

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM EDUCAÇÃO
NÍVEL DE MESTRADO/PPGEFB
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO

**O PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA DA
UNIOESTE – FRANCISCO BELTRÃO: UM ESTUDO A PARTIR DAS
DIRETRIZES NACIONAIS CURRICULARES DE 2001**

DIOGO HIROSHI BEÇON KUSSAKAWA

Francisco Beltrão-PR

2018

DIOGO HIROSHI BEÇON KUSSAKAWA

**O PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA DA
UNIOESTE – FRANCISCO BELTRÃO: UM ESTUDO A PARTIR DAS
DIRETRIZES NACIONAIS CURRICULARES DE 2001**

Texto apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação – Nível de Mestrado – Área de Concentração: Educação, Linha de Pesquisa: Sociedade, Conhecimento e Educação, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Clésio Acilino Antonio

Coorientadora: Prof. Dra. Ângela Maria Silveira Portelinha

Francisco Beltrão-PR

2018

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Kussakawa, Diogo Hiroshi Beçon

O projeto político-pedagógico do curso de Medicina da Unioeste - Francisco Beltrão : um estudo a partir das Diretrizes Nacionais Curriculares de 2001 / Diogo Hiroshi Beçon Kussakawa; orientador(a), Clésio Acilino Antonio; coorientador(a), Ângela Maria Silveira Portelinha, 2018. 205 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Francisco Beltrão, Centro de Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Educação, 2018.

1. Educação médica. 2. Formação médica. 3. Reforma curricular. 4. Diretrizes Nacionais Curriculares. I. Antonio, Clésio Acilino. II. Portelinha, Ângela Maria Silveira. III. Título.

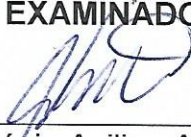
FOLHA DE APROVAÇÃO

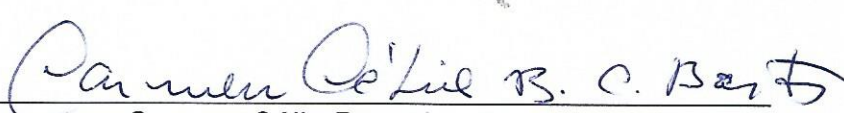
DIOGO HIROSCHI BEÇON KUSSAKAWA

TÍTULO DO TRABALHO: O PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA DA UNIOESTE – FRANCISCO BELTRÃO: UM ESTUDO A PARTIR DAS DIRETRIZES NACIONAIS CURRICULARES DE 2001

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Mestrado, Área de Concentração: Educação, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, UNIOESTE, Campus de Francisco Beltrão, julgada adequada e aprovada, em sua versão final, pela Comissão Examinadora, que concede o Título de Mestre em Educação ao autor.

COMISSÃO EXAMINADORA


Orientador - Clésio Acilino Antonio
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Francisco Beltrão
(UNIOESTE)


Carmen Célia Barradas Correia
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel
(UNIOESTE)


Égeslaine de Nez
Universidade Federal de Mato Grosso - Araguaia (UFMT)


Jandreí Rogério Markus
Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos - Porto Nacional (ITPAC)

Francisco Beltrão, 20 de abril de 2018

AGRADECIMENTO

Muitas pessoas fizeram parte da redação desse relatório de pesquisa. A tarefa de enumerá-las é injusta, pois é provável o esquecimento de interlocutores cujos diálogos, debates e ideias nos inspiraram ou direcionaram os caminhos. Contudo, há aqueles cuja presença foi constante no processo de pesquisa e não é possível prescindir de agradecê-los.

Gostaria de iniciar os agradecimentos pelo meu orientador, professor Clésio, e pela coorientadora, professora Ângela, pela paciência, pela disponibilidade, pela confiança, pela generosidade e pela tutoria sólida, precisa, democrática e justa. Em nomeando-os, estendo o meu agradecimento a todos os docentes do programa de Mestrado em Educação da UNIOESTE – Campus Francisco Beltrão, pelas contribuições incríveis ao meu crescimento pessoal e como pesquisador, em especial, à professora Benedita e ao professor José Luiz Zanella.

Agradeço à professora Carmen Célia, que conheci por empenho de seu filho Rafael, e que me iniciou no universo da pesquisa em Educação com pequenas leituras e me conduziu a uma amplitude de possibilidades de temas de pesquisa.

Agradeço, também, aos meus pais, Nadir e Hiroshi, bem como a minha irmã Mayra, meu cunhado Paulo e meu sobrinho Daniel, pela preocupação com o andamento do trabalho e pela injeção de ânimo durante o trajeto, mesmo morando a centenas de quilômetros de distância.

À minha sogra Marilene, cujo trabalho foi fundamental para que eu conseguisse ter tempo disponível para a conclusão da pesquisa.

Por fim, gostaria de apresentar um agradecimento especial a minha esposa Tathiane, que soube suportar a ausência do marido, em um período de transformações que passamos, de esposa e esposo à mãe e pai. Sem a sua insistência e força, eu não teria sequer sonhado em retornar aos estudos. Agradeço, também, por tão bem cuidar da Melissa, nosso tesouro mais precioso.

KUSSAKAWA, Diogo Hiroshi Beçon Kussakawa. **O projeto político-pedagógico do curso de Medicina da Unioeste - Francisco Beltrão** : um estudo a partir das Diretrizes Nacionais Curriculares de 2001. 2018. 205 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado em Educação, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Francisco Beltrão, 2018.

RESUMO

A Educação Médica no Brasil – EMB é apontada por diversos agentes sociais como um dos fatores fundamentais para efetivar a transformação da realidade do setor de saúde do país. As Diretrizes Nacionais Curriculares para os cursos de graduação em Medicina, instituídas em 07 de novembro de 2001 – DCN 2001, representam as propostas de reformas curriculares materializadas na forma de leis. A maneira como foram interpretadas e executadas, manifestada na redação dos projetos político-pedagógicos dos cursos de Medicina, pode variar conforme o coletivo social impactado por elas. A questão principal da pesquisa é compreender como as propostas de reformas curriculares, materializadas nas DCN 2001 alcançaram o curso de Medicina da UNIOESTE – *campus* Francisco Beltrão, por intermédio da análise de seu PPP. Dentre os objetivos específicos, tem-se a demonstração do desenvolvimento histórico da EMB, a partir dos movimentos constitutivos da prática médica e das políticas de saúde pública e educação superior no país; o apontamento dos avanços e recuos dos processos de formação médica encontrados pelos debatedores das reformas curriculares no modelo anterior às DCN 2001; a descrição do processo de constituição histórica e a análise de conteúdo das DCN 2001 e do PPP-FB; e a explicitação das propostas de uma nova educação médica, bem como das estratégias para a implantação e avaliação das mudanças. A metodologia empregada foi a pesquisa documental, por meio da análise de conteúdo dos pareceres e resoluções das DCN 2001 e do PPP do curso de Medicina da UNIOESTE – Francisco Beltrão – PPP-FB. Os resultados demonstraram que a redação dos documentos é orientada por três categorias de referências: *filosófico-conceituais*, *metodológicas* e *técnico-administrativas*. As referências *filosófico-conceituais* constituem-se em eixos estruturantes determinados por áreas de influência provenientes de diversas fontes de conhecimento. O eixo de *promoção da saúde* corresponde às mudanças de concepção do conceito de saúde, com ênfase para a saúde coletiva e para os determinantes sociais de saúde. O eixo *econômico-político* corresponde à necessidade de o futuro médico conceber-se como gestor dentro do sistema de saúde, ao considerar riscos, benefícios, recursos, aprendizagem pelo trabalho e competências. O eixo *ético-cultural* correlaciona-se com a capacidade do futuro médico de comunicar-se com os diversos grupos culturais, ao respeitar os princípios da equidade e autonomia. O eixo *simbólico-tecnológico* corresponde ao controle simbólico, a partir da cobrança implícita de metas e resultados, por meio de relatórios e índices computacionais. As referências metodológicas relacionam-se ao modo de *organização curricular por competências* e às *metodologias ativas de ensino e aprendizagem*. As referências *técnico-administrativas* são instruções que objetivam regulamentar o funcionamento do trabalho pedagógico no curso. O estudo concluiu pela existência de concordância entre as propostas de reformas curriculares das DCN 2001 e os caminhos definidos pelo curso de Medicina da UNIOESTE – *campus* Francisco Beltrão.

Palavras-chave: Educação médica. Formação médica. Reforma curricular. Diretrizes Curriculares Nacionais.

KUSSAKAWA, Diogo Hiroshi Beçon Kussakawa. **The political-pedagogic project of Unioeste's Medicine undergraduate course – Francisco Beltrão: a study from 2001 National Curricular Guidelines**. 2018. 205 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado em Educação, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Francisco Beltrão, 2018.

**THE POLITICAL-PEDAGOGIC PROJECT OF UNIOESTE'S MEDICINE
UNDERGRADUATE COURSE – FRANCISCO BELTRÃO: A STUDY FROM
2001 NATIONAL CURRICULAR GUIDELINES**

ABSTRACT

The medical education in Brazil is pointed for several social agents as a fundamental factor to complete the transformation of country health care sector reality. The National Curricular Guidelines for undergraduate courses of Medicine, promoted in November 7th 2001 – NCG 2001, represent curricular reform proposals materialized in laws. The form how NCG are interpreted and executed, manifested as political-pedagogic projects – PPP, may vary according to social collective they impact. The main research question is to understand how curricular reform proposals, materialized in NCG 2001, reached undergraduate course of UNIOESTE – *campus* Francisco Beltrão, through PPP analysis. Specific objectives are demonstration of Brazil's medical education historical development, from constitutive movements of medical practice, public health and college educational policies; pointing of advances and setbacks of medical formation process found by curricular reforms debaters in the model before NCG 2001, and explanation of rupture proposals from that model, as well as implantation and evaluation of transitional strategies. Methodology employed was documental research, through content analysis of NCG 2001 resolutions and PPP of UNIOESTE Medicine undergraduate course. Results concluded that documents are oriented by three types of referential categories: *philosophic-conceptual*, *methodologic* and *technical-administrative*. *Philosophic-conceptual* references are structural axis determined by influence's areas from several knowledge sources. *Health promotion* axis corresponds to the health conception changes, with emphasis in collective health and social health determinants. *Political-economic* axis corresponds to needs of manager concept of future doctor, considering risks, benefits, resources, learning-in-job and competences. *Ethical-cultural* axis correlates with ability of future doctor to communicate with several cultural groups, respecting the equity and autonomy principles. *Symbolic-technologic* axis corresponds to symbolic control, from results and goals implicit charging, through reports and computational index. *Methodologic* references correspond to *competency-based curriculum* and *active learning methodologies*. *Technical-administrative* references are instructions to regulate pedagogic work in course. The study concluded to existence of agreement between curricular reform proposals by NCG 2001 and way chosen by UNIOESTE Medicine undergraduate course.

Keywords: Medical education. Medical training. Curricular reform. National Curricular Guidelines.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Imagem 1: Representação da EMB como intersecção de três conjuntos de fenômenos sociais: Saúde Pública, Educação Superior e Prática Médica	16
Imagem 2: Roda de avaliação proposta por Lampert e colaboradores (2009)	84
Imagem 3: Representação gráfica dos eixos estruturantes <i>filosófico-conceituais</i>	103

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Estrutura textual do PPPFB	101
Quadro 2: Distribuição das disciplinas da terceira e quarta série em clínicas e cirúrgicas	140

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica

ACAMSOP 13 – Associações das Câmaras de Vereadores do Sudoeste do Paraná – Francisco Beltrão

ACAMSOP 14 – Associações das Câmaras de Vereadores do Sudoeste do Paraná – Pato Branco

ACEFB – Associação Empresarial de Francisco Beltrão

AMB – Associação Médica Brasileira

AMP – Associação Médica do Paraná

AMSOP - Associação dos Municípios do Sudoeste do Paraná

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ARSS - Associação Regional de Saúde do Sudoeste do Paraná

CAEM – Comissão de Avaliação das Escolas Médicas

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS – Caixas de Aposentadoria e Pensão

CEM – Comissão de Ensino Médico

CEPE – Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da UNIOESTE

CF – Constituição Federal

CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas

CNE/CES – Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CONDEF – Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social de Francisco Beltrão

COU – Conselho Universitário da UNIOESTE

CPC – Conceito Preliminar de Cursos

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

CRESEMS – Conselho Regional dos Secretários Municipais de Saúde

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina

DCN 2001 – Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina de 07 de novembro de 2001

DCN 2014 – Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina de 20 de junho de 2014

EMB – Educação Médica Brasileira

ENADE – Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FADEP – Faculdade de Pato Branco

FMI – Fundo Monetário Internacional

FORGRAD – Fórum de Pró-reitores de Graduação das universidades brasileiras

HRS – Hospital Regional do Sudoeste do Paraná Walter Alberto Pecóits

HUOP – Hospital Universitário do Oeste do Paraná

IAPS – Institutos de Aposentadoria e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDA – integração docente-assistencial

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IES – Instituições de Ensino Superior

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LDB/96 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 1996

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

LIBRAS – Língua Brasileira de Sinais

MEC – Ministério da Educação e Cultura

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMC – Organização Mundial do Comércio

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAPS – Programa de Apoio Pedagógico aos Profissionais de Saúde

PEE – Programa Institucional de Ações Relativas às Pessoas com Necessidades Especiais

PEI – Política Externa Independente

PET – Programa de Educação Tutorial

PET-SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PITS – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

PNE – Plano Nacional de Educação

PEI – Política Externa Independente

PPP – Projeto Político Pedagógico

PPP-FB – Projeto político-pedagógico do curso de medicina da UNIOESTE – Campus Francisco Beltrão

PROMED – Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina

PRO-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência da Previdência Social

SESu – Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação

SETI-PR – Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior do Paraná

SiaMED – Sistema Integrado de Avaliação do Curso de Medicina da UEL

SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UEL – Universidade Estadual de Londrina

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNIOESTE – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USAID – United States Agency for International Development

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 – EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL: PROCESSO HISTÓRICO E SOCIAL DA FORMAÇÃO MÉDICA	28
1.1 A formação médica no Brasil Colônia	28
1.2 Da criação das escolas médicas brasileiras ao advento de uma ciência médica	31
1.3 A consolidação da medicina experimental com o Relatório Flexner	36
1.4 A tecnologização e a especialização na EMB	42
1.5 A EMB como fator articulado ao desenvolvimento do país	45
1.6 As influências externas sobre o projeto de EMB a partir da década de 1960	49
1.7 A expansão das escolas médicas	55
1.8 O declínio da era terapêutica e a ascensão da nova saúde pública	59
CAPÍTULO 2 – O PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA DAS DCN 2001	64
2.1 Reformas curriculares: uma exigência desde a década de 1950	64
2.2 Características das referências citadas nas DCN 2001	70
2.3 Ocorrências articuladas à instauração das DCN 2001	72
2.3.1 Instrumentos de avaliação da adequação às reformas	81
CAPÍTULO 3 – O PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA DA UNIOESTE – CAMPUS FRANCISCO BELTRÃO SOB A LUZ DAS DCN 2001	89
3.1 Curso de Medicina no Sudoeste do Paraná: uma exigência social e política	90
3.1.1 PPP-FB: uma existência sem escolhas?	98
3.1.2 PPP-FB: estrutura textual	100
3.2 As referências <i>filosófico-conceituais</i> de uma nova educação médica	102
3.2.1 Eixo de <i>promoção da saúde</i>	104

3.2.2 Eixo <i>econômico-político</i>	108
3.2.3 Eixo <i>ético-cultural</i>	111
3.2.4 Eixo <i>simbólico-tecnológico</i>	115
3.3 Novas referências curriculares e metodológicas para a educação médica	117
3.3.1 Organização curricular por competências	118
3.3.2 Metodologias ativas de ensino e aprendizagem	122
3.3.2.1 Estratégias de implantação das metodologias ativas de ensino e aprendizagem nas escolas médicas	130
3.4 Normas técnico-administrativas	139
CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
REFERÊNCIAS	156
ANEXOS	168

INTRODUÇÃO

O problema de pesquisa originou-se de uma constatação: a presença constante, no cotidiano, de ocorrências e notícias sobre a precariedade da saúde pública. No senso comum, há uma tendência de buscar culpados para as mazelas. Entre as infinitas causas apontadas para o problema estão a falta e a má gestão de recursos; a corrupção; o modelo de financiamento do sistema de saúde; o modo como a prática médica está organizada; e, com maior ênfase nos últimos anos, a maneira como os médicos são formados para atuar nos sistemas de saúde.

Muitos autores têm afirmado, nos últimos anos, que a Educação Médica no Brasil - EMB passa por uma fase de transição paradigmática. Rodriguez, Poli Neto e Behrens (2004) sustentam que o paradigma educacional segue a evolução do paradigma científico e que a educação médica está presenciando a ultrapassagem de um “paradigma educacional tradicional” pelo “paradigma educacional inovador”, este último pautado por uma visão holística, progressista e de pesquisa (RODRIGUEZ; POLI NETO; BEHRENS, 2004). Cezar e colaboradores (2010) observam que as propostas de mudança de um ensino centrado no professor, baseado na transmissão dos conhecimentos, para uma metodologia ativa de inspiração construtivista, centrada no aluno, constituem uma mudança de paradigma (CEZAR *et al.*, 2010). Luna (2001) e Almeida (2001) sintetizam as bases do novo paradigma, pautado no estudo autodirigido e independente; no sistema de avaliação que assegure competência profissional e reconhecimento de valores sociais; e na cooperação entre a escola médica e os serviços comunitários de saúde, princípios recomendados pela Declaração de Edimburgo¹, de 1988 (LUNA, 2001; ALMEIDA, 2001).

A afirmação consensual desses autores decorre de discursos e documentos, provenientes de vários agentes e coletivos sociais, tais como filósofos; educadores; sanitaristas; conselheiros e gestores do setor de saúde; profissionais da política; debatedores em congressos nacionais e internacionais; pesquisadores; e dirigentes de organismos supranacionais; que, a partir de meados do século XX, denunciaram a incapacidade do modelo de educação médica vigente de estar articulado às necessidades

¹ Documento elaborado na Conferência Mundial de Educação Médica, realizada na cidade de Edimburgo, na Escócia, de 07 a 12 de agosto de 1988. A declaração enfatizava a necessidade de ampliação dos cenários de aprendizagem, de reflexão sobre as prioridades de saúde do país e de elaboração de currículos e sistemas de avaliação que permitissem atingir a competência profissional e valores sociais, rechaçando a mera retenção de informações.

