profissional médico na atualidade, na realidade da sociedade brasileira em que a saúde e a educação são áreas complexas, cujo atendimento e qualidade estão longe do desejável. Pôr em prática a formação generalista, proposta no perfil do



profissional pelas DCN/2014 dependerá de vontade intrínseca, motivada e favorecida por condições extrínsecas.

Uma condição a ser estabelecida é o plano de cargo, carreira e salário docente e as condições para a formação e desenvolvimento profissional, imprescindíveis ao atendimento das demandas e desafios que se colocam para a formação do profissional médico. Na IES pesquisada, na fala dos pesquisados, há iniciativas que estimulam seu corpo docente à qualificação, com destaque para a formação na área da ciência da educação, embora ainda sejam pontuais, sabendo que o professor deve assumir uma postura reflexiva frente ao que é ensinado e, também, como formador de opiniões. Quando a IES investe na formação do seu quadro de professores, ela está na condição de compartilhar com os mesmos a responsabilidade da formação dos seus alunos.

Toda mudança é processual, mas deve estar atrelada a cronograma e objetivos que se quer atingir, sendo de responsabilidade da IES e do próprio docente. Titulação acadêmica não é suficiente como garantia para o processo de formação de qualquer profissão, sendo necessário instituir mecanismos de formação didático-pedagógica, de responsabilidade da IES e de corresponsabilidade do docente. A IES pesquisada possui um núcleo de formação docente, porém é sabido que os professores aderem muito pouco a essa formação. Estabelecer prazos e métodos de avaliação das práticas pedagógicas pode colaborar para a efetivação da mudança, porém deve-se sempre ter em mente que essas mudanças estão ligadas a séculos de cultura, nos quais a profissão do médico possui peculiaridades específicas como sendo “detentora” da vida.

Este trabalho teve a intenção de analisar o ensinar, identificando as características do docente como profissional professor e suas ações em sala de aula que promovessem a formação do médico generalista. Como recomendações diante do que foi identificado com a pesquisa, sugerimos: I. maior estudo e entendimento sobre a formação generalista e sobre práticas pedagógicas; II. empenho docente para as mudanças propostas nas DCN/2014; III. a IES deve proporcionar e subsidiar aos professores estudo, exercício prático e recursos materiais para a utilização de metodologias ativas; IV. entender, conhecer e saber distinguir os papéis profissionais; V. estabelecer plano de cargo, carreira e salário docente e condições para a formação e desenvolvimento profissional docente; VI. a IES deve estipular cronograma e objetivos para a formação e desenvolvimento profissional docente; VII. determinar ainda prazos e métodos de avaliação das práticas pedagógicas; e VIII. participar da elaboração de políticas públicas para a valorização docente.

Para mim, realizar esta pesquisa foi desafiador e de grande relevância. Questões importantes foram verificadas como: o professor deve estar em constante estudo para o aprimoramento de sua prática docente; a docência é muito mais que ‘deter’ conteúdo técnico; a IES precisa estar sempre estimulando seu professor ao aprimoramento da docência; e, a docência precisa de políticas públicas que valorizem e consolidem a profissão docente.

## REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. O que é a ABEM. 2016. Disponível em: <<http://abem-educmed.org.br/a-abem/o-que-e-a-abem/>>. Acesso em: 12 jan. 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. Objetivos. 2016. Disponível em: <<http://abem-educmed.org.br/a-abem/objetivos/>>. Acesso em: 12 jan. 2016.
- AMARAL, J. L. do. **Duzentos anos de ensino médico no Brasil**. 2007. 207f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro. Disponível em: <[http://www.portalmédico.org.br/arquivos/duzentos\\_anos\\_de\\_ensino\\_medico\\_no\\_brasil.pdf](http://www.portalmédico.org.br/arquivos/duzentos_anos_de_ensino_medico_no_brasil.pdf)>. Acesso em: 25 nov. 2015.
- ANDRÉ, M. Formação de professores: a constituição de um campo de estudos. **Educação**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 174-181, set./dez. 2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/8075>>. Acesso em: 10 jan. 2017.
- BARBOSA, R. R.; LOPES, A. P. C. Uma história da reforma da reforma universitária de 1968. **Programa de Pós-Graduação em Educação**. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ (UFPI), p. 01-14, 2009. Disponível em: <[www.histedbr.fe.unicamp.br/acer\\_histedbr/jornada/jornada9/\\_.../XQmLE4cC.doc](http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_histedbr/jornada/jornada9/_.../XQmLE4cC.doc)>. Acesso em: 29 abr. 2017.
- BATISTA, N. A. Desenvolvimento docente na área da saúde: uma análise. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 283-294, set. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462005000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462005000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jan. 2017.
- BEHRENS, M. A.; RODRIGUES, D. G. Paradigma emergente: um novo desafio. **Pedagogia em Ação**, [S.l.], v. 6, n. 1, mar. 2015. ISSN 2175-7003. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/pedagogiacao/article/view/9233>>. Acesso em: 06 jan. 2017.
- BEHRENS, M. A. O paradigma emergente e a prática pedagógica na formação universitária. **II ANPED Sul**. 1999. Disponível em: <[http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/1999/Didatica,\\_Metodologia\\_E\\_Pratica\\_Na\\_Educacao\\_Escolar/Trabalho/02\\_38\\_09\\_O\\_PARADIGMA\\_EMERGENTE\\_E\\_A\\_PRATICA\\_PEDAGOGICA\\_NA\\_FORMACAO\\_UNIVERSITARIA.pdf](http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/1999/Didatica,_Metodologia_E_Pratica_Na_Educacao_Escolar/Trabalho/02_38_09_O_PARADIGMA_EMERGENTE_E_A_PRATICA_PEDAGOGICA_NA_FORMACAO_UNIVERSITARIA.pdf)>. Acesso em: 06 jan. 2017.
- BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto. Porto Editora, 1994. 335p. (Coleção Ciências da Educação).
- BORGES, T. S.; ALENCAR, G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação do estudante do ensino superior. **Cairu em Revista**. Bahia, Ano 03, n. 04, p. 119-143, jul/ago 2014. Disponível em: <[http://www.cairu.br/revista/arquivos/artigos/2014\\_2/08%20METODOLOGIAS%20ATIVAS](http://www.cairu.br/revista/arquivos/artigos/2014_2/08%20METODOLOGIAS%20ATIVAS)>

%20NA%20PROMOCAO%20DA%20FORMACAO%20CRITICA%20DO%20ESTUDANT E.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2017.

BRASIL, CASA CIVIL. Lei n.º 12.842, 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/112842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112842.htm)>. Acesso em: 05 jun. 2015.

BRASIL, 8ª Conferência Nacional de Saúde-Relatório Final. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2015.

BRASIL. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em 20 dez. 2015.

BRASIL. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&Itemid=30192)>. Acesso em 20 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162 p. Disponível em: <[http://abeno.org.br/arquivos/downloads/download\\_20111215103241.pdf](http://abeno.org.br/arquivos/downloads/download_20111215103241.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Diretrizes Gerais do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), 2007. Disponível em: <[portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/diretrizesreuni.pdf](http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/diretrizesreuni.pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2017.

BRASIL. LEI Nº 9.394, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70320/65.pdf?sequence=3>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

BRASIL. LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm)>. Acesso em: 20 dez. 2015.

BRACCIALLI, L. A. D. **Os sentidos da avaliação de desempenho em um currículo por competência**. 2009. 280 f. Tese (Doutor em Ciências) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-11012010-125546/pt-br.php>>. Acesso em: 01 set. 2015.

BROCK, I. M. **Professores do curso de medicina: os saberes e o exercício da docência**. 2015. 78f. Dissertação (Mestrado em Educação: Psicologia da educação). Pontifícia Universidade Católica (PUC), São Paulo. Disponível em: <<http://www8.pucsp.br/defesas/professores-do-curso-de-medicina-os-saberes-e-o-exercicio-da-docencia>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

BUCHABQUI, J. A. **O discurso docente sobre o ensino da cardiologia na graduação médica na faculdade de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**. 2010. 177 f. Tese (Doutorado em Cardiologia e Ciências Cardiovasculares), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul. 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/26926/000762608.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 01 set. 2015.

BURSZTYN, I. Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um novo lugar para a saúde coletiva?. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 07-19, Out. 2015. Disponível em: <<http://abem-educmed.org.br/publicacoes/cadernos-abem/>>. Acesso em 20 nov. 2015.

CANUTO, A. M. M.; BATISTA, S. H. S. da S. Concepções do processo ensino-aprendizagem: um estudo com professores de medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p. 624-632, dez. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022009000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000400013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jan. 2017.

CARDOSO, A. A.; DEL PINO, M. A. B.; DORNELES, C. L. Os Saberes Profissionais dos Professores na Perspectiva de Tardif e Gauthier: contribuições para o campo de pesquisa sobre os saberes docentes no Brasil. **IX ANPED Sul**. 2012. Disponível em: <<http://www.uces.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/668/556/>>. Acesso em 13 out. 2015.

CARVALHO FILHO, C. J. de. **Entre a teoria e a prática: o projeto político pedagógico do curso de medicina da UFMA**. 2011. 242 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Marília/SP. 2011. Disponível em: <[https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/104830/carvalhofilho\\_cj\\_dr\\_mar.pdf?sequence=1](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/104830/carvalhofilho_cj_dr_mar.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 01 set. 2015.

CHARLOT, B. **A relação com o saber nos meios populares: uma investigação nos liceus profissionais de subúrbio**. Porto: Livpsic, 2009. 303 p.

CHEHUEN NETO, J. A. *et al.* Formação médica generalista: percepção do profissional e do estudante. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 40, n. 1 e 2, p. 15-25, jan./jun. 2014. Disponível em: <<https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2095>>. Acesso em 13 out. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Portal**. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/radiografia%20-%20escolas%20em%20funcionamento.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

COSTA, N. M. da S. C. Formação pedagógica de professores de medicina. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 102-108, fev. 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692010000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000100016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 out. 2015.

COSTA, N. M. da S. C. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar?. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 21-30, abr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022007000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 out. 2015.

CUNHA, E. R. Os saberes docentes ou os saberes dos professores. **Revista Cocar**, Pará, v. 1, n. 2, p. 31-39, jul./dez. 2007. Disponível em: <<http://paginas.uepa.br/seer/index.php/cocar/article/view/130/106>>. Acesso em: 16 set. 2015.

CUNHA, M. I. da. O tema da formação de professores: trajetórias e tendências do campo na pesquisa e na ação. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, *Ahead of print*, p. 01-17, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/2013nahead/aop1096.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2015.

CUNHA, M. I. da. Lugares de formação: tensões entre a academia e o trabalho docente. In: DALBEN, A. I. L. de F. et al. (Org.). **Convergências e tensões no campo da formação e do trabalho docente**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010. p. 129-149.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2016.

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/eficiente>>. Acesso em 11 dez. 2016.

Escola de Cirurgia da Bahia. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930) [Internet]. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz; 2010. [citado 2010 mar 26]. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/verbetes/escirba.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. In: FLICK. Tradução Joice Elias Costa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 20-49.

FONSECA, S. G. O trabalho do professor na sala de aula: relações entre sujeitos, saberes e práticas. **R. bras. Est. pedag.**, Brasília, v. 91, n. 228, p. 390-407, maio/ago. 2010. Disponível em: <<http://rbep.inep.gov.br/index.php/rbep/article/view/579>>. Acesso em: 26 ago. 2015.

GARCIA, M. A. A.; SILVA, A. L. B. da. Um perfil do docente de medicina e sua participação na reestruturação curricular. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 58-68, mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022011000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 dez. 2015.

GAUTHIER, C. *et al.* **Por uma teoria da pedagogia**: pesquisas contemporâneas sobre o saber docente. 2ª ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2006.

GIMENO SACRISTÁN, J. **Poderes instáveis em educação**. Porto Alegre: ARTMED Sul, 1999, 228p.

GOMES, A. P.; REGO, S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem?. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 557-566, dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022011000400016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000400016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jan. 2017.

GONÇALVES, M. B.; BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Considerações sobre o ensino médico no Brasil: consequências afetivo-emocionais nos estudantes. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 482-493, Set. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010055022009000300020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022009000300020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 dez. 2015.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. de. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a12v20n2.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. v. 2.