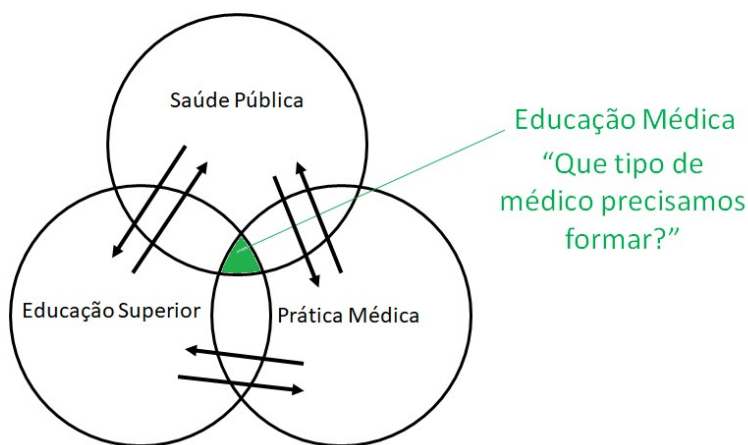
de saúde da população (LALONDE, 1974; ANDRADE, 1979; CANADÁ, 1986; OMS, 1996; PADILHA; FEUERWERKER, 2002).

Com base nesses discursos e documentos, o debate sobre reformas curriculares na formação médica ganhou força. Acreditou-se que as mudanças sociais necessárias para alcançar uma saúde mais abrangente e justa seriam promovidas a partir de um planejamento que envolveria um conjunto de determinantes do qual a educação médica faz parte. Logo, para que as mudanças se efetivassem, seria necessário discutir um plano diretivo para a saúde pública, e a partir dele, definir como os médicos deveriam atuar na execução desse planejamento e as características que precisariam ter.

Para elaborar um plano diretivo que visasse a atender às necessidades da população, em primeiro lugar, seria necessário que se conhecesse a situação da saúde pública e da prática médica, em especial, os avanços e retrocessos do modelo vigente, uma vez que é com base na conservação dos acertos e na superação dos erros que se encontram os fundamentos para a construção de um modelo assistencial adequado. Em segundo lugar, é preciso estabelecer, de forma concreta, por meio de legislações, o tipo de atenção à saúde que se pretende ofertar à população.

Nesse processo, o médico converte-se em agente transformador, ou seja, é um dos profissionais que está imbuído da responsabilidade de promover as mudanças a partir da planificação sugerida. Assim, a um projeto de saúde pública e prática médica corresponderá um tipo de médico ideal a ser formado (Imagem 1).

Imagem 1: Representação da EMB como intersecção de três conjuntos de fenômenos sociais: Saúde Pública, Educação Superior e Prática Médica



Fonte: Própria (2017)

Nesse ponto, ocorre a imbricação entre dois grandes campos de políticas sociais. A formação do profissional médico é transpassada por políticas educacionais, em particular, as do nível superior de educação; e está subordinada, pela finalidade, às políticas voltadas às necessidades de saúde da população.

Por essa afirmação, presume-se que o perfil do médico a ser formado é foco de discussão de vários agentes sociais, principalmente, de educadores e sanitaristas. Além disso, para formar o tipo de médico pretendido, é necessário que os dois campos trabalhem em conjunto, emitindo pareceres e decretando resoluções que tenham mesma direção e sentido.

Aqui se exige três questionamentos. O primeiro é: se a formação do médico está condicionada a um plano diretivo de saúde pública, qual era o estado da EMB até a emergência das propostas de reformas curriculares? Uma vez que se fez indispensável rever a maneira de formar médicos, faz-se imperativo desvelar quais foram os avanços e retrocessos do modelo de educação médica anterior às propostas, para determinar as causas das recomendações de mudança. A segunda pergunta é: quem são os agentes sociais convidados ao debate que, de forma direta ou indireta, elaboraram um novo plano diretivo e, por conseguinte, fundamentaram as propostas de reformas curriculares? Da mesma forma, a compreensão das tomadas de decisão sobre os caminhos a serem seguidos pelo plano diretivo e pela EMB passa pelo conhecimento das identidades e dos interesses dos diversos agentes sociais. O terceiro questionamento é: para qual direção e sentido apontam os pareceres e resoluções emitidos pelos órgãos responsáveis pelas políticas sociais de saúde pública e educação superior? Nesse momento, filtradas pelos interesses dos agentes sociais do debate, as soluções são postas sobre a mesa. Caberão às propostas vencedoras indicarem os caminhos para a transformação da realidade que se pretende modificar.

No início do século XXI, as escolhas dos novos percursos a serem seguidos pelas políticas de saúde pública e prática médica, articuladas com as políticas da educação superior, foram materializadas em leis. Os elementos de constituição de uma nova educação médica puderam ser percebidos nas Diretrizes Nacionais Curriculares para os cursos de graduação em Medicina - DCN 2001, instituídas pela Resolução nº 4, do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior - CNE/CES, do Ministério da Educação - MEC, de 07 de novembro de 2001; e depois em uma atualização, no ano de 2014 - DCN 2014, instituídas pela Resolução nº 3 do CNE/CES, do MEC, de 20 de junho de 2014.

Dessa afirmação, decorreram as seguintes perguntas: Como os conceitos e princípios teóricos que fundamentaram as proposições de ruptura com o modelo vigente de educação médica foram traduzidos em leis nas DCN? Que elementos deve conter a formação do médico para que ele atue em um novo cenário? Quais foram as formas encontradas para efetivar as mudanças? Como avaliaram a eficácia delas?

As propostas das reformas curriculares, regulamentadas pelas DCN, têm o objetivo de penetrar o nível mais basal e concreto da educação médica: o seio das comunidades acadêmicas. Para os alunos, o impacto das reformas é direto sobre a formação, na medida em que elas definem os conteúdos a serem assimilados e as formas de assimilação. Para os professores, as propostas são incorporadas ao repertório instrumental para a execução do trabalho pedagógico, seja no acolhimento seja na resistência às mudanças. Para as instituições, as adequações aos novos modelos de formação e sistemas de avaliação provocam medo e angústia, de não saberem como promover ou de fracassarem na execução das mudanças. Contudo, provocam, também, em todos os envolvidos no processo formativo, esperança e conforto, de terem nas mãos uma nova oportunidade de redefinir os caminhos do curso.

É nesse cenário que surge a questão principal da pesquisa.

Em 2013, a Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, no *campus* da cidade de Francisco Beltrão, situada na região Sudoeste do Estado do Paraná, recebeu a autorização para o funcionamento do curso de Medicina, como expansão de vagas do curso de Medicina do *campus* de Cascavel, cidade situada na região Oeste do Paraná, por meio da Resolução nº 107/2010, de 11 de novembro de 2010, deliberada pelo Conselho Universitário - COU da referida instituição e aprovada pelo Decreto Estadual nº 3.320, publicado no Diário Oficial Executivo do Paraná, nº 8.595, de 24 de novembro de 2011. Trata-se, portanto, de uma escola médica recém-criada.

No Projeto Político-Pedagógico - PPP de implantação do curso, entre as justificativas mais relevantes para sua autorização, estavam três fatores: a importância social e econômica do município de Francisco Beltrão e da região Sudoeste para o Estado; o fato de ser a única região sem disponibilidade de vagas para um curso de Medicina; e a carência de profissionais para trabalhar no recém-construído hospital regional (UNIOESTE, 2013).

O pesquisador é professor do curso de Medicina da UNIOESTE - *Campus* Francisco Beltrão e, enquanto partícipe do corpo docente, motivado pelo interesse em compreender como as DCN são apreciadas pelos gestores da escola médica, propõe a questão principal da pesquisa: de que forma o PPP do curso de Medicina da UNIOESTE

- *Campus* Francisco Beltrão - PPP-FB² foi constituído a partir dos elementos integrantes de uma nova educação médica sugeridos pelas DCN de 2001³?

Após a apresentação do problema e da questão principal da pesquisa, ficaram evidenciados os objetivos a serem alcançados. O objetivo geral é compreender como as propostas de uma nova educação médica, sintetizadas nas DCN de 2001, alcançaram e impactaram o curso de Medicina da UNIOESTE - *Campus* Francisco Beltrão, mediante a análise do PPP-FB. Dentre os objetivos específicos, tem-se a demonstração do desenvolvimento histórico da EMB, a partir dos movimentos constitutivos da prática médica e das políticas de saúde pública e educação superior no país; o apontamento dos avanços e recuos dos processos de formação médica encontrados pelos debatedores das reformas curriculares no modelo anterior às DCN 2001; a descrição do processo de constituição histórica e a análise de conteúdo das DCN 2001 e do PPP-FB; e a explicitação das propostas de uma nova educação médica, bem como das estratégias para a implantação e avaliação das mudanças.

Agora, com a questão principal e os objetivos revelados, cabe a demonstração da metodologia de pesquisa a ser empregada.

Por muito tempo, a pesquisa educacional sofreu influências da abordagem quantitativa das ciências físicas e naturais, reprodutoras de uma análise fragmentada de compreensão da realidade. Nessa abordagem, as variáveis independentes atuavam sobre os fenômenos e a justaposição das partes identificadas permitiria o conhecimento do todo.

Os estudos quantitativos caracterizam-se pela neutralidade, a crença na separação perfeita entre o pesquisador e seu objeto de estudo. Quanto mais distante o sujeito está do objeto, mais cristalinos e confiáveis os conhecimentos adquiridos. Outra característica é a imutabilidade, a capacidade de a pesquisa tornar-se lei universal, resistente às ações do tempo e espaço, conhecimento solidificado (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

A partir do século XX, os fenômenos educacionais ganharam um território próprio, o das Ciências Humanas e Sociais e, preferencialmente, são abordados de maneira qualitativa. Primeiro, porque suas variáveis não são encontradas isoladas nos fenômenos, mas intimamente relacionadas. Torna-se difícil apontar uma delas, solitariamente, como responsável por determinado efeito. Segundo, porque o pesquisador

² A partir deste momento, quando houver referência ao PPP do curso de Medicina da UNIOESTE - *Campus* Francisco Beltrão, será utilizada apenas a abreviatura PPP-FB.

³ Na data da presente pesquisa, vigora como orientações para a redação dos PPP dos cursos de Medicina, as DCN 2014, instaladas pela Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Contudo, a escolha das DCN 2001 como representativas das propostas de uma nova educação médica e como documento a ser analisado pelo estudo, deve-se ao fato do PPP-FB ser um documento redigido no ano de 2012 e autorizado a funcionar no ano de 2013. Dessa maneira, ele não poderia estar embasado nas DCN 2014.

é indissociável de seu objeto de pesquisa. O sujeito traz consigo conhecimentos, concepções e definições políticas e “a partir da interrogação que faz dos dados, baseada em tudo o que ele conhece sobre o assunto - portanto em toda a teoria acumulada a respeito -, que se vai construir o conhecimento sobre o fato pesquisado” (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 4-5). Por último, os fenômenos educacionais não são estanques, mas fluidos e dinâmicos, em constante mudança. Apresentam-se “dentro de um contexto social, por sua vez inserido em uma realidade histórica, que sofre toda uma série de determinações” (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 5).

Bogdan e Biklen (1994) sugerem as características da investigação qualitativa. Para os autores, o pesquisador deve mergulhar no contexto do fenômeno a ser estudado e observar atentamente os comportamentos humanos influenciados por este. Quaisquer gestos, palavras, participantes de uma conversa, decorações de uma sala são pistas em potencial. A descrição minuciosa e exaustiva não permite o escape de detalhes à avaliação.

Os investigadores qualitativos também se interessam mais pelo processo do que, simplesmente, pelos resultados ou produtos, ou seja, procuram entender as causas de determinadas ações e não apenas os efeitos que elas produzem. Acreditam que o conhecimento é construído a partir dos dados obtidos no campo de pesquisa, logo, não há uma hipótese previamente constituída que precisa ser confirmada ou excluída. O significado é, igualmente, de importância vital na abordagem qualitativa e, por esse motivo, os investigadores qualitativos estabelecem estratégias e procedimentos que lhes permitam tomar em consideração as experiências e pontos de vista dos informantes e as inferências a partir dos objetos de pesquisa (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

Pelas características apresentadas, a abordagem qualitativa faz-se pertinente para estudarmos as questões da educação médica, pois estas pertencem a um fenômeno social caracterizado por infinitas variáveis relacionais responsáveis pela sua constituição.

Entre as modalidades de abordagem qualitativa, a mais adequada para a resposta à questão principal é a pesquisa documental, uma vez que os esforços estarão concentrados na análise dos pareceres e resoluções das DCN 2001 e do PPP-FB, ladeados por outros decretos e leis inter-relacionados.

Neste estudo, a própria definição do termo *documento* precisa ser entendida como um material “que exprime o poder da sociedade do passado sobre a memória e o futuro: o documento é monumento” (LE GOFF, 1990, p. 10).

Os documentos contêm uma história, ou seja, são frutos de resoluções de um coletivo, em um dado tempo e espaço, mediadas por um jogo de forças e interesses em

que há vencedores e vencidos. Por meio deles, é possível, em grande parte, a compreensão de modos de ser, viver e conviver da sociedade estudada. Mas além de recipientes de informações, instruções, comandos e desejos; os documentos constituem-se, também, em instrumentos que se oferecem aos mais variados propósitos, desde o controle e orientação político-ideológica até objeto de estudo de pesquisas.

Logo, da mesma forma que são produzidos por coletivos interessados, os documentos e as informações que eles contêm, influenciam os agentes sociais que os produzem, de várias formas e em várias intensidades. Essa maneira de entender como os documentos são definidos lhes confere um caráter de organicidade, dinamicidade e inextinguibilidade.

Aparentemente, o necessário didatismo de como a definição dos documentos foi apresentada pode simular uma relação mecânica de causas e efeitos, de propósitos e meios, como se a toda resolução de um documento correspondesse uma resposta controlada. A multiplicidade e articulação dos determinantes dos fenômenos sociais e as diversas maneiras como eles se manifestam, por si só, desmentem a aparência.

Atenta-se, também, para o caráter de reciprocidade dos afetos entre os agentes sociais e os documentos. O dinamismo da relação produz a perpetuação do processo constitutivo dos fenômenos e, com isso, os documentos de hoje darão origem e lugar aos documentos de amanhã, em um movimento constante de renovação.

É preciso entender que os documentos foram produzidos por agentes sociais, mediante uma deliberação coletiva; e, ao mesmo tempo, são consumidos por outros agentes sociais, isto é, os documentos têm a função de promover a mediação entre os interesses da resolução da coletividade e a realidade que se pretende modificar. Dessa forma, o trabalho metodológico na pesquisa documental não inicia na demonstração e comentário do conteúdo dos documentos, mas com o posicionamento deles no tempo e no espaço e com a explicação de como foram produzidos e consumidos pela sociedade a que se destinaram. Haverá essa preocupação em todos os capítulos da dissertação.

Outra advertência deve ser feita quanto à escolha dos documentos a serem examinados. Sabe-se que a abrangência da totalidade dos documentos em uma construção de discussão acerca de um determinado tema é impossível. Logo, o processo de escolha exigirá a seleção de documentos e referências que sustentarão argumentos. Assim, toda escolha deixará de ser neutra e prestigiará o olhar do pesquisador. É por isso que a pluralidade de testemunhos é desejável.

Segundo Comte-Sponville (2002), essa pluralidade só tem sentido se uma verdade é suposta, pois, se não tivéssemos nenhum acesso à verdade, ou se ela não existisse, por

que desejar conhecer? Ao incluir e excluir documentos e referências da pesquisa, o pesquisador deve estar, acima de tudo, interessado na aproximação com a verdade.

O trabalho de captação do movimento constitutivo de um documento é sempre indireto, pois o que se pretende desvendar pode não estar explícito, mas escondido nas entrelinhas. A análise de conteúdo é uma técnica apropriada para alcançar o objetivo de inferir conhecimentos a partir de uma leitura pormenorizada de textos cujo teor está além das palavras e frases. Ela pode ser aplicada a qualquer tipo de documento, inclusive a dados estatísticos, como uma forma de tratamento das pesquisas quantitativas, mas, classicamente, o destaque está na abordagem qualitativa das linguagens verbal e não verbal.

Segundo Bardin (1977), o método da análise de conteúdo compreende fases sequenciais. A primeira é a fase de *pré-análise* ou de organização e possui as missões de escolher o material a ser submetido à análise, formular hipóteses e objetivos e elaborar indicadores que fundamentem a interpretação final.

Nessa fase, o pesquisador procede a leitura dos documentos a serem examinados e os delimita segundo regras. A regra da *exaustividade* postula a necessidade de abranger o máximo de elementos possível sobre a temática a ser pesquisada. Na regra da *representatividade*, a amostragem precisa ser representativa do universo inicial do fenômeno. A regra da *homogeneidade* aponta para a necessidade de todos os documentos referirem-se ao tema pesquisado, evitando singularidades fora dos critérios de escolha. Na regra da *pertinência*, os documentos precisam adaptar-se ao conteúdo e objetivos previstos (BARDIN, 1977). Após a escolha e a sistematização grosseira do material, o pesquisador poderá formular hipóteses a respeito do tema de pesquisa, que deverão ser comprovadas nas etapas seguintes. Além disso, na fase de *pré-análise*, é possível o surgimento de categorias que indicam caminhos para o debate teórico final.

A segunda fase é a de *exploração do material* e é dividida em duas subfases. A *codificação* corresponde à identificação inicial de unidades de significação, ou seja, o pesquisador faz um movimento classificatório primário do material, como se estivesse “colando etiquetas” em trechos do texto ou do discurso com identificadores ainda não lapidados. Os critérios desse processo de identificação variam de acordo com o tipo de pesquisa pretendida, desde parâmetros de semântica, sintaxe, origem geográfica, cronológica e autoral (BARDIN, 1977). Na *categorização*, os elementos que receberam “etiquetas” similares, serão agrupados por apresentarem características comuns, em uma etapa chamada *inventário e classificação*.

A boa *categorização* requer práticas adequadas. Na *exclusão mútua*, cada elemento só pode existir em uma categoria; na *homogeneidade*, um único princípio de classificação deve governar a organização dos elementos; na *pertinência*, o sistema de categorias deve refletir as intenções da investigação, as questões do analista e/ou corresponder às características das unidades de significação; na *objetividade e fidelidade*, as diferentes partes de um material devem ser codificadas da mesma maneira, a fim de evitar distorções proporcionadas pela subjetividade dos codificadores e a variação de interpretações; e na *produtividade*, as categorias deverão ser férteis em inferências, possibilitando novas hipóteses (BARDIN, 1977).

A terceira e última fase é a de *tratamento dos resultados, inferência e interpretação*. De posse dos dados codificados e categorizados, o pesquisador poderá fazer inferências a respeito das descobertas que permitirão interpretações e compreensões. As inferências tornam-se, ao mesmo tempo, teste das hipóteses formuladas nas fases anteriores e/ou origem de novas descobertas inesperadas. Logo, o movimento do pesquisador durante a análise de conteúdo é de avanços e recuos, de codificação e categorização constantes, até a saturação do processo e o esgotamento das descobertas. As interpretações correspondem ao relatório das descobertas, de forma organizada e sistematizada, do processo de análise do material. É a tradução e exposição daquilo que estava escrito nas entrelinhas.