LAMPERT, J. B. *et al.* Mundo do trabalho no contexto da formação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 35-43, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022009000500004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jan. 2017.

LAMPERT, J. B. *et al.* Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 19-34, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022009000500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jan. 2017.

LEVY, D. R.; SANTOS, C. E. G. O Programa Mais Médicos e os impactos na saúde da população brasileira. **Revista Brasileira de Previdência: Atuária, Contabilidade e Direito Previdenciário**, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 4ª edição, Nov. 2015. Disponível em: <[http://www.prev.unifesp.br/index.php/edic/24-quatro/54-medicos#\\_ftn2](http://www.prev.unifesp.br/index.php/edic/24-quatro/54-medicos#_ftn2)>. Acesso em: 07 jan. 2107.

LUZ, M. T. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 293-312, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 jan. 2016.

MARCELO GARCIA, C. **Formação de professores: para uma mudança educativa**. Portugal: Porto Editora, 1999. 272 p.

MARCELO GARCIA, C. Desenvolvimento profissional docente: passado e futuro. **Sísifo/Revista de Ciências da Educação**, Universidade de Sevilha, Espanha, v. 08, p. 7-22, jan./abr. 2009. Disponível em: <

[http://www.unitau.br/files/arquivos/category\\_1/MARCELO\\_\\_\\_Desenvolvimento\\_Profissional\\_Docente\\_passado\\_e\\_futuro\\_1386180263.pdf](http://www.unitau.br/files/arquivos/category_1/MARCELO___Desenvolvimento_Profissional_Docente_passado_e_futuro_1386180263.pdf) >. Acesso em: 10 jan. 2017.

MARCELO GARCIA, C. Las tecnologías para la innovación y la práctica docente. **Revista Brasileira de Educação**, v. 18, n. 52, p. 25-47, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v18n52/03.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2017.

MARCHELLI, P. S. Da LDB 4.024/61 ao debate contemporâneo sobre as bases curriculares nacionais. **Revista e-Curriculum**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 1480-1511. Out./Dez. 2014. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum/article/view/21665>>. Acesso em 23 dez. 2015.

MASETTO, M. T. Docência universitária: repensando a aula. In: TEODORO, A. **Ensinar e aprender no ensino superior: por uma epistemologia pela curiosidade da formação universitária**. Ed. Cortez: Mackenzie, 2003. 128 p.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, Out. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 jan. 2017.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (orgs.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde**. 8ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p. Disponível em: <<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acesso em 09 jan. 2017.

MEHRY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ª ed., São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MELO, G. F. Docência: uma construção a partir de múltiplos condicionantes. **B. Téc. Senac: a R. Educ. Prof.**, Rio de Janeiro, v. 35, n.1, jan./abr. 2009. p. 29-37. Disponível em: <<http://www.bts.senac.br/index.php/bts/article/view/253/235>>. Acesso em: 25 jul. 2015.

MELLOUKI, M.; GAUTHIER, C. O professor e seu mandato de mediador, herdeiro, intérprete e crítico. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 25, n. 87, p. 537-571, maio/ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v25n87/21468.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2017.

MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, mar. 2012, p. 621-626. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63023334009>>. Acesso em: 25 jul. 2015.

MIRANDA, A. G. de. A medicina no Estado do Pará, Brasil: dos primórdios à Faculdade de Medicina. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 1, n. 3, set. 2010. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-62232010000300002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232010000300002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jul. 2015.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, dez. 2008. Disponível em:



<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000900018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso 11 dez. 2016.

MÓRAN, J. Mudando a educação com metodologias ativas. [Coleção Mídias Contemporâneas. Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens. Vol. II] Carlos Alberto de Souza e Ofelia Elisa Torres Morales (orgs.). **PG: Foca Foto-PROEX/UEPG**, 2015. Disponível em: <[http://www2.eca.usp.br/moran/wp-content/uploads/2013/12/mudando\\_moran.pdf](http://www2.eca.usp.br/moran/wp-content/uploads/2013/12/mudando_moran.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2017.

MOREIRA, A. E. da C. O papel docente na seleção das estratégias de ensino. In: XVI SEMANA DA EDUCAÇÃO E VI SIMPÓSIO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO, 2015, 14 e 6., 2015, Londrina. **Anais eletrônicos...** Londrina: Universidade Estadual de Londrina, Programa de Pós-graduação em Educação, p. 497-508. Disponível em: <<http://www.uel.br/eventos/semanaeducacao/pages/arquivos/ANAIS/ARTIGO/SABERES%20E%20PRATICAS/O%20PAPEL%20DOCENTE%20NA%20SELECAO%20DAS%20ESTRATEGIAS%20DE%20ENSINO.pdf>>. Acesso em 04 dez. 2016.

MURTA, G. F. (Org.) **Dicionário brasileiro de saúde**: mais de 20 mil vocábulos e siglas. 2ª ed. São Caetano, do Sul. São Paulo: Difusão Editora, 2007.

NÓVOA, A. Formação de Professores e Profissão Docente. 2000. s/p. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/12424596.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

ORO, M. C. P.; BASTOS, C. C. B. C. Formação Pedagógica Para Docência Universitária: estudo das condições de cursos bacharelados de uma IES pública. In: IX SEMINÁRIO DE PESQUISA DA REGIÃO SUL, 9., 2012, Caxias do Sul. **Anais eletrônicos...** Caxias do Sul: Universidade Caxias do Sul, 2012. Disponível em: <<http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/1237/613>>. Acesso em 23 jan. 2015.

OLIVEIRA, G. S. de. **Saberes e esquemas de ação docente em saúde coletiva**. 2010. 165 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2554>>. Acesso em: 01 set. 2015.

PACHANE, G. G. **A importância da formação pedagógica para o professor universitário: a experiência da Unicamp**. 2003. 268 p. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2003. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000299007&fd=y>>. Acesso em: 13 out. 2015.

PEREIRA, L. R.; ANJOS, D. D. O professor do ensino superior: perfil, desafios e trajetórias de formação. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, 1., 2014, Sorocaba. **Anais eletrônicos...** Sorocaba: Universidade de Sorocaba – UNISO, Programa de Pós-graduação em Educação, p. 1-11. Disponível em: <[https://www.uniso.br/publicacoes/anais\\_eletronicos/2014/1\\_es\\_formacao\\_de\\_professores/31.pdf](https://www.uniso.br/publicacoes/anais_eletronicos/2014/1_es_formacao_de_professores/31.pdf)>. Acesso em: 01 dez 2016.