Para compreender como as propostas de reformas curriculares das DCN 2001 manifestaram-se no PPP-FB, a pesquisa procurou evidenciar o processo de constituição dos documentos mencionados, com a identificação dos agentes sociais do debate, bem como do contexto histórico em que ele ocorreu. Além disso, preocupou-se em buscar elementos do processo na realidade concreta; no caso da educação médica, nas normas que norteiam as instituições e as práticas das salas de aula dos cursos de Medicina.

A escolha de outros documentos secundários de sustentação da argumentação seguiu recomendações contidas no próprio interior dos documentos principais. Muitas dessas fontes e referências secundárias estavam nominalmente elencadas no texto das DCN 2001 e do PPP. A partir dessa lista, foram aplicados os princípios da análise de conteúdo para a seleção dos documentos.

Inicialmente, como critério de inclusão, procurou-se abranger a totalidade das resoluções, pareceres, decretos, portarias, leis, artigos e livros sugeridos pelos documentos principais como suporte teórico, prática coerente com a regra da *exaustividade*. Em seguida, procedeu-se a busca do maior número possível dos documentos secundários, o que se mostrou uma tarefa difícil. Primeiro, porque a educação

médica, por se tratar de um fenômeno com infinitas facetas, está apoiada em uma miríade de documentos e discursos. Além disso, há uma diversidade de conceitos e categorias secundários que a tornam heterogênea, requisitando um universo maior de documentos para se extrair dele uma amostra representativa. Muitos documentos não estavam disponíveis para a consulta devido à raridade e/ou à dificuldade de acesso, o que não inviabilizou, mesmo assim, a elaboração de uma lista extensa de referências. Em muitos debates, outros autores e fontes foram convidados a tomar a palavra, em auxílio à argumentação teórica, tentando suprimir a lacuna dos documentos ausentes.

O trabalho de *codificação* e *categorização* foi exaustivo. Um longo processo de idas e vindas, de leituras e releituras, de agrupamento de ideias e conceitos, até a extração das categorias mais relevantes.

Para cumprir o objetivo dessa fase, durante a leitura pormenorizada das DCN 2001 e do PPP-FB, foram feitos apontamentos sobre cada artigo e inciso, procurando localizar a ideia central de cada fragmento de texto, assim como semelhanças e diferenças entre eles. Em seguida, cada artigo passou por várias etapas de tratamento nas quais recebeu um conjunto de códigos com identificadores que expressavam um significado.

Como exemplo, passa-se a examinar o artigo 3º, da resolução das DCN 2001, que trata do perfil formativo do egresso.

Art. 3º - 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, 2001c, p. 28).

Em um primeiro momento, os artigos e incisos foram classificados conforme áreas de influência bem amplas, como: econômica, política, ética, cultural, filosófica, conceitual, pedagógica, técnica, simbólica; e agrupados de acordo com essa classificação. A definição das áreas de influência como categorias iniciais ocorreu na fase de *pré-análise*, durante a primeira leitura dos documentos.

Ainda nesse momento, foi possível perceber que um mesmo artigo ou inciso poderia pertencer a diferentes áreas de influência. Tal fato ocorria porque cada um deles poderia conter fragmentos de texto que estariam relacionados a uma ou outra área de influência. Quando havia a concorrência, o artigo ou inciso era incorporado ao conjunto de cada uma das áreas de influência apontadas como constitutivas dele.

Dando continuidade ao processo de análise de conteúdo do exemplo acima, o artigo citado pôde ser classificado como pertencente à área de influência ética, por exigir princípios humanísticos, éticos, de boa prática clínica e responsabilidade. O artigo pôde ser classificado, ainda, na área de influência filosófico-conceitual, pela sugestão de uma prática integral, contínua, pautada em princípios sanitários. Nessa área, em especial, o destaque está sobre a mudança da concepção de saúde, que alterou o conceito puramente biológico de “ausência de doença”, para uma abordagem que considera fatores de determinação social⁴ das patologias.

O próximo passo foi analisar cada área de influência em particular. Dessa vez, considerando o fragmento de texto que permitia classificar o artigo ou inciso na área de influência específica. Ao destacar esse fragmento, foi possível elaborar um novo sistema de classificação, reagrupando-os novamente, agora, por códigos identificadores mais específicos. A nova classificação originou-se do avanço da análise de conteúdo e da ampliação do conhecimento sobre os temas.

No exemplo acima, os fragmentos de texto “formação generalista”, “capacitado a atuar [...] 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” e “como promotor da saúde integral do ser humano” receberam o código identificador: *promoção da saúde*. Os fragmentos: “humanista, crítica e reflexiva”, “pautado em princípios éticos”, “com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania” receberam o código identificador: *ético-cultural*.

A partir desse estágio, foi possível perceber uma categorização avançada do conteúdo dos documentos, com a saturação do aparecimento de novos códigos identificadores. Após várias revisões dos processos de agrupamento e classificação, as categorias contidas nas DCN 2001 e no PPP-FB foram fixadas.

Após todo o trabalho de *tratamento dos resultados, inferência e interpretação*, as categorias foram distribuídas em três grandes grupos, as quais foram chamadas referências *filosófico-conceituais*, referências *metodológicas* e referências *técnico-administrativas*. As referências são compostas a partir de grupos de códigos identificadores que compartilham a origem histórica e cujos teores possuem intrínseca proximidade de conceitos.

⁴ Determinações sociais da saúde são características socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade que influenciam as condições de vida e o trabalho de todos os seus integrantes (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

As referências *filosófico-conceituais* da nova educação médica podem ser representadas por eixos estruturantes, construídos por diversas áreas do conhecimento, tais como conceitos teóricos da área de saúde; princípios filosóficos, éticos e culturais; e fundamentos de origem política, econômica, tecnológica e simbólica. As referências *metodológicas* têm ênfase em dois aspectos: a *organização curricular por competências* e as *metodologias ativas de ensino e aprendizagem*. Essa última agrupará sob si as estratégias de *aprendizagem pelo trabalho*. Por fim, as referências *técnico-administrativas* são instruções cujo objetivo é regulamentar o funcionamento do trabalho pedagógico no curso.

A preocupação do primeiro capítulo, intitulado ‘Educação médica no Brasil: processo histórico e social da formação médica’, está em demonstrar o movimento histórico constitutivo da EMB, os agentes sociais que dele participaram e para quais direções e sentidos apontaram as necessidades de reformas curriculares, sob a ótica de como se estabeleceu a organização e a divisão da prática médica e das políticas para a saúde pública e educação superior no Brasil. O percurso a ser trilhado iniciará no período colonial, desde o século XVI, até o início do século XXI. O retorno ao período mais longínquo da história do país fez-se necessário, pois elementos daquela época ainda podem ser identificados na EMB nos dias atuais, conservados pelas práticas. A apresentação do processo de desenvolvimento histórico da EMB estará encarregada de evidenciar como os elementos constituintes foram valorados e depois conservados ou descartados conforme os interesses dos agentes sociais.

O segundo capítulo, intitulado ‘O processo de constituição histórica das DCN 2001’, concentrou os esforços sobre a materialização, na forma de leis, das propostas de ruptura com o modelo de educação médica vigente, sistematizadas e compiladas nas DCN 2001. No decorrer do capítulo, serão demonstrados fatos históricos, políticos e educacionais que antecederam, em um passado imediato, à instituição da resolução. Ainda nesse capítulo, estarão a descrição das estratégias e de outras leis que contribuíram para a promoção da implantação das reformas curriculares, bem como dos sistemas de avaliação que acompanharam os processos de mudança.

O terceiro capítulo da dissertação será consagrado à apresentação da análise de conteúdo do PPP-FB. Nesse momento, será demonstrada a articulação dos fundamentos do PPP com as propostas das DCN 2001, seja na aproximação seja no distanciamento com tais recomendações. Na primeira seção, serão demonstradas as ocorrências históricas que antecederam o funcionamento do curso de Medicina da UNIOESTE - *campus* de Francisco Beltrão e, conseqüentemente, à elaboração do PPP-FB. Na segunda seção,

serão demonstradas as referências *filosófico-conceituais*, especialmente, aquelas contidas no perfil formativo do egresso. Como adiantado, essas orientações configuram-se em forma de eixos ou vetores estruturantes da redação de artigos, parágrafos e incisos dos documentos. São eles: o eixo de *promoção da saúde*, o eixo *econômico-político*, o eixo *ético-cultural* e o eixo *tecnológico-simbólico*. Na terceira seção, serão apresentadas as escolhas dos referenciais *metodológicos* para a concretização da formação, mais especificamente, aqueles que se referem à organização curricular e às metodologias de ensino e aprendizagem. Na última seção, estarão colocadas as normas de ordem *técnico-administrativa* cujo objetivo é instrumentalizar o funcionamento do projeto pedagógico.

CAPÍTULO 1 - EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL: PROCESSO HISTÓRICO E SOCIAL DA FORMAÇÃO MÉDICA

No primeiro capítulo, será demonstrado como a EMB constituiu-se sob a ótica das políticas públicas na educação superior, das políticas públicas na área de saúde e do campo da prática médica, desde o século XVI até o final do século XX. Nesse movimento, dois enfoques poderão ser percebidos. O primeiro é evidenciar manifestas insatisfações com o modelo de educação médica vigente nesse período; e o segundo, revelar os agentes que as manifestaram.

É importante advertir para a impossibilidade de captação de todos os avanços e recuos da história devido à infinidade de situações que a circundam. Assume-se, portanto, que o recorte temporal se vincula ao propósito de extrair a essência dos acontecimentos mais relevantes para a constituição da EMB, pela perspectiva da questão principal da pesquisa.

Adverte-se, ainda, que o eixo de apresentação do texto do capítulo, ordenado cronologicamente, será acompanhado de esclarecimentos que demonstrarão a articulação dos eventos históricos com a atualidade. Tais explicações expressarão anacronismo, o que prejudicará o estilo, mas a opção foi por priorizar a oportunidade de expandir os temas no momento em que eles se apresentaram à pesquisa.

O empenho em delimitar o processo de constituição da EMB facilitará o entendimento de como os currículos e as propostas de reformas dos currículos para os cursos de Medicina foram construídos, o que será abordado no segundo capítulo.

1.1 A formação médica no Brasil Colônia

No período colonial, surgiram duas características marcantes da EMB, às quais as reformas curriculares pretendem substituir: a identidade cultural cientificista, corporativista e elitista da classe médica; e a metodologia de ensino e aprendizagem dita tradicional.

Desde os primórdios do período colonial, destacou-se uma prática de cura informal, acessível e capilarizada, desenvolvida por personagens populares de diversas origens étnicas. Indiferentemente, os habitantes da colônia, mesmo os de origem europeia, recorriam tanto aos tratamentos oferecidos por médicos, cirurgiões e barbeiros, vindos de Portugal, quanto àqueles instituídos por indígenas e escravos africanos.

Segundo Edler e Fonseca (2006a), a presença da informalidade não decorreu, exclusivamente, da falta de uma medicina oficial, mas da forte existência de diferentes raízes culturais das populações aqui residentes. Além disso, as parcelas da população que mais ressentiam a falta de médicos eram, justamente, aquelas das quais as práticas populares emergiam. Mesmo na atualidade, apesar da existência de uma medicina normatizada, os saberes populares são bastante procurados, em parte por aspectos culturais, em parte por carências do sistema de saúde.

As características de informalidade da arte de curar do período colonial podem levar à falsa impressão de uma fase não científica da medicina brasileira. Todavia, apesar do preconceito em relação aos elementos pagãos da cultura indígena e africana e da perseguição a essas práticas desempenhada pela Inquisição e autoridades sanitárias, físicos, cirurgiões, boticários e padres jesuítas recolheram informações sobre os saberes populares e sobre o uso de ervas medicinais por essas culturas e os utilizaram de forma ampla. Em algumas ocasiões, as descrições das propriedades terapêuticas das plantas do Novo Mundo eram organizadas em compêndios de farmacopeia e divulgadas na Metrópole, em contribuição aos conhecimentos da medicina europeia (TEIXEIRA; EDLER, 2012). Os saberes populares passavam por um processo higienizador, reinterpretados à luz dos saberes eruditos, convertidos em informações sistematizadas e distribuídos para o consumo dos intelectuais europeus.

Segundo Edler e Fonseca (2006b), a medicina oficial era rudimentar, exercida por alguns poucos físicos, cirurgiões e barbeiros. Os físicos, formados em universidades europeias, atuavam como médicos da Coroa e das tropas. Eram responsáveis pelo exame, diagnóstico e o receituário para os pacientes. Considerados socialmente inferiores, os cirurgiões praticavam os ofícios manuais que exigiam o uso de ferros, lancetas, tesouras, escalpelos, cautérios e agulhas. Em posição social ainda mais inferior estavam os barbeiros, que além dos cortes de cabelo e das barbas, praticavam sangrias, aplicavam ventosas, sanguessugas e clisteres, faziam curativos e arrancavam dentes. Também havia aprendizes que trabalhavam como ajudantes do mestre, em troca de casa e comida. A formação deles estava relacionada à aprendizagem pelo trabalho.

Para que o aprendiz se transformasse em profissional com poder para exercer, de forma legítima, a arte da cura, era exigida uma outorga. Primeiro, apresentava ao delegado do físico-mor do reino um atestado do mestre com o qual aprendera o ofício ou o testemunho de pessoas idôneas em favor das habilidades do requerente. Em seguida, o neófito se submetia à prova de arguição teórica e exame de habilidades práticas. A permissão para a prática de cura e para transitar pelas cidades e vilas era concedida pelo

Conselho Ultramarino⁵, por carta de confirmação, requerida após três anos da aprovação nos testes e expedida pelo cirurgião-mor e pelo físico-mor (TEIXEIRA; EDLER, 2012).

A partir da metade do século XVIII, por não haver instituições de educação superior no Brasil, fato coerente com a lógica mercantilista e exploratória do colonialismo, um pequeno número de estudantes brasileiros buscou o diploma de médico nas universidades de Coimbra, Edimburgo, Salamanca e Montpellier (TEIXEIRA; EDLER, 2012). Por se tratar de difícil e custosa formação, apenas os mais abastados poderiam consegui-la.

A condenação, por parte da Igreja e das autoridades sanitárias, das práticas informais; o controle, por parte da Coroa, sobre a fronteira do exercício legal da profissão e sobre a formação dos futuros médicos; e as dificuldades de acesso à formação na Metrópole devido aos custos elevados; permitiram o surgimento do embrião de uma identidade cultural médica de caráter científico, corporativista e elitista. Científico, pela delimitação dos saberes considerados eruditos e pela fiscalização para que apenas esses fossem utilizados no diagnóstico e tratamento das doenças; corporativista, pela definição de quem poderia exercer a arte da cura e em que condições pré-determinadas; e elitista, pela redução do acesso ao conhecimento válido a um seleto grupo de pessoas escolhido pelo critério da posse de bens materiais.

Ainda descrevendo fatos ocorridos no período colonial e que impactaram a EMB, é fundamental destacar o legado dos poucos estabelecimentos educacionais aqui presentes desde os primeiros anos de colonização, mesmo com a inexistência de universidades instaladas no país. Tais estabelecimentos eram organizados por padres jesuítas, propagadores de uma tradição que remonta à Idade Média europeia. O propósito dessas instituições era manter e promover a doutrina cristã através da escolarização (PIMENTA; ANASTASIOU, 2008).

O método de estudo adotado para a execução desse intuito tinha como referência a Escolástica, que consiste no ensino baseado na repetição e memorização de conceitos e definições. Durante a aula, o professor procedia a leitura da obra de um autor, do alto da cátedra, com comentários, análises, destaque de ideias e comparação com outros autores. Aos alunos, cabia fazer anotações para serem memorizadas em exercícios. As lições eram repetidas duas vezes ao dia, recapituladas na aula seguinte e, semanalmente, toda a matéria era revista. O conhecimento era tomado como algo posto, indiscutível e acabado.

⁵ O Conselho Ultramarino foi um órgão criado por D. João IV, em Lisboa, regulamentado em 1642, com atribuições em áreas financeiras e administrativas na África portuguesa, na Índia portuguesa e no Brasil (CRUZ, 2015).

Por esse motivo, os conteúdos de ensino podiam ser os mesmos para todas as escolas jesuíticas em todo o mundo, contidas em um documento, de 1599, chamado *Ratio Studiorum* (PIMENTA; ANASTASIOU, 2008). O professor apresentava identidade sacerdotal, paternalista e rígida. O bom aluno era passivo, disciplinado e memorizava o conteúdo para a avaliação.

O modelo jesuíta de ensino pode ser observado nas ações docentes dos professores dos dias atuais. O método de estudos baseado na repetição e memorização, focado na transmissão de informações e centrado no professor, está na gênese das práticas e modos de ensinar presentes em boa parte das salas de aula ainda hoje. Pimenta e Anastasiou (2008) relatam que a perpetuação desse modelo é reforçada pelo senso comum, pois há a crença de que para ser professor

[...] basta tomar certo conteúdo, preparar-se para apresentá-lo ou dirigir o seu estudo; ir a uma sala de aula, tomar conta de uma turma de alunos e efetivar o ritual da docência, que consiste em apresentar os conteúdos, controlar os alunos, avaliar a aprendizagem, disciplinar (PIMENTA; ANASTASIOU, 2008, p. 148).

A identidade cultural cientificista, corporativista e elitista da classe médica, associada às metodologias de ensino e aprendizagem tradicionais, serão combatidas pelas DCN 2001, como poderá ser observado no capítulo seguinte.

1.2 Da criação das escolas médicas brasileiras ao advento de uma ciência médica

Em 1808, com a chegada da família imperial ao Brasil, uma série de medidas foram tomadas nos anos seguintes, como a abertura dos portos às nações amigas, a inauguração da Imprensa Régia e da Academia Real Militar, a fundação do Banco do Brasil e a autorização para a instalação de indústrias no país. (CAVALCANTI, 2007). Uma dessas medidas, a criação de escolas médicas nacionais, alteraria os rumos da EMB para sempre.

Ainda em 1808, o que denota a urgência e a importância da medida, a ordem de Dom João VI para instalação de duas escolas de cirurgia, uma em Salvador e outra no Rio de Janeiro, é o marco oficial de surgimento de uma formação acadêmica exclusivamente brasileira. Contudo, criadas às pressas, tais instituições não eram equivalentes aos cursos de Medicina das universidades europeias. Faltavam professores habilitados e os alunos tinham dificuldade de acompanhar os estudos, fruto de uma formação prévia deficiente (TEIXEIRA; EDLER, 2012).