PERIM, G. L. *et al.* Desenvolvimento docente e a formação de médicos. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 70-82, 2009. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022009000500008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 nov. 2015.

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. das G. C. **Docência no Ensino Superior**. São Paulo: Cortez, 2002. 280 p. (Coleção Docência em Formação).

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. das G. C.; CAVALLET, V. J. Docência no Ensino Superior: construir caminhos. In: BARBOSA, R. L. L. (org.). **Formação de educadores: desafios e perspectivas**. São Paulo: Ed. UNESP. 2003. p. 267-278. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/PROIDDBahiana/docencia-noensinosuperiorpimentaananastasioucavallet>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

PONTES, A. L. de M. **Saber e Prática Docente na Transformação do Ensino Médico**. 2005. 108 f. Dissertação (Mestre em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2005. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4750/2/842.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2015.

PROES-IES-X, Projeto Pedagógico Curso de Graduação em Medicina. 2014. 264p.

RIOS, I. C.; SCHRAIBER, L. B. A relação professor-aluno em medicina - um estudo sobre o encontro pedagógico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 308-316, set. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022012000500004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000500004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12 out. 2015.

RIOS, T. A. **Ética e competência**. 20. ed., São Paulo: Cortez, 2011.

SÁ, R. F. A identidade profissional do médico generalista: lições a serem aplicadas pela instituição formadora. **ABCS Health Sci**. 2015; v. 40, n. 3, p. 241-246. Disponível em: <[file:///D:/FICHAMENTO%20GERAL%20POR%20ASSUNTOS/Forma%C3%A7%C3%A3o%20do%20m%C3%A9dico/802-1669-2-PB%20\(1\).pdf](file:///D:/FICHAMENTO%20GERAL%20POR%20ASSUNTOS/Forma%C3%A7%C3%A3o%20do%20m%C3%A9dico/802-1669-2-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 13 out. 2015.

SANTOS, W. S. dos. Organização curricular baseada em competência na educação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 86-92, mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022011000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 out. 2015.

SANTOS, E. A. dos. Gênero e profissão docente: as representações sociais das alunas egressas do curso de pedagogia da faculdade de ciências e tecnologia/UNESP, *campus* de Presidente Prudente. 2008. 106 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual de São Paulo, Presidente Prudente. 2008. Disponível em: <[http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/92286/santos\\_ea\\_me\\_prud.pdf?sequence=1](http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/92286/santos_ea_me_prud.pdf?sequence=1)>. Acesso em 26 nov. 2016.

SHULMAN, L. S. Those who understand: knowledge growth in teaching. **Educational Researcher**, v. 15, n. 2, 1986. p. 4-14. Disponível em: <[http://www.fisica.uniud.it/URDF/masterDidSciUD/materiali/pdf/Shulman\\_1986.pdf](http://www.fisica.uniud.it/URDF/masterDidSciUD/materiali/pdf/Shulman_1986.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2015.

SILVA, M. da. **Complexidade da formação de professores: saberes teóricos e saberes práticos**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 114 p.

SOUZA, C. S.; IGLESIAS, A. G.; PAZIN-FILHO, A. Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais – aspectos gerais. **Medicina**. Ribeirão Preto, v. 47, 2014. p. 284- 292. Disponível em: <[http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n3/6\\_Estrategias-inovadoras-para-metodos-de-ensino-tradicionais-aspectos-gerais.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n3/6_Estrategias-inovadoras-para-metodos-de-ensino-tradicionais-aspectos-gerais.pdf)>. Acesso em: 11 dez. 2016.

TARDIF, M. Saberes profissionais dos professores e conhecimentos universitários. Elementos para uma epistemologia da prática profissional dos professores e suas consequências em relação à formação para o magistério. **Revista Brasileira de Educação**. nº 13, Jan/Fev/Mar/Abr 2000. p. 01-24. Disponível em: <[http://www.joinville.udesc.br/portal/professores/jurema/materiais/RBDE13\\_05\\_MAUURICE\\_TARDIF.pdf](http://www.joinville.udesc.br/portal/professores/jurema/materiais/RBDE13_05_MAUURICE_TARDIF.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2016.

TARDIF, Maurice. **Saberes Docentes e Formação Profissional**. 8a edição Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. 328 p.

TARDIF, M.; LESSARD & LAHAYE. **Os professores face ao saber: Esboço de uma problemática do saber docente**. Teoria & Educação nº 4, Porto Alegre: Pannônica, 1991.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

VEIGA, I. P. A. Inovações e projeto político-pedagógico: uma ação regulatória ou emancipatória? **Cad. Cedes**, Campinas, v. 23, n. 61, p. 267-281, dez. 2002. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

VEIGA, I. P. A. **Projeto Político Pedagógico da Escola: uma construção possível**. 27. Ed. Campinas: Papirus, 2010. 192 p.

ZABALZA, M. A. **O ensino universitário: seu cenário e seus protagonistas**. Porto Alegre – RS: Artmed, 2007. 239 p.

## APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

### 1. IDENTIFICAÇÃO.

1.1. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1.2. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

1.3. Atividade profissional:

- Graduação em: \_\_\_\_\_
- Assinale a sua maior titulação: ( ) Especialista ( ) Mestre ( ) Doutor
- Tempo de docência: ( ) menos de 5 anos ( ) de 5 a 10 anos  
( ) de 11 a 15 anos ( ) de 16 a 20 anos ( ) acima de 20 anos
- Ministra aulas: ( ) Teóricas ( ) Práticas ( ) Teóricas e Práticas ( ) Preceptoria
- Atua no: Ciclo Básico: ( ) 1º ( ) 2º ( ) 3º ( ) 4º  
Ciclo Intermediário: ( ) 5º ( ) 6º ( ) 7º ( ) 8º  
Ciclo Avançado: ( ) 9º ( ) 10º ( ) 11º ( ) 12º

### 2. SOBRE OS PROCEDIMENTOS PEDAGÓGICOS.

2.1. Em suas aulas, o conceito ampliado de saúde é discutido:

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Às vezes ( ) Quase nunca ( ) Nunca