O currículo das primeiras escolas abrigava duas disciplinas: a anatomia e a cirurgia. Os requisitos eram a língua francesa e a habilitação se restringia a algumas questões de saúde, sangrias, ventosas e tratamento de fraturas. O curso tinha a duração de quatro anos (BRIANI, 2003).

Em 1829, um grupo de profissionais médicos criou a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, depois rebatizada de Academia Imperial de Medicina (1829-1889). A partir de reuniões dessa associação, com vistas à melhoria do ensino da medicina no país, houve a primeira grande reivindicação de reforma da educação médica, convertida em lei promulgada em 03 de outubro de 1832.

Paulatinamente, as escolas de cirurgia deram lugar às faculdades, ganharam novas disciplinas, curso com duração de seis anos e exigências mais rígidas para o ingresso dos estudantes, como a idade mínima de dezesseis anos e o conhecimento de latim, francês, inglês, filosofia, aritmética e geometria (BRIANI, 2003).

No momento da implantação das faculdades brasileiras de medicina, a composição do modelo de ensino, amparada pela Academia Imperial, foi buscar elementos do sistema empirista francês. No plano do sistema educacional, esse modelo tinha como núcleo a formação profissionalizante com objetivo de formar burocratas para o desempenho das funções do novo Estado burguês (PIMENTA; ANASTASIOU, 2008).

No plano da educação médica, essa vertente ficou conhecida como medicina anátomo-clínica e ganhou força após a Revolução Francesa de 1789. Foi marcada pela observação direta dos sintomas nos pacientes, associada à identificação da lesão patológica nos cadáveres. Essa característica promoveu a convergência entre os saberes teóricos, intelectuais e clínicos, dos físicos; e os saberes práticos, manuais e cirúrgicos, dos cirurgiões e barbeiros. As técnicas de auscultação, percussão, patologia tissular, autópsia e estatística são exemplos de contribuições do sistema francês à prática médica.

Uma vez que novas técnicas e instrumentos tornaram-se essenciais, as hipóteses diagnósticas puramente teóricas do período anterior foram substituídas por aquelas construídas pela coleta de dados objetivos sensoriais. O ambiente adequado para a aquisição do conhecimento passou a ser o hospital, local onde muitos pacientes poderiam ser examinados sob supervisão (EDLER; FONSECA, 2006c).

Na primeira metade do século XIX, a prática médica era marcada pela figura do médico de família, que atuava ora como clínico, ora como cirurgião, ora como conselheiro higienista. A mais importante fonte de informações para o diagnóstico era o registro dos casos à beira do leito e a patologia repousava na descrição dos sintomas próprios a cada doença. As causas das enfermidades eram atribuídas ao clima, à alimentação, ao

comportamento sexual ou emocional e aos miasmas⁶. O médico formulava e desenvolvia as próprias medicações. Exercia uma medicina heroica⁷ e assumia com plenitude a responsabilidade de conservação de uma vida. Em muitas ocasiões, mudava-se para a casa dos pacientes, permanecendo por vários dias, aplicando os conhecimentos adquiridos nas faculdades. O desfecho, em boa parte das vezes, era a morte, fato que originou certo ceticismo quanto à eficácia dessas práticas, acusadas de não possuir nenhuma base empírica (WOLANIUK, 2012).

Até esse ponto da história, a formação médica era geral, influenciada por forte carga humanista e cultural. Os médicos eram treinados nas artes diagnósticas e apresentavam uma grande capacidade de avaliação das manifestações dos sinais e sintomas referidos ou demonstrados pelos pacientes. Além disso, precisavam saber outras línguas como latim e francês e ter conhecimentos de diversas áreas do conhecimento. A prática médica era generalista, ou seja, não especializada, e baseada na medicina de família.

Essa retomada das características dos médicos do período é importante, posto que, a partir desse ponto, elas serão alteradas de forma drástica.

A partir da metade do século XIX, a preocupação sanitária ampliou-se com as descobertas da vacinação e da microbiologia por Louis Pasteur e com pesquisas crescentes sobre epidemias e doenças tropicais nas cidades litorâneas do Brasil. Essas pesquisas comprovaram que, economicamente, o investimento na redução do risco de se contrair uma doença sobrepunha-se, em importância, ao prejuízo proporcionado pela própria moléstia. A higiene se tornou um saber social, que envolvia toda a sociedade e fazia da saúde pública uma prioridade política, na evidente necessidade de conexão entre saúde e economia (CAVALHEIRO; MARQUES; MOTA, 2008).

A partir das leis abolicionistas, houve um aumento da demanda por mão de obra para o trabalho, especialmente, nas lavouras. Dessa maneira, proteger as camadas produtivas mais pobres tornou-se um investimento nacional contra a miséria e em favor da ordem pública. As políticas de saúde pública tornaram-se necessárias para viabilizar as novas exigências do capitalismo, imprescindíveis para a afirmação da produção no molde agrário-exportador adotado pelo Brasil.

No final do século XIX, os médicos começaram a abandonar as práticas de medicina de família e a distribuírem-se em consultórios privados ou em casas de saúde.

⁶ Substâncias animais ou vegetais em decomposição.

⁷ Medicina heroica é a que emprega intervenções dramáticas que levariam ao estado de equilíbrio humoral e à saúde. Quando mais nociva a doença, mais pungente e heroica era a intervenção (WOLANIUK, 2012).

A forma de trabalho era a medicina liberal, reunida em duas modalidades: uma clientela urbana de ricos e camadas médias; e uma atuação gratuita, voltada aos pobres, em instituições filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia. A última modalidade, além do ideal da caridade, continha o benefício da atualização do conhecimento por parte do médico, na observação de procedimentos e técnicas realizadas no ambiente hospitalar.

A única interferência do Estado na relação privada entre médico e paciente era sobre a obrigatoriedade de notificação das doenças endêmicas e epidêmicas, fato articulado com a preocupação sanitária do período (CAVALHEIRO; MARQUES; MOTA, 2008). As práticas médicas, de maneira quase exclusiva, voltavam seus esforços ao combate dessas doenças. A pesquisa da microbiologia, dos agentes causadores das epidemias e as propostas de proteção mediante o isolamento dos doentes, vacinação e destruição dos vetores exigia o fortalecimento de centros de pesquisa.

Nesse momento, inicia-se um movimento reformista de crítica à separação entre ensino e pesquisa; e de crítica à centralização e burocracia exercidos pelo sistema anátomo-clínico francês. Entre as causas desse movimento, está o crescente intercâmbio de médicos brasileiros que buscavam complementação dos estudos na Europa e retornavam ao país com uma formação diferente de seus mestres, com habilidades e técnicas adquiridas em laboratórios ou clínicas especializadas. Esses médicos intitulavam-se especialistas (TEIXEIRA; EDLER, 2012).

Mais do que apenas o reforço na formação, os médicos que migravam para países como França e Alemanha, retornavam com uma importante compreensão de técnicas e metodologias científicas (LUDMERER, 2010).

Diversos periódicos médicos não oficiais, cujos autores participavam de grupos de pesquisas de doenças tropicais e epidêmicas no Brasil, desaprovavam a livre validação do conhecimento de manuais europeus de medicina para uma realidade contextual e climática diversa da encontrada nos países onde eram produzidos. Essa postura criticava a mera reprodução do conhecimento pelas faculdades e o papel das sociedades e academias de medicina, órgãos vinculados à elite governante, que exerciam e centralizavam o poder oficial sobre a criação, arbitragem e validação do conhecimento científico (EDLER; FONSECA, 2006e).

O movimento reformista ganhou ainda mais força no final do século XIX, por influência da implantação do sistema universitário alemão⁸ nas universidades do mundo

⁸ Implantado por Alexander Humboldt, em Berlim, esse modelo foi impulsionado por uma tentativa de reverter o retardamento na Revolução Industrial da Alemanha e tinha por objetivo o avanço do conhecimento científico, por meio da pesquisa de questões nacionais, como a química e a metalúrgica,

todo. Na educação médica, esse modelo ficou conhecido como medicina experimental e apresentava soluções opostas ao modelo francês, como a autonomia das faculdades ante o Estado e sociedade civil e a busca desinteressada da verdade como caminho do autodesenvolvimento e autoconsciência.

Em 1873, o médico brasileiro Vicente de Saboia, formado no Brasil pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, após visita a universidades de vários países da Europa, elaborou relatório que criticava a decadência intelectual promovida pelo sistema francês de ensino. Esse parecer embasou, em 1879, a Lei do Ensino Livre, redigida por Leôncio de Carvalho, que inaugurou o ensino experimental com a proposta de aumento do número de laboratórios, obrigatoriedade de aulas práticas laboratoriais, liberdade de frequência, cursos livres e diploma para mulheres (TEIXEIRA; EDLER, 2012).

A aceitação da medicina experimental, por se tratar de uma proposta contrária ao pensamento hegemônico das sociedades e academias de medicina da época, não foi linear, tampouco sem enfrentamento. Um episódio exemplifica essa afirmação.

As Conferências Populares da Glória consistiam de encontros que abordavam temas culturais e científicos em escolas públicas na antiga freguesia da Glória, no Rio de Janeiro, e eram frequentadas pela Família Imperial, pela aristocracia da Corte, e por profissionais liberais e estudantes. A partir de 1880, professores e alunos de medicina expuseram em suas conferências a precariedade do ensino médico no país, com o ensino excessivamente teórico e a ausência de laboratórios equipados, apesar da reforma de 1879. As críticas eram diretas ao sistema francês e à organização das faculdades médicas do Império. Em 1882, já à frente da gestão da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Saboia criou inúmeros laboratórios e gabinetes, promoveu cursos livres e instalou novas disciplinas (EDLER; FONSECA, 2006d).

A forte formação científica de médicos que retornavam de intercâmbios na Europa reforçou a aproximação da pesquisa ao ensino e o caráter científico da medicina. As principais consequências do advento da medicina experimental foram a superação da percepção da medicina como arte de cura; e a sementeira, com mais profundidade, da ideia de existência de uma ciência médica, com leis naturais, tal qual a biologia, a física e a química.

no esforço deliberado de eliminar a dependência e estruturar a autonomia nacional, a fim de permitir a competição no mercado internacional (PIMENTA; ANASTASIOU, 2008).

1.3 A consolidação da medicina experimental com o Relatório Flexner

Coerente com a corrente filosófica dominante na virada do século XIX para o XX, a nova ciência médica foi assentada nos conceitos positivistas do filósofo francês Auguste Comte. O próprio movimento republicano de 1889 apoiou-se nas ideias positivistas para formular a ideologia da ordem e do progresso, graças à atuação de Benjamin Constant, um dos criadores da sociedade positivista no Brasil.

Para o positivismo, o conhecimento científico seria a única forma de conhecimento verdadeiro. Uma teoria só poderia ser validada a partir de métodos científicos neutros e concretos e o progresso da humanidade dependeria, exclusivamente, dos avanços científicos. Para Comte (1978), os fenômenos observáveis poderiam ser reduzidos a leis naturais invariáveis e estariam interligados por relações de sucessão e semelhança, de causa e efeito.

Vemos, pelo que precede, que o caráter fundamental da filosofia positiva é tomar todos os fenômenos como sujeitos a leis naturais invariáveis, cuja descoberta precisa e cuja redução ao menor número possível constituem o objetivo de todos os nossos esforços, considerando como absolutamente inacessível e vazia de sentido para nós a investigação das chamadas causas, sejam primeiras, sejam finais. É inútil insistir muito sobre um princípio, hoje tão familiar a todos aqueles que fizeram um estudo um pouco aprofundado das ciências de observação. Cada um sabe que, em nossas explicações positivas, até mesmo as mais perfeitas, não temos de modo algum a pretensão de expor as causas geradoras dos fenômenos, posto que nada mais faríamos então além de recuar a dificuldade. Pretendemos somente analisar com exatidão as circunstâncias de sua produção e vinculá-las umas às outras, mediante relações normais de sucessão e de similitude (COMTE, 1978, p. 6).

O positivismo fundamentou as bases da pesquisa em saúde, sempre com a neutralidade e o rigor como princípios. Seu impacto, porém, não ficou restrito às atividades de pesquisa. Na prática médica, ao promover a redução do indivíduo ao aspecto biológico, fragmentado em órgãos e sistemas, teria incentivado a especialização da medicina e o conceito de saúde compreendido apenas como ausência de doença. Na educação em saúde e na organização dos currículos, teria incentivado a fragmentação das disciplinas por áreas de interesse.

Sustentado pelo positivismo e impulsionado pelos estudos sobre as epidemias infectocontagiosas, etiologias e tratamentos, nos recém-estabelecidos aglomerados urbanos, o movimento da medicina experimental no Brasil chegou ao apogeu no período

da República Velha (1889-1930). A liderança partiu do ideário sanitário e de campanha de Oswaldo Cruz, no combate à gripe espanhola, à peste bubônica, à cólera, à malária, à varíola e à febre amarela, com a utilização de conhecimentos sobre as causas das doenças e ações de prevenção (TEIXEIRA; EDLER, 2012).

Surgiria, pela primeira vez, a divisão da atenção à saúde em níveis, uma classificação que se tornaria importante nos dias atuais. A proteção sanitária passou a ser o princípio de política de saúde pública e foram hierarquizadas três formas de prevenção: a *primária*, que se preocupa com a eliminação das causas e condições de aparecimento das doenças, agindo sobre o ambiente ou sobre o comportamento individual; a *secundária*, que busca impedir o aparecimento das doenças por meio da vacinação, dos controles de saúde e do rastreio de doenças existentes; e a *terciária*, que visa a limitar a prevalência de incapacidades crônicas ou de recidivas (CAVALHEIRO; MARQUES; MOTA, 2008). As causas dessa política sanitária podem ser resumidas na conservação do modelo agroexportador adotado pelo Brasil desde o Império, como tentativa de sanear os espaços de circulação das mercadorias e erradicar ou controlar doenças que poderiam prejudicar a exportação, sob a pena de restrições internacionais do mercado aos produtos brasileiros.

Com o advento da República, houve a preocupação em demonstrar, com clareza, a ruptura entre o período histórico anterior e o que se apresentava no horizonte. Reformas eram urgentes. Entre elas, a do ensino superior, conhecida como Reforma Benjamin Constant⁹, que buscou uma descentralização administrativa, com a transferência de responsabilidade da organização do ensino superior para os estados federativos.

Duas novas faculdades de medicina emergiriam nesse contexto, uma no Rio Grande do Sul e outra em São Paulo. A experiência gaúcha enfrentou grande resistência para implantação e adequado funcionamento. Apesar da faculdade estar fundada antes mesmo da virada do século, em 1898, somente na década de 1930 é que o processo se completou, com a transformação da Santa Casa de Misericórdia em ambiente de ensino e de pesquisa clínica e laboratorial. A experiência paulista foi mais facilitada, pois os médicos locais já estavam organizados, desde 1895, em torno da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Apesar da faculdade de medicina ter sido criada em 1891, o efetivo estabelecimento se deu em 1912. A estrutura curricular buscava dosar aulas

⁹ Benjamin Constant viveu entre 1836 e 1891 e é considerado um dos fundadores da República. Foi um divulgador das ideias republicanas e positivistas. Em 1890, na recém instalada República, promoveu uma série de decretos que abrangeram todos os níveis educacionais (DELANEZE, 2007).

teóricas e práticas de laboratório, abrindo a possibilidade de uma formação mais científica e não, meramente, clínica (TEIXEIRA; EDLER, 2012).

A partir de 1918, uma importante fundação norte-americana, chamada Fundação Rockefeller, com o propalado objetivo de promoção do desenvolvimento internacional da saúde pública, ensino, pesquisa e filantropia, fez investimentos na Faculdade de Medicina de São Paulo (EDLER; FONSECA, 2006f). Juntos, elas criaram disciplinas e departamentos, custearam estudos de professores nos Estados Unidos e, em 1926, consolidaram como modelo de ensino, os princípios e estratégias do Relatório Flexner, desenvolvido pelo educador norte-americano Abraham Flexner, em 1910.

Cabe, aqui, uma reflexão aprofundada sobre as recomendações de Flexner, pois elas são alvo de inúmeras críticas e apontadas, por muitos, como causas das dificuldades encontradas na EMB e na prática médica atuais (YAZBECK, 2000; LAMPERT, 2001; PAGLIOSA; DA ROS, 2008; NOGUEIRA, 2009).

O relatório foi encomendado por uma importante instituição, a Fundação Carnegie, voltada ao desenvolvimento filantrópico de atividades de ensino. Com objetivo inicial de avaliar a qualidade das escolas médicas norte-americanas, Flexner visitou 155 escolas em 180 dias, no ano de 1909. Porém, o que chama a atenção na pesquisa não são as duras críticas às escolas de baixa qualidade, mas as propostas para o desenvolvimento de um ideal de educação médica.

O educador norte-americano reafirmou alguns elementos do sistema alemão de ensino e de tão profundas as semelhanças, muitos autores não consideram as estratégias e ações como originais, mas a aplicação prática do modelo humboldtiano nos Estados Unidos, como aponta Teixeira (1964):

A essa concepção da universidade sucedeu o que Flexner chamou de Universidade Moderna, uma universidade que “não existe fora mas dentro da contextura geral da sociedade de determinada época. Não é algo aparte, algo de histórico, algo que não se renda senão no mínimo possível às forças e influências mais ou menos novas. Ao contrário, é uma expressão da época, tanto quanto uma influência a operar em seu presente e em seu futuro”. Essa universidade já é a universidade de Berlim de Humboldt e a universidade de Manchester, na Inglaterra, dominada uma pelo espírito de pesquisa pura e a outra pelo da pesquisa aplicada, mas ambas devotadas à ciência e ao seu tempo (TEIXEIRA, 1964, p. 7).

Quanto ao embasamento epistemológico, em uma das passagens do relatório, ao descrever a aproximação de uma nova era científica da medicina, é possível verificar a nítida influência do positivismo.

A terceira era é dominada pelo entendimento de que a medicina é parte e parcela da ciência moderna. O corpo humano pertence ao mundo animal. Ele é composto de tecidos e órgãos, em sua estrutura e origem, e o desenvolvimento não é, essencialmente, o contrário do que o biólogo está, de certa forma, familiarizado; ele cresce, reproduz-se, decai, de acordo com leis gerais (FLEXNER, 1910, p. 53, tradução nossa).

A primeira recomendação de Flexner para uma educação médica ideal foi a ampliação do tempo de estudos para as disciplinas pré-clínicas ou básicas para, no mínimo, dois anos. O objetivo era exigir uma sólida preparação em biologia, física e química, necessária para fundamentar os estudos clínicos. Além disso, procurou enfatizar o método científico como base tanto das ações diagnósticas quanto das pesquisas. A similaridade entre elaborar diagnósticos clínicos e elaborar hipóteses de pesquisa estaria na coleta de dados e na confirmação de veracidade pela execução de testes experimentais. A importância da pesquisa estava, não só na produção do conhecimento, mas no estímulo e na postura crítica no ensino.

Para Flexner, os melhores professores eram geralmente indivíduos de temperamento ativo e progressista, engajados na pesquisa; e os desinteressados tenderiam a ser professores apenas performáticos. Criou o conceito de hospital-escola, um espaço dedicado, exclusivamente, ao ensino da medicina e concluiu que a escola médica ideal deveria fazer parte de uma universidade sólida com um grande número de professores em tempo integral, divididos em departamentos clínicos e científicos (LUDMERER, 2010).

Destaca-se que a influência do positivismo sobre Flexner parece repousar apenas sobre a aplicação do método científico. Essa observação se faz importante porque entre as muitas críticas dirigidas ao relatório está a suposta culpa do binômio positivismo-flexnerianismo pela fragmentação do ciclo clínico da formação em áreas de interesse especializadas.

O Relatório Flexner (1910) resultou em modelo que marcou definitivamente as estruturas curriculares dos cursos médicos, no Ocidente, no século XX, caracterizando-se pela ênfase nos conhecimentos especializados, incentivo à aprendizagem da prática médica nos hospitais de ensino e impulso às pesquisas. Na escola médica, o conhecimento das especialidades se localizou na divisão das disciplinas, agrupadas em básicas e profissionalizantes, fragmentando a unidade do conhecimento médico, ainda no curso de graduação (LAMPERT, 2001, p. 8).

Realmente, tal divisão ocorreu com mais força após a divulgação do relatório, mas o processo de especialização da medicina já acontecia no campo da prática clínica desde meados do século XIX, com a divisão do trabalho médico, consequência do avanço científico e da *tecnologização*. Portanto, o crédito sobre a fragmentação dos currículos por especialidades não pode recair, exclusivamente, ao parecer emitido por Flexner.

Ludmerer (2010), ao debater a relevância e o legado deixado pelo relatório, apontou que esse não trouxe novas ideias educacionais, mas conseguiu inter-relacionar a discussão sobre a educação médica e a educação pública. À época, Flexner esteve em contato com o trabalho de John Dewey e manteve neste último uma referência. Ele percebeu que a educação progressista de Dewey envolvia conceitos universalizáveis para todos os níveis educacionais (LUDMERER, 2010). Ludmerer prosseguiu com sua análise, afirmando que o maior impacto de Flexner ocorreu no remodelamento da escola médica como instituição, ao reforçar a ideia de um espaço privilegiado de ensino e pesquisa.

A maior parte das críticas ao relatório deve-se, em parte, a uma análise anacrônica das ideias de Flexner. Em 1910, ele não poderia prever os desafios da prática médica e da educação médica atuais: a fragmentação em especialidades; a sofisticação e o avanço tecnológico; o envelhecimento da população e o aumento de incidência de doenças crônicas; a crise de financiamento dos sistemas de saúde; o debate sobre o multiculturalismo; e o surgimento do computador e da *Internet*. Flexner deixou claro que as recomendações seriam válidas apenas para aquele presente e para um futuro próximo e que, pela velocidade das transformações observadas na educação médica, nos trinta anos seguintes à publicação do relatório, aquelas sugestões não teriam mais eficácia (FLEXNER, 1910).

Uma outra crítica concentra-se na suposição de que o relatório desconsidera o aprendizado pela prática e enfatiza, demasiadamente, o ensino teórico. O fragmento de texto abaixo contradiz essa ideia.

Do ponto de vista pedagógico, a medicina moderna, como todo ensino científico, é caracterizada pela atividade. O estudante não mais, meramente, observa, ouve, memoriza; ele *faz*. Suas próprias atividades no laboratório e na clínica são os principais fatores em sua instrução e disciplina. Uma educação médica, nos dias atuais, envolve ambos, aprender e aprender como; e o estudante não pode efetivamente saber, ao menos que saiba como (FLEXNER, 1910, p. 53, grifos do autor, tradução nossa).

As propostas reformadoras dos currículos médicos retomarão a discussão entre teoria e prática e entre ensino e trabalho; e alegarão, como causa da necessidade das mudanças, o excesso de conteúdos teóricos, como suposta consequência das ideias de Flexner. A citação acima deixou evidente a recomendação do relatório de um ensino embasado nas atividades de laboratório e de prática clínica. Não é possível aprender, sem aprender como *fazer*; não é possível saber, sem saber como *fazer*. Essa não é, ao menos no discurso, a perspectiva de quem desconsidera o aprendizado prático.

Há, da mesma forma, críticas sobre a ênfase dada à medicina com embasamento científico, ao acusá-la de ignorar a relação médico-paciente e os aspectos humanos do cuidado médico. Flexner afirma que as ciências básicas são fundamentais, mas não são suficientes para a prática profissional. Para a última, é necessário um aparato sensorial e valorativo para lidar com elementos sutis da prática clínica e que essa preparação é muito mais difícil. Ele conclui que a ampliação do horizonte cultural do médico é importante porque o progresso científico tem modificado as características da responsabilidade ética para uma medicina social e preventiva.

Sua relação era, primeiramente, com seu paciente, e no máximo com a família do seu paciente; e era, quase completamente, curativa. O paciente tinha algum problema; o médico era chamado para curar a doença. O pagamento dos honorários finalizava a relação. Mas a função do médico está, rapidamente, tornando-se social e preventiva, ao invés de individual e curativa (FLEXNER, 1910, p. 26, tradução nossa).

O último ponto de desacordo entre Flexner e os críticos é a afirmação de que a proposta de educação médica recomendada por ele não se preocupava com uma medicina preventiva. A citação acima já desmente a afirmação, mas há outras passagens no relatório que confirmam a preocupação do autor com os aspectos sociais das causas da doença, como a abaixo.

Direta ou indiretamente, tem-se observado que a doença depende, amplamente, de um ambiente inapropriado. Um suprimento de água ruim, uma drenagem ineficiente, comida contaminada, condições ocupacionais desfavoráveis - questões, todas elas, de regulação social (FLEXNER, 1910, p. 67-68, tradução nossa).

Ludmerer (2010) concluiu que, em muitos pontos, o Relatório Flexner foi mal interpretado e é preciso cautela ao afirmar, dogmaticamente, que as ideias nele contidas estão obsoletas ou descaracterizadas da realidade social.

A influência da combinação entre medicina experimental, positivismo e flexnerianismo sobre a EMB ganhou força na década de 1930 e ela continua embasando a organização curricular das instituições de educação médica até hoje, especialmente, na divisão entre ciclo básico e clínico e no modo como se pesquisa na área de saúde. As ideias do relatório começariam a ser questionadas na década de 1950, mas o questionamento não significou, necessariamente, extinção ou superação.

1.4 A *tecnologização* e a *especialização* na EMB

Desde o final do século XIX e início do século XX, dois fenômenos relevantes alteraram o curso da história da medicina e, conseqüentemente, da EMB: a *tecnologização* e a *especialização*. As conseqüências dessa mudança de rota podem ser sentidas até hoje, o que torna a seção indispensável para o entendimento da pesquisa.

A *tecnologização* vinha ocorrendo a partir dos avanços da nova ciência médica, como a descoberta dos micro-organismos e o desenvolvimento de avançados medicamentos e equipamentos de exames complementares. Em decorrência da *tecnologização*, a prática médica voltou-se à cura dos indivíduos manifestantes de alterações fisiopatológicas. Essa corrente, conhecida como *curativismo*¹⁰, delimitou a saúde como estado de ausência de doença e inaugurou a era terapêutica da medicina.

Santos e Westphal (1999) descrevem com propriedade esse período:

Com os progressos médicos alcançados no ensino, na pesquisa e na prática foi se consolidando o paradigma, até hoje vigente. O principal elemento desse referencial é o *curativismo* e, entre os demais elementos, o *mecanicismo* (tal como acontece na mecânica clássica, uma causa atuando num corpo, sempre produz um efeito. Incorpora-se aqui a noção de unicausalidade: é *uma* causa, produzindo *um* efeito.); o *biologismo* (as doenças e suas curas sempre ocorrem no nível biológico); o *individualismo* (o objeto das ações em saúde é um indivíduo, tratado por outro indivíduo, excluindo-se, portanto, dessa ação o contexto ambiental, o social e o histórico); e a *especialização*. O *curativismo*, como referido, é o elemento primordial, pois, como a saúde é a ausência da doença num indivíduo, o diagnóstico e a terapêutica ganham toda a relevância no processo. Assim, a *prática sanitária passa a ser a busca da cura dos indivíduos que manifestaram alguma doença* (SANTOS; WESTPHAL, 1999, p. 73, grifo dos autores).

¹⁰ Fez-se necessário o destaque por se tratar de um neologismo. O *curativismo* é o modelo no qual a saúde é encarada como a ausência de doença e, portanto, espera-se o indivíduo ficar doente para, então, curá-lo (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

A lógica da *tecnologização* começou a estabelecer uma crescente articulação entre os procedimentos diagnósticos e os instrumentos tecnológicos. Os sinais clínicos extraídos pelo emprego dos órgãos sensoriais e pelo exame anatomopatológico em cadáveres, presentes na medicina anátomo-clínica, agora, eram identificados nos pacientes vivos por exames de imagens ou testes de laboratório. Com a melhora dos métodos diagnósticos e o advento da industrialização dos medicamentos, aos poucos, o tato clínico e a arte de formular a medicação deram lugar a uma medicina impessoal e objetiva.

Como observado anteriormente, o retorno de médicos formados no Brasil com complementações de estudos em centros de pesquisas na Europa deu início à especialização da prática médica. Associada a esse fato, a rapidez da expansão do conhecimento médico e do desenvolvimento de novas tecnologias impedia a atualização científica dos médicos em todas as áreas, o que acelerou ainda mais o processo de segmentação.

Imediatamente, houve uma grande valorização desses profissionais pela sociedade, em especial, pela elite econômica. Consolidava-se o especialista, como o médico técnico e hábil; em detrimento do médico generalista. Assim, a divisão do trabalho médico dilatava-se em torno de campos de interesse. As novas especialidades passaram a lutar pelo controle de parcelas exclusivas do mercado.

Os estudos de Marx (1996) contribuem para elucidar essa questão ao discorrer sobre a divisão do trabalho no processo de transição da produção artesanal à manufatura. O artesão é o indivíduo que consegue sustentar a produção com a própria força e meios de trabalho. Ele domina todas as fases do processo produtivo, desde a metodologia da execução até o uso apropriado das ferramentas de cada fase, desde a elaboração até o produto final. Contudo, o trabalho de um artesão isolado determina que o processo produtivo seja linear e que as etapas se sucedam cronologicamente de acordo com a conclusão da etapa anterior. Logo, pode-se presumir que o trabalho do artesão contém intervalos de tempo entre cada etapa do processo produtivo, ao exigir a mudança de posto de trabalho e de ferramentas para a execução de uma etapa diferente da anterior. Esses intervalos de tempo ampliarão o prazo para a conclusão do processo e a obtenção do produto.

O trabalho na manufatura, por sua vez, dava-se por cooperação, de dois modos distintos. Em um modo, “trabalhadores de diversos ofícios autônomos, por cujas mãos têm de passar um produto até o acabamento, são reunidos em uma oficina sob o comando

de um mesmo capitalista” (MARX, 1996, p. 453). Ocorre quando, reunidos no mesmo espaço, cada artesão executa o processo produtivo que domina e é a somatória dos processos produtivos de vários artesãos, produzindo diferentes produtos parciais, que vai constituir um produto global. No outro modo, “artífices que fazem o mesmo ou algo da mesma espécie, [...] são ocupados pelo mesmo capital simultaneamente na mesma oficina” (MARX, 1996, p. 454). Ocorre quando, reunidos no mesmo espaço, artesãos que executam o mesmo processo produtivo produzem o mesmo produto final. Em ambos os casos, a execução continua artesanal e o ganho da cooperação está no compartilhamento de espaço e ferramentas, fornecidas pelo capitalista.

Se circunstâncias externas exigem o aumento da produção em determinado prazo, o trabalho precisará ser dividido. Logo, o trabalhador que detinha o conhecimento de todo o processo produtivo passa a executar uma parcela isolada do processo, que justaposta a outras parcelas isoladas, de artífices de ofícios diferentes ou do mesmo ofício, executadas ao mesmo tempo, comporá o produto final. Ao longo de um período, essas divisões cristalizam-se e o artesão perderá, paulatinamente, a capacidade de executar toda a cadeia do processo produtivo de forma isolada.

As consequências imediatas são o aumento da produção e da velocidade do processo, mas a divisão do trabalho vai produzir outras consequências. De um trabalhador que dominava todo o processo produtivo, passa-se a um trabalhador unilateral, parcial, reduzido, que conhece apenas a parcela que lhe cabe da produção.

Ao desempenhar uma única operação simples, o trabalhador desenvolve o corpo para uma execução automática do processo e, portanto, torna-se especializado naquela operação. “A repetição contínua da mesma ação limitada e a concentração da atenção nela ensinam, conforme indica a experiência, a atingir o efeito útil desejado com um mínimo de gasto de força” (MARX, 1996, p. 456). Ainda, a partir da parcialidade do processo e da repetição, é possível o aperfeiçoamento das ferramentas utilizadas, o que proporcionaria um avanço tecnológico. Devido à cooperação, os conhecimentos para essa otimização do processo são transmitidos e, rapidamente, diferentes gerações de trabalhadores passam a compartilhar dos mesmos truques técnicos. Os intervalos de tempo entre cada etapa da produção, longos no modo artesanal devido às trocas de operação, diminuem ou deixam de existir no modo de produção manufatureiro.

Até a medicina anátomo-clínica, o médico poderia ser considerado um artesão. Ele detinha as metodologias de execução do trabalho e as “ferramentas” eram seus sentidos e uns poucos instrumentais. A partir da fundação de uma ciência médica, de base científica e tecnológica, com a produção de novos conhecimentos em velocidade jamais

observada, a maioria dos médicos não conseguiu mais dominar todo o processo de produção de saúde, tampouco tinha condições de tornar-se proprietário dos meios de produção, cada vez mais dispendiosos. Foi necessário fragmentar o processo produtivo em etapas, levando à especialização.

As consequências da especialização na medicina mantêm semelhanças com aquela dos trabalhadores da manufatura. Os especialistas vão aos poucos perdendo a noção de todo o processo de produção de saúde e, cada vez mais, executam trabalhos parciais e repetitivos. Isso exige que um paciente, ao apresentar mais de um problema de saúde, tenha que procurar mais de um especialista para trabalhar sobre cada doença isolada. A divisão do trabalho vai se dilatando e, hoje, os avanços do conhecimento dentro de uma especialidade fazem com que as especialidades se fragmentem em subespecialidades, como é o caso da Pediatria, da Cirurgia Geral, da Ortopedia etc.

A produção científica, em decorrência da parcialidade do trabalho e da repetição, pôde alavancar ainda mais os avanços tecnológicos, com a descoberta de novos medicamentos, técnicas, instrumentos e equipamentos. O acúmulo de casos de mesma tipologia ao redor dos especialistas facilitaria o aprofundamento das pesquisas sobre determinada doença. O mesmo processo não ocorre com o generalista que convive com o ineditismo e a diluição das doenças.

Os intervalos de tempo de diagnóstico e tratamento diminuem com o tratamento especializado quando se trata de um caso isolado, mas deve-se considerar que ao necessitar de mais de um especialista para resolver um caso em que o paciente tenha mais de um problema, o tempo será mais prolongado. Já no caso do médico generalista, por não poder conhecer toda a ciência médica devido à expansão dos conhecimentos, ele tende a praticar, igualmente, um trabalho parcial e, muitas vezes, julgará necessário o encaminhamento a especialistas.

Inexoravelmente, a ascensão social dos especialistas e a divisão do trabalho médico por especialidades impactaram a formação de maneira direta, com a divisão do ciclo clínico do currículo em disciplinas correspondentes às áreas de atuação da prática médica e com o aumento da procura, por parte dos estudantes, da formação especializada, mais valorizada que a generalista.

1.5 A EMB como fator articulado ao desenvolvimento do país

Motivado pela incipiente industrialização e o aumento da oferta de serviços, ambos promovidos pela tentativa de ruptura com o modelo de economia agroexportadora

adotado pelo Brasil, entre as décadas de 1920 e 1930, o mercado de trabalho médico começou a expandir com a criação de embriões de serviços de assistência social chamados Caixas de Aposentadoria e Pensões - CAPS. Essas Caixas foram regulamentadas pela Lei nº 4.682, de 1923, e eram organizadas a partir de contribuições do trabalhador e do empregador. Elas previam assistência médica, aposentadoria e pensões aos familiares e eram gerenciadas pelos próprios trabalhadores, com representação da empresa (CAVALHEIRO; MARQUES; MOTA, 2008).

Essa nova composição do trabalho formou grupos de assalariados e um reduzido proletariado urbano, organizados em sindicatos e reivindicantes da ampliação da assistência médica (TEIXEIRA; EDLER, 2012). As políticas de saúde pública voltadas a essas reivindicações e os investimentos no setor privado da produção de serviços inauguraram uma fase assistencial-privatista da medicina brasileira, cujas premissas eram: a extensão do sistema de seguridade para a maioria da população brasileira; o privilégio à atenção médica *curativista*, individualista e especializada; o desenvolvimento do setor médico baseado no perfil privado; e a criação de um complexo médico-industrial, por intervenção política.

A partir de 1930, no primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945), houve uma aceleração da urbanização e da industrialização no país. A política populista de Vargas e de seus sucessores permitiu o avanço das demandas sociais dos grupos urbanos organizados, inclusive sobre a assistência médica. As CAPS deram lugar aos Institutos de Aposentadoria e Pensões - IAPS, que prestavam assistência médico-hospitalar, juntamente com os hospitais pediátricos, os sanatórios para o tratamento da tuberculose e os poucos hospitais filantrópicos.

Em 1924, existiam 24 IAPS; em 1930, eram 47; em 1964, já asseguravam cerca de 22% da população brasileira. Em 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência da Previdência Social - SAMDU e as despesas com assistência médica passaram de 7,3%, para 24,7% do orçamento, de 1949 a 1966. A demanda pública era grande e isso propiciou que a assistência hospitalar fosse amparada, também, por instituições privadas. Em 1967, cerca de 2300 hospitais privados mantinham contrato com o Estado para ofertar a abrangência de atendimento exigida. Muitos deles eram subsidiados por investimentos estatais (TEIXEIRA; EDLER, 2012).

Ainda em 1967, da unificação dos IAPS e do SAMDU, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, que se tornou, em 1977, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS. Em 1990, no processo de redemocratização após o regime militar, da necessidade de romper todas as ligações com

o passado imediato que antecedia à nova democracia, nasceu o Sistema Único de Saúde - SUS, com a promessa de abranger toda a população.