2.2. Marque três fatores condicionantes e/ou determinantes do processo saúde-doença, por ordem de importância, que mais são discutidos no seu componente curricular:

- ( ) Alimentação ( ) Biológicos ( ) Educação
- ( ) Lazer ( ) Meio ambiente ( ) Moradia
- ( ) Saneamento Básico ( ) Trabalho e renda ( ) Transporte
- ( ) Acesso aos bens e serviços assistenciais ( ) Outro(s) \_\_\_\_\_

2.3. Em seu componente curricular são desenvolvidas ações na Atenção Básica:

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Às vezes ( ) Quase nunca ( ) Nunca

2.4. Assinale as estratégias de ensino (tipo de aula) que mais utiliza em suas aulas:

- ( ) Aula expositiva dialogada ( ) Aula expositiva com auxílio data-show ( ) Atividades em grupo
- ( ) Demonstração ( ) Debate ( ) Estudo de caso
- ( ) Grupo Discussão (GD) ( ) Método baseado em problemas ( ) Método baseado em projeto
- ( ) Pergunta e resposta ( ) Seminário ( ) Visita técnica
- ( ) Outro \_\_\_\_\_

### 3. SOBRE O CARÁTER GENERALISTA E/OU ESPECIALISTA NA FORMAÇÃO DO MÉDICO.

3.1. Escreva três palavras que lhe vêm à mente ao ler a frase em destaque:

**FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA**

1. \_\_\_\_\_; 2. \_\_\_\_\_; 3. \_\_\_\_\_

a) Entre as palavras que você escreveu, assinale a que considera mais importante.

b) Justifique sua resposta.

---



---



---



---

c) Que práticas pedagógicas você desenvolve, que estão relacionadas à formação do profissional médico generalista.

---



---



---

3.2. Escreva três palavras que lhe vêm à mente ao ler a frase em destaque:

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO**

1. \_\_\_\_\_;      2. \_\_\_\_\_;      3. \_\_\_\_\_

a) Entre as palavras que você escreveu, assinale a que considera mais importante.

b) Justifique sua resposta.

---



---



---



---

3.3. Escreva três palavras que vêm à mente ao ler a frase em destaque:

**ÉTICA E HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO**

1. \_\_\_\_\_;      2. \_\_\_\_\_;      3. \_\_\_\_\_

a) Entre as palavras que você escreveu, assinale a que considera mais importante.

b) Justifique sua resposta.

---



---



---



---

3.4. Qual é o local de prática mais importante para a formação do médico:

Unidades Básica de Saúde       Ambulatórios/UPA       Hospitais

3.5. A especialização é imprescindível para a formação do médico:

Sim       Não

## APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA

### IDENTIFICAÇÃO:

Código de identificação: \_\_\_\_\_

1. Como a sua disciplina se articula com o Projeto Pedagógico do curso de Medicina?
2. As suas práticas de ensino contribuem para a formação do médico generalista? Como?
3. Em sua opinião, quais práticas de ensino favoreceriam a formação do médico generalista?
4. As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Medicina de 2014 e a Lei dos Mais Médicos propõem a formação do médico com as seguintes características: formação generalista, humanista, crítica, reflexiva e ética com capacidade para atuar em todos os níveis de assistência do SUS. O que você pensa a esse respeito?
5. Quais são os limites e as possibilidades para a formação do médico generalista nesta IES?

**Obs.:** O roteiro poderá incluir outras questões que estiverem relacionadas aos objetivos da pesquisa, dependendo do diálogo com o entrevistado.

### APÊNDICE C – QUADRO DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DE ACORDO COM AS UNIDADES DEFINIDAS

| PROFESSOR   | 2. DOCÊNCIA NO ENSINO SUPERIOR   | 4. SABERES E PRÁTICAS DOCENTES   | 1. DOCÊNCIA EM MEDICINA  | 3. METODOLOGIAS ATIVAS   | 5. FORMAÇÃO GENRALISTA  |
|-------------|--|--|--|--|---|
| <b>CB10</b> | <p>“[...] nós estamos num momento em que está se falando muito na formação pra cidadania”.</p> <p>“[...] no sentido de que eu tô preparando alguém pra exercer um papel na sociedade, então que exercer uma profissão é uma forma de cidadania sim, é um exercício da cidadania”.</p> <p>“[...] eu creio que vai além da questão técnica, e o cerne da questão é conseguir que esse estudante entenda que ele precisa de uma formação técnica sólida”.</p> <p>“[...] ele tem que compreender que essa formação técnica dele tem que permitir a ele exercer um papel na sociedade e inclusive defender a própria profissão dele”.</p> | <p>“Sim. [...] Como eu trabalho com parasitologia, você consegue lidar desde a atenção básica até a alta complexidade”.</p> <p>“[...] eu trazia relatos de casos para discussão de doenças que não ocorrem aqui, não são da nossa região, mas do paciente que está em trânsito [...]”.</p> <p>[...] Primeira aula que eles têm comigo, quando vou falar de generalidades de parasitologia, eu vou trabalhando com eles até chegar num conceito mais avançado de parasitismo. A primeira pergunta que eu faço pra eles é: “quem acredita na teoria no criacionismo e quem acredita na teoria evolucionista darwiniana”?</p> <p>“Discuto com eles vários casos de doenças que já estão avançadas”.</p> <p>“[...] A organização que o serviço tem hoje permite que o paciente chegue rapidamente à frente de um médico pra se ter consulta”?</p> <p>Coloco que “o corpo pra</p> | <p>“[...] eu já cheguei com uma graduação na área da saúde e já tinha pós-graduação, um mestrado na área de parasitologia que é uma área básica, comum a todos os cursos na área da saúde [...]”.</p> <p>“Eu também tinha vontade de trabalhar com formação, mas a maior vontade era como farmacêutico [...]”.</p> <p>“[...] acabei investindo em fazer o mestrado e seguindo a carreira acadêmica e acabou que me encontrei. Já tinha lecionado no curso de medicina da Federal, mas quando eu fui para a Uniube foi uma experiência completamente diferente”.</p> <p>“[...] as oficinas de formação me encantaram tanto que fui fazer especialização em docência no ensino superior. O fazer e pensar em sala de aula..., aquele curso é fantástico, abriu meus horizontes, isso reintensificou um ser docente”.</p> <p>“Não existe um significado especial no fato de ser</p> | <p>“[...] Agora de um ano pra cá, tem-se insistido, dentro do curso de medicina, em trabalhar com metodologias ativas e agora querem que faça TBL. Fizeram um curso rápido conosco. Eu testei o TBL esse semestre. Um TBL mais ou menos, porque, na verdade, eu não tenho um bom treinamento”.</p> <p><b>Problemas:</b> falta de treinamento dos professores; não compreensão e aceitação dos alunos;</p> <p><b>Possibilidades:</b> MA oferece índice de acertos alto.</p> <p>“[...] Eu comecei a aplicar metodologias ativas com a turma, alguns aceitavam bem, outras não, mas qualquer turma tinha um grupo que aceitava e acabava, pelo menos, convencendo os colegas a testarem, a experimentarem, e quem experimentava, a maioria acabava gostando”.</p> | <p>“Eu acredito que é possível formá-lo, mas eu ainda tenho dúvidas se ele vai trabalhar como generalista na maneira como o mercado está até hoje”.</p> <p><b>Problemas:</b></p> <p>“[...] seja no ciclo básico e principalmente os professores-médicos, todos tiveram uma formação segmentada, uma formação voltada pra especialidade”.</p> <p>“[...] primeiro, precisa repensar a reorganização do currículo, porque o currículo, apesar dos pesares, ainda é bastante segmentado”.</p> <p>“[...] Existe uma questão que é maturidade do aluno, que ele não entende essa proposta”. “[...] Ele vai investir pra ter o diploma dele, mas ele não vai investir nessa formação”.</p> <p><b>Possibilidades:</b></p> <p>“[...] A pessoa tem que estar muito disposta e é um caminho muito difícil”.</p> <p>“Participar de seminário de</p> |

|                  |   |  |  |   |  |
|------------------|---|--|--|---|--|
|                  |   | <p>“você que tá na classe alta é prazer, beleza, mas pro trabalhador braçal é pra reprodução, é pra trabalho”. “Enquanto o acometimento que ele tem não impedir reprodução, não impedir funções sexuais, não impedir trabalho, pra ele, isso não é doença”.</p>  | <p>professor do curso de medicina, mas existe um significado especial em ser professor”.</p>   |   | <p>avaliação do curso”. “[...] Então porque nós não fazemos? Nós – curso – não fazemos”?, independentemente do que a reitoria queira ou não. A reitoria não vai impedir de se fazer, pelo contrário”!</p>  |
| <b>PROFESSOR</b> | <b>2. DOCÊNCIA NO ENSINO SUPERIOR</b>   | <b>4. SABERES E PRÁTICAS DOCENTES</b>  | <b>1. DOCÊNCIA EM MEDICINA</b>   | <b>3. METODOLOGIAS ATIVAS</b>   | <b>5. FORMAÇÃO GENRALISTA</b>  |
| <b>CB06</b>      | <p>“[...] interação que existe entre professor e aluno é muito importante [...]”. “A gente ensina sim, mas o mais importante é a gente usar de metodologias que façam com que ele aprenda a aprender... Esse aprendizado contínuo e se for preciso até desaprender, para novamente aprender [...]”.</p> | <p>“[...] eu acho que é bem a metodologia do professor também trabalhar. [...] porque pra gente formar um médico generalista, ele precisa ter conhecimento de todas as áreas”. “[...] ele precisa também ter um perfil, e desde o básico a gente tem que começar essa formação de um perfil humanizado, um perfil humanista e é muito importante que a gente ensine pra esse aluno através de atos e das metodologias que a gente utiliza, a trabalhar em equipe, isso é fundamental, porque eu vejo aí uma falha no sistema médico”. “[...] o médico, ele tem a tendência de se achar melhor do que os outros profissionais de saúde, e isso não é verdade porque todos</p> | <p>“Bom, eu comecei na Universidade em outros cursos da área da saúde”. “[...] com as mudanças que aconteceram no curso e alguns cursos de saúde tiveram a carga horária reduzida, eles me chamaram para ser professora da morfo, aliás, inicialmente eu comecei na saúde e sociedade, além da morfologia e eu lecionava nos dois componentes curriculares”. “[...] é uma responsabilidade muito grande, mas da mesma maneira que é a responsabilidade de eu ser docente em outro curso na área da saúde, porque de uma maneira ou de outra, a gente tá formando um profissional que vai cuidar da saúde e também da doença das pessoas, das</p> | <p>“[...] eu acho que a metodologia ativa é uma metodologia muito boa, porque inclusive ela faz com que o aluno aprenda a aprender, [...] mas é muito importante que o professor consiga trabalhar isso com o aluno, essa metodologia, porque senão ele não vai conseguir sozinho”. <b>Problemas:</b> “[...] é que eles têm chegado do ensino médio com uma dificuldade muito grande de procurar sozinhos. Eles não gostam de procurar em livros, muito google só”. <b>Possibilidades:</b> “[...] quando a gente trabalha na teoria, existem os momentos expositivos e dialogados, as aulas dialogadas e muitas vezes a gente utiliza na aula teórica conceitos</p> | <p>“Bom eu acho que sim. [...] Mas a gente precisa garantir uma boa base pra ele, no que diz respeito a todos os aspectos, não só teóricos e de conteúdo, mas também de inter-relacionamento [...]”. “Ele precisa entender a grande importância que existe na atenção primária, atenção secundária e na atenção terciária, pra que ele consiga realmente entender o paciente como um todo. [...] mesmo que ele seja um especialista, ele não pode visualizar o indivíduo como um trato digestivo apenas. Ele é um ser humano e isso é fundamental”. <b>Problemas:</b> “[...] muitos alunos de medicina já vêm com concepções pré-formadas da educação que tiveram anteriormente, não só da educação de escola,</p> |