A essa ruptura, deu-se o nome de Reforma Sanitária, mas é possível constatar, pelo relato histórico acima, que a Reforma Sanitária não aconteceu abruptamente. Desde as CAPS e as primeiras reivindicações sociais, a cobertura assistencial vinha mantendo um ritmo constante de expansão, que culminou com a criação do SUS.

Como desdobramento das políticas públicas na forma de organizar o trabalho médico, ao definir a saúde como uma necessidade social, definitivamente, a prática médica foi inserida na estrutura capitalista e com papel central na reprodução das condições econômicas e político-ideológicas da sociedade.

Uma constatação da afirmação da especificidade da medicina como prática social é a produtividade do trabalho do sistema capitalista. Como produtor de saúde, o médico tem responsabilidade pela manutenção dos níveis de produtividade e de disponibilidade de força de trabalho, tanto no interior do processo produtivo quanto fora dele. No interior do processo produtivo, responsabiliza-se pelos níveis de produtividade, pois

[...] a melhoria das condições de saúde do trabalhador possibilita a obtenção de um máximo de produtos em menor tempo de trabalho e, correspondentemente, a produção de mercadorias por custo mais reduzido (DONNANGELO; PEREIRA, 1976, p. 35).

Fora do processo produtivo, o médico tem responsabilidade pela disponibilidade da força de trabalho, ao conservá-la em níveis controlados para a manutenção da produção, como o controle das taxas de natalidade e mortalidade.

A decisão política de garantir atendimento com financiamento estatal a todos os estratos sociais e a crescente demanda dos hospitais públicos e privados por profissionais, despertaram a necessidade de contratações de médicos para atuar na nova fronteira econômica. Além disso, um médico, isoladamente, não poderia se instrumentalizar com equipamentos tão caros, fato que o forçaria a abrigar-se no conforto tecnológico dos hospitais e a submeter-se ao controle do Estado. O médico seria apresentado, pela primeira vez, ao trabalho assalariado.

A passagem da prática liberal e individualizada para a prática hospitalar reforçou a ideia de medicina como atividade social necessária, uma vez que o hospital passou a ser o centro da inovação tecnológica e assistencial. A metamorfose social do hospital se completaria à medida que passasse de um local destinado, originária e exclusivamente, à filantropia, para um local de técnicas diagnósticas e terapêuticas avançadas que beneficiariam a todas as classes sociais. Nesse modelo, o crescimento da malha hospitalar,

necessário ao atendimento das demandas sociais, deveria ser sustentado por investimentos estatais.

Como primeiro desdobramento na formação médica e na organização curricular, a centralidade do hospital na assistência o elevou a categoria de ambiente exclusivo ao desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa, conceito que permanece dominante até hoje. Como segundo desdobramento, devido à escassez de profissionais para ocupar os novos postos de trabalho, ocorreu uma expansão do número de escolas médicas, que além de capacitar os profissionais, precisavam gestá-los em quantidade suficiente para suprir o mercado emergente. Tal fato não se restringiu somente à medicina, mas a diversos outros setores do mercado, o que motivou um crescimento do número de instituições de ensino superior como um todo.

À época da Proclamação da República, em 1889, existiam no Brasil faculdades de Direito, Medicina e uma Politécnica, com total de 2.300 estudantes, restringindo-se, portanto, à formação de profissionais liberais - advogados, médicos e engenheiros. No período de 1890 a 1929, foram criadas no Brasil 64 instituições de ensino superior. Entre 1930 e 1960, foram criados mais de 300 estabelecimentos de ensino superior, com volume total de matrículas passando de 27.501, em 1935, para 155.781, em 1965 (BRIANI, 2003).

Com relação aos cursos de medicina, de 1899 a 1930, mais sete cursos foram instituídos, incluindo um na região Norte, no Pará, e um na região Nordeste, em Pernambuco. De 1930 a 1959, mais 17 cursos foram criados, totalizando 27 cursos, a maioria públicos (23) e a maioria na região Sudeste (12). O primeiro curso privado foi inaugurado em 1951, na cidade de Sorocaba (SP) (BUENO; PIERUCCINI, 2005).

Como síntese, é possível concluir que os avanços científicos e tecnológicos da nova ciência médica, a divisão do trabalho médico por especialidades e a ampliação dos direitos sociais com caráter assistencial-privatista produziram consequências drásticas na educação médica: a prática médica especializada, a divisão dos currículos por especialidades, a procura pela formação especializada, o desvelamento do papel social do médico, a centralidade do hospital como ambiente de ensino e pesquisa e a expansão do número de escolas médicas.

Porém, a maior consequência está no fato da EMB ter se tornado visível aos olhos da sociedade. Até esse momento, era um mero instrumento de reposição da mão de obra médica, agora, passou a ser um fator articulado com o crescimento do país. Com maior visibilidade e importância, cresceram as disputas sobre o direito de definir como ela

deveria ser planejada e quais concepções e conteúdos estariam conectados com os interesses daqueles que exerceriam esse direito.

1.6 As influências externas sobre o projeto de EMB a partir da década de 1960

Após a Segunda Guerra Mundial, a aliança entre os Estados Unidos e o Brasil foi fortalecida pelo auxílio, em forma de investimentos, que os norte-americanos fizeram no país em contrapartida aos apoios político e militar brasileiros durante o conflito global.

No período da Guerra Fria, em alguns governos, o alinhamento com os americanos era automático, como nos governos de Gaspar Dutra (1946-1951); Café Filho (1954-1955); e Juscelino Kubitschek (1956-1961). Em outros, o Brasil executava uma política de barganha, que procurava demonstrar um projeto político próprio de desenvolvimento e de inserção nacional, como no governo Getúlio Vargas (1951-1954).

Na década de 1960, a política internacional dos governos populistas de Jânio Quadros (1961) e João Goulart (1961-1964) foi marcada por um distanciamento em relação à potência mundial (SILVA, 2005). Essa era a chamada Política Externa Independente - PEI, pois “denunciava o conflito entre as duas superpotências - EUA e URSS - como sendo desfavorável às demandas do Terceiro Mundo e pregava o não-alinhamento e o neutralismo” (SILVA, 2005, p. 253). Apontado por muitos autores como fruto dos interesses norte-americanos no continente, em 02 de abril de 1964, consolidou-se o golpe militar, que perduraria por mais de duas décadas (1964-1985). Rapidamente, os Estados Unidos reconheceram a legitimidade do novo governo.

A discussão sobre o suporte militar e o financiamento da ação é repleto de controvérsias e não é objeto da pesquisa. Interessa, aqui, o debate sobre as interferências de países desenvolvidos nas políticas voltadas aos campos da saúde pública e da educação médica, iniciadas no começo da década de 1960 e consolidadas no período militar.

É nesse contexto que surge o conceito de *Saúde Internacional*. Há duas formas clássicas de interpretá-lo e que disputam o direito de defini-lo. A primeira é a que coloca a saúde como uma questão internacional. O objetivo é priorizar os processos e relações que afetam os perfis epidemiológicos e a formatação dos sistemas de saúde de cada nação. Nessa concepção, os problemas de saúde não afetam apenas os países subdesenvolvidos, mas todos os países, e leva em consideração as singularidades culturais e econômicas de cada país. As medidas têm caráter multilateral e são definidas como uma cooperação

técnica, como instrumento de construção conjunta e de superação das desigualdades (BERTOLOZZI; BÓGUS; SACARDO, 2006).

A segunda forma de entender a *Saúde Internacional*, considerada mais crítica, é a que inclui toda atividade de saúde realizada pelos países ricos ou pelas agências internacionais de saúde sobre países menos desenvolvidos. O objetivo aparente é humanitário, de auxílio ou assistência técnica aos países subdesenvolvidos, por meio de consultoria ou transferência de tecnologias (BERTOLOZZI; BÓGUS; SACARDO, 2006).

Essa concepção coincide com as questões relacionadas aos processos de descolonização e de independência dos países colonizados. Há aqueles que “ajudam” e aqueles que “devem ser ajudados”, portanto, há uma perpetuação da relação de dependência e uma desfocada restrição ao crescimento e desenvolvimento da capacidade científica e tecnológica dos países subdesenvolvidos. As medidas, quase sempre unilaterais e apriorísticas, tomam os objetos da intervenção como homogêneos, o que produz respostas descontextualizadas, impostas às realidades heterogêneas, tanto do ponto de vista cultural quanto econômico dos países periféricos.

As duas definições coexistem no campo das políticas públicas e há um “efeito pêndulo” quando usadas na análise dos conteúdos das leis e decretos. Há análises que penderão para o entendimento da influência externa como uma cooperação técnica e há análises que penderão para o entendimento da influência externa como imposição dos interesses de países hegemônicos. Independentemente da perspectiva adotada, o consenso é de que existem influências, seja sob uma abordagem progressista seja sob uma abordagem prescritiva, seja sob características de cooperação seja sob características de controle.

Destacam-se dois níveis de influência de países desenvolvidos e agências internacionais sobre os países em desenvolvimento quanto ao tipo de organismos: um direto, exercido por organismos supranacionais dedicados ao setor específico da saúde, como a Organização Mundial de Saúde - OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS; e um indireto, exercido por organismos supranacionais dedicados ao desenvolvimento social como um todo. Alguns têm base econômica, como o Fundo Monetário Internacional - FMI, o Banco Mundial, a Organização Mundial do Comércio - OMC e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE; outros têm origem humanitária, como a Organização das Nações Unidas - ONU, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO, a Fundação Rockefeller e a Fundação Kellogg. Os primeiros regulamentam e legitimam os

índices de saúde, tais como as medidas de mortalidade, morbidade e natalidade. Os segundos⁷ avaliam e atuam em índices mais gerais, voltados a todas as ramificações da sociedade como educação, infraestrutura, meio ambiente, pobreza, política econômica, inclusão social e saúde.

Segundo Rizzotto (2000), as motivações para o interesse na área de saúde, por parte desses organismos, estariam relacionadas ao campo econômico, em especial, ao fortalecimento do neoliberalismo, por acreditarem que o papel do Estado não é sustentar o acesso à saúde, mas regulamentá-lo. Outro motivo estaria na necessidade de demonstrar uma faceta humanitarista frente às desigualdades sociais resultantes dos ajustes estruturais exigidos pelos organismos junto aos países subdesenvolvidos como contrapartida aos empréstimos vultosos concedidos para a alavancagem do desenvolvimento. Além disso, acredita-se que o setor se constitui em importante mercado a ser explorado pelo capital.

Estatísticas revelam que, no mundo, consome-se com serviços de saúde em torno de US\$ 1,7 trilhão (dados de 1990), ou seja, 8% do produto total mundial, em uma faixa que vai de 4% do PIB nos países “em desenvolvimento” à 12% do PIB nos países desenvolvidos de alta renda, significando um mercado nada desprezível para o investimento do capital e sua valorização (RIZZOTTO, 2000, p. 120).

Quanto a esse último motivo, é importante salientar que a *tecnologização* é um processo que ocorre, em essência, nos países desenvolvidos e muito pouco ou nada é criado nos países em desenvolvimento. Logo, a prática médica articulada aos instrumentos tecnológicos, ou seja, a prática médica de vanguarda, só pode fortalecer o capital que está fora dos países dependentes.

Um dos exemplos mais antigos e emblemáticos de influência externa sobre os países da América Latina foi o Plano Decenal de Saúde Pública das Américas, assinado em 1961, em Punta del Este, no Uruguai. Tratava-se de parte de um programa denominado *Aliança para o Progresso*, com o objetivo de estimular reformas sociais e estruturais nos países vizinhos. O plano, incentivado pela OPAS, pretendia desenhar um projeto de saúde para os países, com propostas de aumentar a cobertura dos serviços, melhorar o processo de produção de estatísticas sobre saúde, integrar as funções de prevenção e tratamento, investir na formação profissional, e propor reformas dos currículos médicos. Uma das preocupações no âmbito educacional foi a problemática da carência de médicos na América Latina, discurso que ajudou a legitimar a expansão das escolas médicas no período (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006).

Até os primeiros anos da década de 1980, as ideias contidas no Plano Decenal de Saúde Pública das Américas seriam debatidas em diversos outros eventos promovidos pela OPAS e OMS. Em 1963, em Washington, Estados Unidos, a OPAS organizou uma reunião para definir uma resolução complementar, com objetivo de reforçar os enunciados do Plano Decenal e imprimir materialidade prática às prescrições. Em 1972, o segundo Plano Decenal de Saúde, realizado em Santiago, no Chile, pretendia um movimento crescente da medicina comunitária com um enfoque sobre a atenção básica. Em 1978, a preocupação dos organismos internacionais com a saúde culminaria com o lema “Saúde para todos no ano 2000”, propagado pela conferência de Alma-Ata, na antiga União Soviética, atual Cazaquistão (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006).

Mais recentemente, nos anos 1990, já na vigência da globalização e do neoliberalismo, organismos como o FMI e o Banco Mundial sugeriram ao Brasil o rompimento do caráter universal do SUS e a distribuição dos serviços públicos somente aos mais pobres, racionalizando os custos. Correlacionadas com essa sugestão, as políticas públicas brasileiras têm voltado os recursos do setor público à atenção básica e relegado os atendimentos de alta complexidade ao setor privado. Outras sugestões dos organismos são: a flexibilização da gestão, ao permitir a contratação de serviços de organizações, fundações e cooperativas de profissionais; o acesso de pacientes privados e do SUS à assistência médica por meio de mecanismos de pagamento participativo; e a ampliação do setor privado na oferta de serviços, com a multiplicação de planos de saúde e seguros privados (CORREIA, 2005).

As formas de avaliação da adequação dos países aos ajustes sugeridos podem ser convertidas em índices. O exemplo clássico é o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, criado em 1990, e que avalia longevidade, escolaridade e renda.

A composição do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) integra três dimensões básicas do desenvolvimento humano. A expectativa de vida ao nascimento reflete a habilidade de conduzir uma vida longa e saudável. Os anos de escolaridade e a expectativa de anos de escolaridade refletem a habilidade de adquirir o conhecimento. E o produto interno bruto per capita reflete a habilidade de atingir um padrão de vida decente (ONU, 2016, p. 3, tradução nossa).

A citação acima, extraída de relatório divulgado pela ONU, em 2016, sobre os níveis de desenvolvimentos dos países, não deixa dúvidas quanto à relevância da saúde como componente essencial dos programas de desenvolvimento humano. A ONU ressalta, ainda, que o IDH tem como objetivos: a avaliação do desenvolvimento dos países como um todo e não apenas quanto ao crescimento econômico; e problematizar as

escolhas políticas de um país, ao questionar como países de mesmo nível de renda *per capita* podem ter resultados de desenvolvimento opostos.

O IDH é apenas um exemplo, relativamente novo, de como os índices determinam a direção das políticas públicas. Outros exemplos são as taxas de natalidade e mortalidade, mortalidade infantil, mortalidade materna, incidências dos agravos, expectativa de vida etc. A definição desses índices, descrita pela OMS, em 1957, reflete a preocupação dos organismos internacionais específicos da área de saúde com o desenvolvimento dos países e com o bem-estar social.

O Grupo revisou por algum tempo as características mais importantes dos relatórios de trabalho e notou que um objetivo declarado dos organismos internacionais, que trabalham no campo do bem-estar social, é garantir a todas as pessoas o mais alto nível de vida a ser atingido (OMS, 1957, p. 4, tradução nossa).

Eis, aqui, um ponto de imbricação entre as políticas públicas e a educação médica. Para que as primeiras ganhem concretude, são necessários agentes sociais imbuídos dos objetivos descritos acima. Logo, a planificação dos sistemas de saúde, com vistas a aprimorar indicadores de desenvolvimento ou a atender às necessidades sociais ou a sustentar o crescimento econômico ou a todas as alternativas juntas, deve passar pela formação de recursos humanos nessa área. O processo formativo tenderá a uma reformulação e considerará todos esses fatores determinantes. A velocidade de ampliação da mão de obra médica, o tipo de médico a ser formado, o conteúdo a ser transmitido, os métodos pedagógicos, enfim, todos os aspectos do processo formativo considerarão as influências externas, as necessidades sociais e as imposições do mercado, que serão traduzidas em leis, normas, regulamentos e diretrizes.

A ideia de uma nação forte quando desenvolvida em todos os aspectos da sociedade é reforçada por teorias legitimadoras, como a do *capital humano*, desenvolvida por Theodoro Schultz, ainda na década de 1950, e que lhe rendeu o prêmio Nobel da Economia, em 1979. Ele definiu o *capital humano* como “o montante de investimento que uma nação ou indivíduos fazem em habilidades e conhecimentos, na expectativa de retornos adicionais futuros” (FRIGOTTO, 2008). Dessa maneira, os investimentos em educação e saúde são ressignificados como escolhas individuais ou de um país, coerentes com a ideologia neoliberal e meritocrática do capitalismo. Todos os indivíduos nascem iguais, com as mesmas oportunidades e as escolhas que fazem em suas trajetórias

explicam o sucesso. Estar empregado, cuidar da própria segurança e ter saúde passam a ser consequências das escolhas dos indivíduos.

Frigotto (2008) aponta que a crítica à teoria está no fato dela pretender explicar o fenômeno da desigualdade entre as nações e entre indivíduos ou grupos sociais sem desvendar os fundamentos reais que produzem esta desigualdade, ou seja, os efeitos da globalização e da relação desigual de propriedade observada no capitalismo. Outra crítica é que não são observadas as singularidades históricas de cada país ou indivíduo, nem as condições em que as escolhas são feitas.

Mantendo uma analogia com os índices quantitativos de desenvolvimento propostos pelos organismos internacionais, segundo a *teoria do capital humano*, é possível mensurar a eficácia das políticas sociais de um país e da quantidade de investimentos que ele fez, por meio de índices de qualidade. Com muito interesse nos dias atuais, na área de saúde, um desses índices é o conceito de *qualidade de vida*.

A luta pela definição do conceito é intensa. Minayo, Hartz e Buss (2000) a definem como uma noção polissêmica, que difere historicamente, ou seja, cada sociedade a define, em cada espaço e tempo históricos, mas o bem-estar das camadas superiores da sociedade é o padrão aspirado por todos. Na sociedade de consumo em que vivemos, a *qualidade de vida* está relacionada ao conforto, ao prazer, à boa comida, à moda, a utilidades domésticas, a viagens, a bens e a todos os valores do mundo ocidental, urbanizado e rico, em suma, à economia. Outra perspectiva, mais subjetiva, relaciona-a à necessidade de se relacionar com outras pessoas, formar identidades sociais, sentir-se integrado e em harmonia com a natureza. Uma perspectiva mais recente conceitua a *qualidade de vida* pela capacitação, que representa combinações de potencialidades e situações que uma pessoa está apta a ser ou fazer; e pela funcionalidade, que representa aquilo que de fato ela pode fazer. As condições para que as capacidades e as funcionalidades ocorram dependem de infinitas variáveis e de acordos coletivos nos quais todos os indivíduos ganham (WESTPHAL, 2008).