|                  |  |  |  |   |  |
|------------------|--|--|--|---|--|
|                  |  | <p>contribuem no trabalho, pra promoção da saúde, até pra cura da doença. São profissões complementares [...]”.</p> <p>“É a partir do respeito, da interação com o outro, trabalhando em equipe em sala de aula [...]”.</p> <p>“A gente precisa também ensinar pra ele que ser humanizado, não é ser bonzinho, [...]. Então ele tem que aprender realmente a ser humanizado, tem que aprender também a conversar”.</p> | <p>comunidades em que eles estão inseridos, e isso é uma responsabilidade direta e indiretamente muito grande pra gente que é professor”.</p> <p>“[...] é importante que o aluno consiga aprender e que ele entenda que um dos grandes objetivos que ele tem dentro do curso é a sua formação e que ele vai precisar disso na sua prática cotidiana”.</p>  | <p>prévios[...]”.</p> <p>“Nas aulas práticas, também a gente usa de metodologias ativas. Na aula prática, é a que mais a gente consegue fazer esse tipo de metodologia na verdade, porque é quando ele pega sozinho mesmo, pra aprender, pega as lâminas, depois vai executar um relatório, qualquer coisa ele tem que ter aprendido diretamente o uso das lâminas...[...]”.</p>  | <p>mas da educação de berço, familiar mesmo, e é o que mais dificulta pra gente alcançar esse processo de formação do médico generalista”.</p> <p>“[...] ele chega com visões muito elitistas de querer só fazer medicina porque o interesse dele é monetário, financeiro. [...] o aluno muitas vezes é bastante elitista, principalmente em uma instituição particular, [...] a formação dele, familiar, é o que é o maior complicador realmente”.</p>  |
| <b>PROFESSOR</b> | <b>2. DOCÊNCIA NO ENSINO SUPERIOR</b>  | <b>4. SABERES E PRÁTICAS DOCENTES</b>  | <b>1. DOCÊNCIA EM MEDICINA</b>   | <b>3. METODOLOGIAS ATIVAS</b>   | <b>5. FORMAÇÃO GENERALISTA</b>   |
| <b>CI20</b>      | <p>“Ensinar e aprender eu acho que é uma via de mão dupla”.</p> <p>O conhecimento médico, hoje, ele é assustadoramente grande. “Nós temos que ir muito mais - lógico que transmitir um pouco desse conhecimento - mas ajudar na formação médica, não só na formação de como saber buscar o conhecimento, mas também na postura ética, postura humanizada, isso é muito importante na docência, principalmente no ensino médico”.</p> | <p>“Eu não li ela completa, mas eu já tive a oportunidade de ver os principais pontos, o que está sendo focado, salientado nessas diretrizes”.</p> <p>“[...] nessa formação reflexiva, ética, humanista, eu acredito que sim, eu acho que a parte de gestão é uma lacuna”.</p>   | <p>“Eu já estava com o cargo de docente na UFTM e na época fui convidada pela Dr.<sup>a</sup> Aparecida, que foi a primeira diretora do curso, a compor o quadro de docentes da Universidade no curso de medicina”.</p> <p>“[...] docência, pra mim, hoje, é a minha principal profissão. Eu sou médica, eu sou endocrinologista, mas a docência hoje, dentro tanto do meu tempo, quanto do meu envolvimento e da minha dedicação, é a minha principal profissão e eu acredito que seja uma missão de vida mesmo. Eu</p> | <p>“[...] meu maior conteúdo de aula é prática; a gente acaba empregando algum tipo de metodologia ativa na formação prática. [...] desenvolver essas metodologias dentro daquele conteúdo teórico porque existe uma preocupação de realmente passar aquele conteúdo e o problema da extensão do conteúdo que é um problema muito sério”.</p> <p>“Hoje em dia, nas minhas aulas práticas, eu aplico metodologias ativas; nas aulas teóricas não”.</p> | <p>“Sim. [...] A gente vê que os alunos que realmente internalizam e que saem com essa visão generalista, eles se tornam excelentes especialistas com uma visão generalista”.</p> <p><b>Problemas:</b> “Eu acho que o principal problema é o próprio docente não acreditar que os médicos que nós estamos formando, deverão ser médicos generalistas. Ou talvez o corpo docente não ter o conhecimento do que é ser um médico generalista”.</p> <p><b>Possibilidades:</b> “[...] mas eu acho que o corpo docente</p> |

|                  |  |   |   |   |  |
|------------------|--|---|---|---|--|
|                  |  |   | gosto, me sinto realizada. Hoje, pra mim, é uma realização pessoal, realização profissional e, quando eu me formei, não pensava em ser docente”.  |   | teria que estar realmente envolvido e ter conhecimento do que é esse médico generalista”.  |
| <b>PROFESSOR</b> | <b>2. DOCÊNCIA NO ENSINO SUPERIOR</b>  | <b>4. SABERES E PRÁTICAS DOCENTES</b>   | <b>1. DOCÊNCIA EM MEDICINA</b>  | <b>3. METODOLOGIAS ATIVAS</b>   | <b>5. FORMAÇÃO GENRALISTA</b>  |
| <b>CI18</b>      | <p>“Eu acho que ensinar, é você tentar passar ou compartilhar com seu aluno aquilo que você conseguiu aprender”.</p> <p>“[...] eu acho que é um saber experimentado, eu acho que não podemos ficar muito presos à teoria. Acho que a teoria é nossa base, mas eu acho que o saber experimentado de outras vivências também”.</p> <p>“[...] pensar criticamente sobre as experiências que a gente tem e trazer isso para dentro da sala de aula”.</p> | <p>“Foi só mesmo de passar o olho, mas não cheguei a estudar profundamente não”.</p> <p>“[...] pensando com a cabeça dos governantes agora: quanto mais você consegue tirar os profissionais de saúde de um contexto muito fechado e ampliar os horizontes, de ver a saúde de uma forma integral: física, psicológica e social, eu acho que o caminho é esse”.</p> <p>“[...] porque o paciente traz isso pra gente no ambulatório. Ele traz a ferida física, mas tem um contexto psicológico, social envolvido”.</p> <p>“[...] são poucos profissionais, pelo menos que eu observo na área da saúde, que têm essa visão um pouco mais integral”.</p> <p>“Quando você consegue ter essa sensibilidade [...] a multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade, trabalhar multiprofissional - sabe que a gente sozinho não</p> | <p>“Eu me descobri professor, eu não tive formação de professor”.</p> <p>“[...] ao longo da graduação eu optei por fazer algumas monitorias, [...], dentro da monitoria, eu percebi que gostava muito de tá compartilhando conhecimento”.</p> <p>“Naquele contexto de residência, eu acabei me descobrindo mais um pouquinho [...]”.</p> <p>“Aí depois que eu terminei as residências, eu recebi o convite pra tá trabalhando como docente na Uniube. Era do que eu já gostava, mas quando eu comecei realmente como docente, [...], eu me realizei. Se eu pudesse ficava só na docência hoje”.</p> | <p>“Olha eu te confesso que eu preciso até estudar mais a respeito das metodologias”.</p> <p><b>Possibilidades:</b> “Então eu faço muito com os meninos, grupos de discussões..., eu tento tirar aquela cobrança, que é muito comum nos nossos cursos, tirar aquela pressão psicológica e tentar extrair do nosso aluno aquilo que ele sabe, mas que às vezes num contexto psicológico de estresse ele não vai conseguir exteriorizar”.</p> | <p>“Sim, com algumas mudanças”.</p> <p><b>Problemas:</b> “[...] o médico que vai se tornar docente, às vezes é imposto a ele... primeiro a formação que é toda errada, no sentido de que a educação não é libertadora, é opressora”.</p> <p>“[...] como se o conhecimento médico fosse informação, informação, informação e a pessoa humana... totalmente de lado”.</p> <p>“[...] Numa educação que não foi libertadora, ele começa como docente, a querer talvez por brio, por orgulho, a mostrar que sabe e esquece que a função dele, na verdade, é compartilhar conhecimento”.</p> <p><b>Possibilidades:</b> “[...] a solução seria talvez uma educação desde lá de baixo, da base, do pré, do fundamental, em que se formassem pessoas, seres humanos e não profissionais</p> |