Quando se fala em saúde, credita-se à *qualidade de vida* uma série de hábitos e comportamentos considerados saudáveis pela sociedade. Assim, a mudança de hábitos e comportamentos inaceitáveis estaria na gênese de uma vida de qualidade e, inversamente, a “opção” pela permanência dos hábitos e comportamentos inaceitáveis demonstraria a culpabilidade do indivíduo.

Fica evidente que o conceito de *qualidade de vida* está articulado com a *teoria do capital humano*, na medida em que a sociedade cobra dos indivíduos a responsabilidade pelos comportamentos entendidos como saudáveis. Para além disso, o conceito está

articulado com o ideário neoliberal, na medida em que, ao responsabilizar os indivíduos pela própria saúde, esvaziam a responsabilidade do Estado.

Nessa perspectiva, a influência externa dos organismos internacionais tem uma penetração muito maior do que apenas na elaboração de políticas públicas. A concepção de que o indivíduo é, exclusivamente, responsável por sua saúde está no senso comum, na mídia, nas ciências e, conseqüentemente, nas escolas médicas.

Reside, aqui, um conflito que terá impacto direto sobre a EMB. É possível perceber uma tentativa de passagem de um Estado provedor para um Estado neoliberal. De um lado, a Reforma Sanitária, que, como pôde ser observado anteriormente, ocorria desde a década de 1930, com a expansão da cobertura assistencial pelo Estado; de outro lado, as políticas neoliberais, com o objetivo de conter o avanço dos gastos no setor, ao reduzir o papel do Estado como provedor de saúde.

Essa tensão será percebida nas propostas de reformas curriculares, em muitos artigos e incisos. Ao mesmo tempo que as reformas defenderão um sistema universalizado de assistência médica, em alguns pontos, será possível perceber a nítida influência do ideário neoliberal em termos como custo-benefício, custo-efetividade, tomada de decisões, gestão de recursos etc. O tema será reconduzido no terceiro capítulo, quando será abordada a questão das competências e habilidades gerais e específicas da formação médica.

1.7 A expansão das escolas médicas

No Brasil, a expansão do número de escolas médicas durante o período do governo militar já havia sido apontada como uma medida necessária pelo Plano Decenal de Saúde das Américas, mais uma nítida influência externa sobre as políticas públicas locais. Como outro fator legitimador, estava a demanda de trabalhadores para suprir a indústria e o setor de serviços, em franco desenvolvimento no período.

No campo econômico, algumas características dos governos populistas anteriores ao regime militar, como gastos excessivos e altos índices de inflação, precisavam ser controladas. Com as reformas fiscal, tributária e do sistema financeiro, aos poucos, as medidas econômicas aparentaram ser eficazes e o Brasil pôde observar um período de crescimento do poder de consumo da população, facilitado por linhas de crédito e de financiamento para a infraestrutura e para a aquisição de bens.

O crescimento econômico criou uma demanda por trabalhadores qualificados, não só para a indústria que se diversificava, mas para cargos no sistema financeiro, no setor público e empresas estatais. A urgente exigência por mão de obra qualificada e a possibilidade de ascensão social pela educação, por uma classe média emergente, impulsionaram a expansão do ensino superior com a abertura de novas instituições de ensino e aumento dos cursos oferecidos. Contudo, de forma diferente do período de crescimento econômico anterior, quando foram criadas, prioritariamente, instituições públicas, a expansão durante o regime militar seguiu a lógica do mercado e a ampliação aconteceu, sobretudo, por instituições privadas (BUENO; PIERUCCINI, 2005).

A saída encontrada pela Junta Militar, que governava o país, foi determinar o aumento de matrículas no ensino superior privado e público. A lógica era a do mercado e o credenciamento das escolas realizado sem maiores verificações da qualidade dos cursos oferecidos. Assim, a expansão dos cursos de medicina ocorrida nos anos 1960 baseou-se em um crescimento de instituições privadas e no desenvolvimento da prática médica nas regiões mais ricas e populosas, principalmente no Sudeste (BUENO; PIERUCCINI, 2005).

Enquanto em 1960 o Brasil tinha 130 instituições acadêmicas, ao final de 1969 passou a contar com 882. Quanto às escolas médicas, em 1960, elas eram 27. Em 1969, ou seja, em um prazo de nove anos, totalizavam 62 cursos, um aumento de aproximadamente 130%. Nesse mesmo período, os cursos privados passaram de 4 a 20, um aumento de 400%. A distribuição territorial das escolas continuou seguindo a proporção apresentada no período anterior à década de 1960, com o maior número situado na região Sudeste, a mais rica e populosa (BUENO; PIERUCCINI, 2005).

As iniciativas de aproximação das faculdades de medicina brasileiras com os organismos internacionais foram intensificadas pelos governos militares, após 1964. Neste contexto, ganha força o conceito de que níveis melhores de educação e saúde seriam essenciais para o desenvolvimento econômico.

A aproximação é consolidada com acordos de assistência técnica e cooperação financeira, acertados pelo MEC e a *United States Agency for International Development - USAID*, cujos termos foram transformados em leis, portarias, resoluções e decretos, com objetivo de formar recursos humanos, bem como a implantação de nova estrutura acadêmica e organização administrativa. Alguns desses elementos serão assimilados ao sistema de ensino nacional, conhecida como Reforma Universitária, em 1968, na Lei 5.540/68.

À primeira vista, o propósito era aplicar o sistema humboldtiano de educação superior, de unidade do ensino e da pesquisa, com vistas a um autodesenvolvimento e autoconsciência, porém, essa lei promoveu a cisão das duas atividades, empobrecendo-as: o ensino ficou a cargo da graduação, na formação do quadro de profissionais, reforçando o caráter profissionalizante do ensino superior; e a pesquisa, a cargo da pós-graduação.

Com relação aos currículos, a reforma de 1968 instituiu o chamado currículo mínimo. Esta abordagem, inspirada nas linhas de produção das fábricas fordistas e tayloristas, instituiu um ensino mecanizado, enrijecido, padronizado, com conteúdo pré-definido (grades curriculares) e controle rigoroso dos processos de ensino e aprendizagem. Tanto professor e aluno perderiam a centralidade do processo, ficando este relegado ao sistema de ensino. O sistema seria tanto mais eficaz quanto mais alunos fossem formados para o trabalho fabril.

Esse modelo, também conhecido como tecnicista ou *tyleriano*¹¹, esteve nos fundamentos de muitas propostas de reformas educacionais, estimuladas e patrocinadas por grandes instituições internacionais de fomento ao desenvolvimento, na expectativa da criação de profissionais voltados ao mercado de trabalho. A reforma ainda permitiu o agrupamento de disciplinas afins em um mesmo departamento, com o propósito de reduzir gastos e a instituição do sistema de créditos.

Nas décadas de 1970 e 1980, ocorreria uma estagnação da expansão das escolas médicas. Em vinte anos, durante a vigência da Lei 5.540/68, apenas dezessete cursos de medicina foram abertos. A paralisação ocorreu em 1971, quando o MEC, motivado por um relatório da Associação Médica Brasileira - AMB, que se posicionava contrária à expansão desordenada da rede de ensino médico, criou a Comissão de Ensino Médico - CEM.

A CEM enviou questionários a todas as escolas e realizou visitas em uma parte delas para investigar a situação da educação médica. Além de recomendações para a homogeneização do processo de formação, a CEM emitiu parecer que reafirmava as preocupações da AMB e suspendeu a criação de novos cursos. Somente os que haviam

¹¹ Na primeira metade do século XX, a partir do pressuposto da neutralidade científica e inspirada nos princípios de racionalidade, eficiência e produtividade, surge uma forma de pensar a organização curricular articulada com o campo econômico e o trabalho fabril. Essa forma recebe o nome de *pedagogia tecnicista* e as suas bases, de origem econômica e industrial, estão assentadas no movimento de organização do trabalho conhecido como fordismo/taylorismo. Ralph Tyler (1902-1994) foi um educador que transportou a visão tecnicista do trabalho fabril para a educação.

requerido autorização de funcionamento antes da suspensão conseguiram ser implantados.

Os cursos abertos nesse período, a maioria privados e a maioria situados na região Sudeste, podem ser contabilizados como produtos tardios do crescimento econômico do período anterior à suspensão. Seguiriam, também, com as mesmas características curriculares de seus antecessores (BUENO; PIERUCCINI, 2005).

Mais tardiamente, com a redemocratização e a ascensão dos governos neoliberais, deu-se uma nova fase de expansão das escolas médicas. No Plano Nacional de Educação - PNE, de 09 de janeiro de 2001, encontra-se a justificativa para uma nova expansão da educação superior:

Entretanto, como resultado conjugado de fatores demográficos, aumento das exigências do mercado de trabalho, além das políticas de melhoria do ensino médio, prevê-se uma explosão na demanda por educação superior. A matrícula no ensino médio deverá crescer nas redes estaduais, sendo provável que o crescimento seja oriundo de alunos das camadas mais pobres da população. Isto é, haverá uma demanda crescente de alunos carentes por educação superior (BRASIL, 2001b, p. 77).

De 2000 a 2002, nos três últimos anos da gestão Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), vinte e oito novas escolas médicas receberam do MEC a autorização de funcionamento (BUENO; PIERUCCINI, 2005). Até meados de 2016, o Brasil atingiria a marca de 268 cursos de medicina ativos, distribuídos pelo país, seguindo o mesmo perfil qualitativo das amostras dos períodos anteriores: privadas e nas regiões mais desenvolvidas economicamente. De 2000 a 2016, o aumento seria da ordem de 168%.

Ainda segundo Bueno e Pieruccini (2005), a lógica para a abertura de tantos cursos, mais uma vez, é a de mercado, ressignificada pelo neoliberalismo, por meio da privatização do setor de formação de recursos humanos em saúde e do benefício das altas mensalidades auferido pelos empresários da educação.

O equilíbrio observado entre ensino médico público e privado, 49% e 51% respectivamente, sinaliza para a tendência de predomínio privado dominante na formação das demais profissões da área da saúde. Observa-se [...] que já há esta predominância no Sul e Sudeste, onde estão concentrados os maiores grupos empresariais da educação. O ensino privado ganhou espaço diante da capacidade limitada de investimentos do poder público (BUENO; PIERUCCINI, 2005, p. 26).

Scheffer e Dal Poz (2015) publicaram uma pesquisa sobre a tendência e os desafios da privatização da EMB. Como causas da privatização, em primeiro lugar, os

autores apontaram que a Lei 9.394/96, que instituiu as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 20 de dezembro de 1996 - LDB/96, teria aproximado o sistema educacional das regras do mercado quando permitiu a criação de instituições voltadas exclusivamente à graduação e de cursos de curta duração; quando autorizou processos de seleção simplificados, em substituição aos vestibulares; e quando deu autonomia aos estabelecimentos privados para fazerem mudanças no currículo. Em segundo lugar, os autores relataram que em todas as fases de grande crescimento do número de escolas médicas houve estímulos governamentais para o crescimento privado seja com incentivos fiscais seja com facilitações de funcionamento. Uma terceira causa esteve no interesse de empresários nos retornos financeiros do mercado educacional, o que se comprovou pelo surgimento de conglomerados educacionais com investidores nacionais e internacionais (SCHEFFER; DAL POZ, 2015).

1.8 O declínio da *era terapêutica* e a ascensão da *nova saúde pública*

Até a década de 1970, as políticas públicas em saúde, tanto nos países desenvolvidos, quanto nos países em desenvolvimento, estiveram dominadas pela concentração das ações de saúde em grandes hospitais, com especialistas. O declínio da concepção *curativista* da medicina começou a partir no final da década de 1940 e foi intensificado na década de 1950. Como marco emblemático, no período após a Segunda Guerra Mundial, em 1947, a Comissão Interina da OMS definiu a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade. Houve o acréscimo dos determinantes sociais aos aspectos biológicos no binômio saúde-doença. Novamente, Santos e Westphal (1999) relatam a tendência à transição da medicina terapêutica para uma medicina preventiva:

A nova saúde pública surge do reconhecimento de tudo o que existe ser produto da ação humana, salvo o que se poderia chamar de natureza intocada; em contraposição, a hegemonia da terapêutica, como solução para todos os males que poderiam atingir o corpo do homem. A saúde de um indivíduo, de um grupo de indivíduos, ou de uma comunidade depende também de coisas que o homem criou e faz, das interações dos grupos sociais, das políticas adotadas pelo governo, inclusive os próprios mecanismos de atenção à doença, do ensino da medicina, da enfermagem, da educação, das intervenções sobre o meio ambiente (SANTOS; WESTPHAL, 1999, p. 75, grifo dos autores).

A partir da década de 1950, uma série de conferências e estudos procuraram

contrapor-se ao paradigma *curativista* e instaurar uma nova prática médica que tomasse o caminho de volta à abordagem generalista e à atenção primária.

As conferências de Colorado Springs (1952), Tehuacán (1955) e Viña del Mar (1956) tiveram como objetivo a ampliação da formação em medicina preventiva e estimular uma abordagem mais integral (CAVALHEIRO; MARQUES; MOTA, 2008).

Em 1961, Kerr White e colaboradores⁷ conduziram uma pesquisa em um grupo de mil pessoas que foram acompanhadas no período de um mês. Dessas, 250 procuraram cuidados médicos e apenas nove foram hospitalizadas, mas somente uma necessitava, realmente, de atenção especializada. Apenas esse tipo de caso isolado, que demandava cuidados de maior complexidade, chegaria ao conhecimento do estudante de medicina (WHITE, 1961).

Outras pesquisas, mais recentes, tentaram reproduzir o trabalho de White. Em 2001, Green e colaboradores (2001) elaboraram um trabalho por amostragem e concluíram que, de um grupo de 1.000 indivíduos norte-americanos acompanhados no decorrer de um mês, na média, 800 experimentaram sintomas, 327 consideraram procurar atendimento médico e 217, efetivamente, o fizeram. Dos 217, é importante salientar que 113 procuraram um médico generalista e 104 visitaram especialistas. Quatorze foram atendidos em casa; treze receberam atendimento em um setor de emergências; oito foram hospitalizados; e menos de um paciente (0,7) foi admitido em um hospital universitário (GREEN *et al.*, 2001).

Na década de 1960, nos Estados Unidos, uma outra iniciativa para a reversão do paradigma da especialização foram os programas “extramuros”, que se realizavam fora do ambiente hospitalar com os objetivos de estudar e participar de práticas assistenciais em nível da comunidade.

Nos anos 1970, uma variante desse programa, na América Latina, ficou conhecido como integração docente-assistencial - IDA, com o objetivo de expor o aluno aos vários níveis de atenção dos serviços de saúde. A iniciativa foi frustrada pelo fato dos professores serem especialistas e os alunos, pressionados pelo mercado de trabalho, inclinavam-se, precocemente, a uma especialidade (FERREIRA, 2006).

O serviço social foi uma estratégia em que médicos recém-formados realizavam estágios de seis meses a um ano em zonas carentes do interior dos países, proporcionando atenção primária e estendendo a cobertura às comunidades. A estratégia não foi suficiente para fixar esses médicos com uma dedicação de longo prazo à causa da prática geral (FERREIRA, 2006). No Brasil, essa iniciativa não aconteceu.

A proposta de uma medicina voltada à atenção primária encontrou mais força nas

sucessivas crises financeiras no setor de saúde de vários países, devido aos altos e progressivos custos da *tecnologização* e da especialização. Além disso, a consolidação das políticas de inclusão e de ampla abrangência da saúde pública demandou um elevado investimento. As crises de orçamento foram agravadas por pesquisas que demonstravam a inexistência de relação de causa e efeito entre os gastos e a vida de qualidade da população.

Somam-se a esses fatos: as crises cíclicas do capitalismo, com aumento do desemprego e das desigualdades sociais; e o impacto da transição epidemiológica, com o envelhecimento populacional e a crescente dívida da previdência social. Todos esses fatores estão articulados, mais uma vez, com a lógica neoliberal e servirão como legitimadores do esvaziamento da responsabilidade do Estado sobre a saúde dos seus cidadãos.

Em 1974, Marc Lalonde, então ministro da Saúde e Bem-Estar do Canadá, conduziu uma das pesquisas mais importantes sobre as crises de financiamento da saúde e questionou o papel exclusivo da medicina na resolução dos problemas, ao publicar o relatório intitulado “Novas perspectivas de saúde dos canadenses”. O relatório deu início a uma nova era de interesse social e político pela saúde pública, ao propor que as causas de doença e morte estariam relacionadas às características biofísicas dos indivíduos, ao estilo de vida ou ao comportamento, à poluição e agravos ambientais e à inadequação e à incompetência dos serviços de saúde (LALONDE, 1974).

Em 1978, na Conferência de Alma-Ata, sob o lema “Saúde para todos no ano 2000”, a saúde foi reconhecida pela primeira vez como um direito a ser afirmado não só pela melhoria do acesso aos serviços de saúde, mas, também, por um trabalho de cooperação com outros setores da sociedade. A conferência cunhou o termo *promoção da saúde*, definido como a capacitação do indivíduo para buscar a qualidade de vida, com a saúde não mais como finalidade, mas como recurso aplicável à vida cotidiana; a capacitação para identificar, compreender e controlar os fatores favoráveis ou prejudiciais ao próprio bem-estar e ao da comunidade; e a diminuição do risco e da vulnerabilidade ao adoecimento (WESTPHAL, 2008).

Em 1986, na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida no Canadá, foi redigida a Carta de Ottawa, que definiu a *capacitação das coletividades*, com dois sentidos. O sentido objetivo era voltado à melhoria das condições de vida dos indivíduos, por meio da participação na formulação de políticas públicas saudáveis que lhes permitissem alcançar funcionalidades elementares, tais como alimentar-se, obter abrigo, saúde. O sentido subjetivo estava relacionado à capacitação

para alcançar funcionalidades que envolvessem autorrespeito, integração social, capacidade para participar da vida social e outras. A saúde passou a ser um critério de governo no processo de tomada de decisões sobre o desenvolvimento econômico e social, uma medida avaliativa do estado coletivo da população (WESTPHAL, 2008).

No Brasil, em 1988, promulgou-se a nova Constituição Federal - CF, conhecida como “Constituição Cidadã” e com ela houve a consolidação da saúde como

“direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 118).