|                  |  |   |  |   |  |
|------------------|--|---|--|---|--|
|                  |  | dá conta e que tem um profissional que vai nos auxiliar, que é mais capacitado que a gente...”. “[...]o aluno tem que atuar no SUS, ele tem que ter um conhecimento generalista. Sou contra a formação especialista muito precoce [...]”. “[...] e é imposto a ele um conhecimento que até o residente tem dificuldade de responder a uma pergunta[...]”. “O suporte inicial ele tem que saber dar, mas o específico é do especialista”.  |  |   | absorvedores de conhecimento teórico e intelectualizado”.  |
| <b>PROFESSOR</b> | <b>2. DOCÊNCIA NO ENSINO SUPERIOR</b>  | <b>4. SABERES E PRÁTICAS DOCENTES</b>   | <b>1. DOCÊNCIA EM MEDICINA</b>   | <b>3. METODOLOGIAS ATIVAS</b>   | <b>5. FORMAÇÃO GENRALISTA</b>  |
| <b>CA39</b>      | <p>“Bom a gente ensina aprendendo. E a gente aprende ensinando”.</p> <p>“[...] , hoje eu mais aprendo do que ensino. É muito difícil, porque as coisas mudaram muito”.</p> <p>“Quando eu estou na sala de aula, eu vejo a diferença de comportamento de hoje do acadêmico em relação aos anos em que fiquei na Federal”.</p> <p>“[...] mas também depende do professor, depende do relacionamento, depende do tempo de convivência, depende de como você</p> | <p>“Eu tento dar as aulas sempre baseadas em alguma coisa clínica, sempre baseadas em alguma história clínica e aí eu vou inventando - pela experiência que a gente tem - eu vou inventando, criando estórias [...]”.</p> <p>“[...] mas eu tento criar uma visão humanística e generalista, criar a visão dele dentro de uma comunidade”.</p> <p>“Então eu tento sempre falar pra eles dando esses exemplos, então não é uma aula genial é mais uma tentativa prática, porque o</p> | <p>“Comecei na Federal, quando fiz concurso pra área de saúde pública”.</p> <p>“Em 1997/1998, o Dr. Edson Reis Lopes era um dos coordenadores do curso com a proposta de criar um curso de medicina na Uniube e ele me convidou [...]”.</p> <p>“Significa tudo, nem é muita coisa, significa tudo. É..., a carreira universitária, ela pode não ter boa remuneração, é o normal da visão, mas ela é muito gratificante, principalmente quando você faz com amor e com a responsabilidade que</p> | <p>“Uma delas que é a de maior discussão, de maior envolvimento hoje é o PBL e ele depende do professor! Se o professor não percebe a função de se estar numa comunidade assentado com os meninos fazendo massinha [...]. Se ele não entende isso, a metodologia ativa participativa, ela não existe”!</p> <p><b>Problemas:</b> “Para colocar um PBL, primeiro, você precisa treinar os professores; segundo, o professor tem que aceitar aquilo como verdadeiro;</p> | <p>“Sim. Quando eu fiz o mestrado e doutorado em coletiva, em medicina preventiva, [...] eu vivi tudo isso desde o ambulatório de atenção primária, lá na Vila Virgínia”.</p> <p><b>Problemas:</b> “[...] O problema é que não se acredita nisso e não se investe nisso”.</p> <p>“[...] nós não conseguimos, por questões políticas. Infelizmente elas atrapalham ao invés de ajudar, quero registrar isso”.</p> <p>“[...] Há possibilidades, mas há problemas políticos</p> |

|  |   |   |                    |  |   |
|--|---|---|--------------------|--|---|
|  | <p>interfere diante daquele aluno, qual é a sua postura com ele...”.</p> <p>“[...] a gente se autoassumia. Hoje os pais não deixam os filhos se autoassumirem”.</p> | <p>conteúdo teórico eles têm que trazer. Eu vou é aprender com eles”.</p> | <p>“você tem”.</p> | <p>terceiro, ele tem que querer fazer aquilo... o que não é uma coisa muito simples”.</p> <p><b>Possibilidades:</b> “[...] com os alunos, eu tento estimular eles para a pesquisa [...]”.</p> <p>“Nós vamos pegar os assuntos..., numa medicina baseada em evidências, com metodologia científica, com estudo tipo prospectivo, corte... Eles pegam o material ou, eu pego o material, dou para eles, eles vão ler, depois a gente assenta e discute”.</p> | <p>infelizmente”.</p> <p>“[...] o professor, o médico não pode ter dois vínculos”.</p> <p><b>Possibilidades:</b> “[...] então se houvesse um pró-labore...[...]”.</p> |
|--|---|---|--------------------|--|---|