Em 1990, articulada com a CF e com a Carta de Ottawa, a Lei 8.080/90, também conhecida como “Lei Orgânica da Saúde”, criou o SUS, com os seguintes princípios: *universalidade*, todas as pessoas têm direito ao atendimento, independentemente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda; *equidade*, todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme as necessidades que apresentar; *integralidade*, as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para promoção, prevenção e recuperação da saúde do indivíduo ou de uma comunidade; *regionalização*, a organização será de forma regionalizada e hierarquizada, voltada para os problemas de saúde de uma população de uma área delimitada; *resolutividade*, o serviço de saúde deve estar capacitado para enfrentar e resolver problemas de impacto individual e coletivo; *descentralização*, haverá a redistribuição das responsabilidades entre os vários níveis de governo; e *participação do cidadão*, a garantia constitucional da população de participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle social com as suas entidades representativas (ZIONI; ALMEIDA, 2008).

Em 1994, introduziu-se o Programa de Saúde da Família - PSF, com uma proposta de formar equipes multidisciplinares para atendimento na atenção básica. Além disso, o projeto teria como proposta uma caminhada rumo ao interior do país, chegando às regiões mais carentes de assistência. Apesar de toda a promoção do programa, nos primeiros anos, não foi possível superar o conflito de interesses gerado pela contradição entre a proposta de formar generalistas e a formação de especialistas.

Mesmo com os esforços internacionais e nacionais para promover o conceito de *promoção da saúde* e para instaurar e consolidar uma nova saúde pública, a realidade ainda está distante desses princípios. As razões podem estar na falta de organização e coordenação do setor privado de saúde, que é forte e independente; no orçamento insuficiente; e na desigualdade de implantação dos sistemas de saúde, devido à

pluralidade de condições sociais e econômicas das sociedades. Todas essas causas remetem ao projeto político e social neoliberal, que acentuou as desigualdades sociais, como observado na seção anterior.

Conclui-se, aqui, o esforço para demonstrar como a EMB foi constituída historicamente sob a ótica da prática médica e das políticas de saúde pública e educação superior. Mais do que isso, o trabalho procurou enunciar em que situação a EMB estava às vésperas das reformas curriculares. Cabe, agora, articular como o processo de constituição histórica da EMB reverberou no processo das reformas e como as mudanças sugeridas converteram-se em leis.

CAPÍTULO 2 - O PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA DAS DCN 2001

O foco desse capítulo é apontar as condições materiais de surgimento das DCN 2001. Em primeiro lugar, será demonstrado como as DCN 2001 se consolidaram como proposta de ruptura com o passado da EMB, a partir de uma retrospectiva de porta-vozes que debateram a educação médica, a partir da década de 1950. Na sequência, será observado o processo de implantação das DCN 2001, com a exposição e análise dos referenciais teóricos, dos instrumentos ou estratégias de promoção das reformas e dos sistemas de avaliação das mudanças curriculares.

2.1 Reformas curriculares: uma exigência desde a década de 1950

A década de 1950 marca o início da preocupação dos gestores em saúde com os altos custos da *era terapêutica* da medicina, articulados com as políticas sociais de inclusão em programas de assistência médica. Tal apreensão extrapolou o plano das políticas de saúde pública e evidenciou um entre outros possíveis caminhos para a solução dos problemas: a educação médica. No decorrer desta seção, serão demonstrados alguns movimentos e legislações que fundamentaram e regulamentaram a necessidade de mudanças nos currículos dos cursos de medicina.

Em 1952, em Colorado Springs, Estados Unidos, realizou-se um congresso com os principais representantes das escolas médicas norte-americanas, com objetivo de iniciar uma ampla reforma curricular dos cursos médicos, com privilégio para as teorias preventivistas da medicina. Esse congresso foi seguido por outros, em diversos países, como a França, em 1952; a Suécia, em 1953; o Chile, em 1955; e o México, em 1956. Os dois últimos com apoio da OMS e da OPAS (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Dessa discussão, muitos países adotaram em seus projetos curriculares a cadeia de Medicina Preventiva, com a incorporação da prevenção e da *promoção da saúde* à prática médica, na valorização do social e do coletivo no processo saúde-doença. Porém, a introdução da disciplina não modificou, substancialmente, o conteúdo ou a orientação da prática médica.

Na década de 1970, Juan César Garcia, médico argentino, buscou introduzir a sociologia à medicina da América Latina. Em estudos publicados pela OPAS, fez duras críticas ao sistema flexneriano de ensino médico. Para ele, a educação médica vivenciava um dualismo: nos países desenvolvidos, a explosão tecnológica; nos países em

desenvolvimento, o conceito de que níveis melhores de saúde seriam essenciais para o desenvolvimento econômico e a necessidade de rever o papel dos profissionais de medicina (GARCIA, 1970).

O autor apontou como problemas: as rígidas estruturas administrativas e a divisão em departamentos; a escassez de professores e de recursos materiais; o ensino fundamentalmente teórico; a transmissão vertical dos conhecimentos; a inadequada comunicação entre docentes e alunos; o número de candidatos muito acima do número de vagas; a incorporação deficiente dos planos nacionais de saúde ao processo de formação dos profissionais de saúde; e a falta de coordenação entre instrumentos de formação e as necessidades da comunidade (GARCIA, 1970).

Em 1971, durante o governo militar no Brasil, a CEM, formada por civis e militares, médicos e educadores, suspendeu a instalação de novas escolas médicas, devido às manifestações contrárias, por parte da AMB, ao ritmo de expansão e à qualidade das novas instituições. Nessa comissão, a Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM teve papel importante, ao destacar as necessidades da EMB: supressão ou criação de disciplinas; reorganização curricular; alterações na seriação, no conteúdo e na carga horária das disciplinas; ênfase no ensino de Medicina Preventiva e Social; preparo didático-pedagógico dos docentes; aperfeiçoamento das técnicas de ensino e de avaliação; integração das disciplinas do ciclo básico e profissional; antecipação da experiência clínica do estudante; utilização dos ambulatórios no ensino; criação do internato médico¹²; articulação da formação profissional com as necessidades da população; e capacidade de atuar nos vários níveis de cobertura de atendimento.

Em 1976, reuniões organizadas pela OPAS discutiram as falhas na concretização dos objetivos propostos pela CEM/ABEM. Foram apontadas as seguintes limitações: manutenção da estrutura curricular inalterada, ainda que com mudanças de conteúdos e até de metodologias; contradições entre propostas inovadoras e a estrutura organizacional da universidade; contradições entre o desejo de formar médicos generalistas e a tendência à especialização predominante na prática médica.

As conclusões das reuniões apontavam para a prática profissional e a organização do trabalho como determinantes na formação do médico (BRIANI, 2003). Logo, as propostas voltadas apenas ao processo de formação seriam ineficazes.

¹² Internato médico é o nome dado aos anos finais do curso de Medicina, com orientação essencialmente prática, nas áreas de Cirurgia, Clínica Médica, Ginecologia, Pediatria e Saúde Coletiva. Atualmente, segundo as DCN 2014, devem corresponder a 35% da carga horária total do curso (BRASIL, 2014b).

Essa perspectiva foi corroborada e detalhada no trabalho de Jorge Andrade¹³, intitulado “*Marco Conceptual de la Educacion Médica en la América Latina*”, de 1979. Entre outras resoluções, relatou que o problema da educação médica estava no centro de uma intrincada rede de relações, como a estrutura social e econômica, a prática médica, o processo de produção de médicos e a ideologia predominante no nível profissional. Além disso, apontou para a organização curricular, para as práticas de ensino e aprendizagem e para as concepções de mundo e da profissão de professores e alunos, como reprodutoras dos problemas (ANDRADE, 1979).

Em 1988, um dos marcos mais importantes para a educação médica no mundo, por sistematizar e organizar as demandas, foi a Conferência Mundial de Educação Médica, realizada em Edimburgo, na Escócia. Articulada com o lema “Saúde para todos no ano 2000” da Conferência de Alma-Ata, voltou-se para o perfil do médico a ser preparado para os sistemas de saúde em transformação. Entre outras medidas, preconizou a importância da assistência primária como ambiente de aprendizado; da necessidade da articulação entre a educação médica e as carências da população; da necessidade de mudanças nas metodologias de ensino e aprendizagem; da integração entre ensino e serviço; da oportunidade de aprendizagem ativa desde os primeiros anos da graduação; e do equilíbrio entre o ensino dentro e fora dos hospitais (FEUERWERKER, 1998).

Apesar de vários discursos favoráveis às mudanças, a realidade pouco mudou nos anos 1990. Briani (2003) sintetiza as principais dicotomias existentes no debate sobre a EMB, naquele momento:

Após três décadas de sucessivas discussões e algumas experiências de reformas curriculares, as escolas médicas do Brasil chegaram aos anos noventa discutindo novamente seu modelo de ensino e os temas abordados nos congressos sobre ensino médico voltaram às habituais dicotomias entre teoria e prática, ciências básicas e aplicadas, psíquico e orgânico, indivíduo e sociedade. As dificuldades apontadas no modelo pedagógico mantiveram-se praticamente as mesmas: ensino teórico excessivo; poucas atividades práticas ou limitadas aos últimos anos do curso; sequência e hierarquia dos conteúdos acadêmicos, incoerentes com a realidade da saúde; formação médica fragmentada e desprovida de crítica, descontextualizada das necessidades de saúde da população; falta de compromisso e alienação da comunidade acadêmica em relação à realidade de saúde; mercado de trabalho privilegiando a captação de recursos financeiros e a utilização de tecnologias sofisticadas, sem a necessária ênfase na resolução de problemas básicos de saúde (BRIANI, 2003, p. 13-14).

¹³ Médico venezuelano e professor da Faculdade de Medicina da Universidade Central da Venezuela. Foi funcionário da OPAS. Faleceu em 1976 (BRIANI, 2003).

Em 1991, de uma iniciativa de várias entidades não governamentais ligadas à medicina brasileira, como conselhos, associações e sindicatos de classe, associações de estudantes e associações ligadas à educação médica, surge a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas - CINAEM, com o propósito de formar um grupo de trabalho para avaliar o ensino médico do país. A análise confirmou o que já se observava desde a década de 1950: a estrutura rígida das disciplinas divididas em departamentos; a pouca integração entre os ciclos básico e clínico; o modelo de ensino centrado na doença; a avaliação centrada nos conhecimentos técnicos; a baixa titulação e formação pedagógica docente; a pouca atividade científica dos docentes; e a especialização precoce dos alunos.

Em 1996, aprova-se a LDB/96, e com ela, modifica-se o currículo, instituído na Reforma Universitária de 1968. A lei propõe uma flexibilização da organização curricular a partir de diretrizes curriculares nacionais, elaboradas pelo MEC e com a contribuição de agentes não governamentais, para os cursos de graduação, com a definição de competências e habilidades profissionais a serem exigidas ao final dos cursos. A LDB/96 investiu, também, sobre a avaliação de alunos e das instituições, ao promover o Exame Nacional de Cursos, o “Provão”, e vistorias nas escolas, sob a pena de encerrar as atividades daquelas com desempenho aquém do aceitável.

Outra medida da LDB/96 foi a autorização do funcionamento de instituições de ensino voltadas exclusivamente à graduação, que não tinham a obrigatoriedade da realização de atividades de pós-graduação, pesquisa e extensão. Com isso, ocorreu uma explosão de abertura de novas escolas, de modo geral, voltadas para atender rapidamente à demanda por novas profissões, a maioria ligadas ao setor de serviços, como turismo, publicidade, informática e comércio. Essa medida, assim como no período da ditadura militar, poderia ser explicada a partir da reestruturação da economia, dessa vez, alcançada com o Plano Real, de 1994, no governo Itamar Franco (1992-1995). O Brasil passou a acelerar seu crescimento econômico, impulsionado pelo controle da inflação e pela esperança da redemocratização.

A partir de 1996 até 1999, abririam mais quinze cursos de medicina no Brasil, totalizando 100 cursos, a maioria dessas escolas recém-instaladas localizava-se nas regiões Sudeste e Sul e eram privadas (BUENO; PIERUCCINI, 2005).

A flexibilização pretendida pela LDB/96 passou a ser regulamentada por alguns pareceres e editais, como o Parecer nº 776/97, do CNE/CES do MEC, de 03 de dezembro de 1997, que estabeleceu orientações gerais para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação, tais como assegurar a liberdade na composição da carga horária e das unidades

de estudo; incentivar a formação geral; estimular práticas de estudo independente; alavancar o aprendizado de competências e habilidades; e integrar ensino e serviço.

Sete dias depois do Parecer nº 776/97, a Secretaria de Educação Superior do MEC - SESu, disponibilizou o Edital nº 4, que estabeleceu o modelo de enquadramento das propostas de diretrizes curriculares por parte das entidades civis. A SESu afirmou ter recebido cerca de 1.200 propostas de mudanças curriculares, bastante heterogêneas, que foram sistematizadas por 38 comissões de especialistas (BRASIL, 2001a).

Outro importante documento, a Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior da UNESCO, a qual o Brasil foi signatário, realizada em Paris, em 1998, indicou que, apesar do fenômeno mundial de expansão de matrículas na educação superior ter ocorrido em larga escala, as diferenças de oportunidades educacionais continuaram aumentando.

A declaração afirmou a importância da formação de uma massa crítica e culta para superar a desigualdade entre os países ricos e em desenvolvimento e relacionou os desafios com os quais a educação superior deparava-se no final do século XX: dificuldade de financiamento; igualdade de condições no ingresso e no decorrer do curso de estudos; treinamento com base em habilidades, desenvolvimento e manutenção da qualidade no ensino, pesquisa e serviços de extensão; relevância dos programas oferecidos; empregabilidade de formandos e egressos; e acesso equitativo aos benefícios da cooperação internacional. Apontou para o compartilhamento do conhecimento, a cooperação internacional e as novas tecnologias como oportunidades para reduzir esta disparidade (UNESCO, 1998).

Destaque precisa ser feito ao Plano Nacional de Graduação do Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras - ForGRAD, publicado em 1999, em virtude de ser originário de pró-reitores de graduação e assessores de pró-reitorias de graduação, logo, uma matriz representativa de movimentos do interior das universidades nacionais (FORGRAD, 1999).

Na introdução, o documento fez uma crítica ao acúmulo desproporcional de conhecimento entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento; à matriz epistemológica cartesiana; ao paradigma da aplicabilidade do saber e do conhecimento como “produtos comerciais de circulação”; e ao estreitamento da esfera pública, que coloca em crise o tradicional papel do Estado. Afirmou que o papel da universidade frente à nova conjuntura tecnológica e globalizada passou de instituição fundamental para a produção do saber à de formação para o exercício de uma profissão (FORGRAD, 1999).

Apontou saídas para a crise proporcionada pela nova realidade econômica e tecnológica a partir da autonomia universitária; das avaliações institucionais qualitativas, em acréscimo às quantitativas; das metodologias que desenvolvam a capacidade de pesquisa e estimulem a formação continuada, devido à acelerada proliferação de conhecimentos proporcionada pelo avanço tecnológico - o “aprender a aprender”; da extensão universitária e da diversificação de cenários de aprendizagem, em parceria com grupos sociais, no contexto da sociedade que integra cidadãos; da manutenção de universidades referenciais e da capacitação docente; e da responsabilidade geral do Estado.

Defendeu, naquele momento, a aceleração da expansão do ensino superior, mas deixou clara a necessidade de manter as universidades públicas como referenciais de qualidade; a formação do professor para a Educação Básica por meio da pesquisa como princípio educativo e não apenas como princípio científico; a qualificação docente não fundamentada, exclusivamente, no domínio da ciência, mas na competência pedagógica, por meio da ampliação dos programas de pós-graduação *stricto sensu*; a promoção do pensamento crítico, da pesquisa, da extensão e das competências e habilidades como pilares das diretrizes curriculares; da adoção de planos institucionais de avaliação em cada instituição de ensino; a oferta de programas de educação à distância; o fortalecimento de bolsas e financiamento acadêmico (FORGRAD, 1999).

Realizada em dezembro de 2000, a 11ª Conferência Nacional de Saúde, instância decisória de vários aspectos relacionados à saúde pública, com a representação de vários setores da sociedade e do governo, dentre as suas 296 recomendações, no que tange à formação de recursos humanos em saúde, destacou a importância de padrões de lotação de pessoal, por meio do conceito de equipe multiprofissional; e da interiorização dos trabalhadores em saúde, por meio de serviço civil obrigatório, estágios profissionais abertos pelos municípios e/ou revezamento de pessoal pelas diferentes localidades (BRASIL, 2000).

Em janeiro de 2001, foi aprovado o Plano Nacional de Educação - PNE, por meio da Lei nº 10.172. Ele define os objetivos e metas das diretrizes:

11. Estabelecer, em nível nacional, diretrizes curriculares que assegurem a necessária flexibilidade e diversidade nos programas oferecidos pelas diferentes instituições de ensino superior, de forma a melhor atender às necessidades diferenciais de suas clientela e às peculiaridades das regiões nas quais se inserem (BRASIL, 2001b).

Por cerca de cinquenta anos, mudanças foram exigidas na EMB, seja pela necessidade de articulá-la às carências da população seja pelas exigências do mercado. Agora, é importante esclarecer como as DCN 2001 foram implantadas.

2.2 Características das referências citadas nas DCN 2001

A primeira informação relevante trazida pelo parecer das DCN 2001 está contida no item ‘Histórico’. Nele, estão explicitadas as legislações, os documentos e os relatórios que embasaram a sua elaboração¹⁴. A maioria deles já foi abordada com mais profundidade na seção 2.1.

Percebe-se, também, a influência explícita de algumas instituições internacionais, direta ou indiretamente, como UNESCO, OPAS, OMS e a Fundação Kellogg, por meio da Rede UNIDA¹⁵.

Dois outros fatos são relevantes. O primeiro é que os ‘Documentos da OPAS, OMS e Rede UNIDA’ não foram designados nominalmente¹⁶. De forma geral, os documentos provenientes da Rede UNIDA, naquela ocasião, destacaram a necessidade de incluir no texto das DCN 2001 as competências gerais de atenção à saúde: tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente (REDE UNIDA, 1998). Em 2000, a CINAEM, iniciativa da ABEM, enviou o relatório final do projeto iniciado em 1991, cujas recomendações foram similares às da Rede UNIDA (FACHINI; SANTOS; XAVIER, 2000).

O segundo fato relevante é o arrolamento dos ‘Instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde’ como balizadores do parecer. Naquela

¹⁴ Constituição Federal de 1988; Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde nº 8.080 de 19/09/1990; Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 9.394 de 20/12/1996; Lei que aprova o Plano Nacional de Educação nº 10.172 de 09/01/2001; Parecer CES/CNE 776/97 de 03/12/1997; Edital da SESu/MEC nº 4/97 de 10/12/1997; Parecer CES/CNE 583/2001 de 04/04/2001; Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, UNESCO: Paris, 1998; Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 15 a 19/12/2000; Plano Nacional de Graduação do ForGRAD de maio/1999; Documentos da OPAS, OMS e Rede UNIDA; Instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde. Chama a atenção o fato de serem essas as únicas referências normativas de todo o parecer (BRASIL, 2001c, p. 1).

¹⁵ Rede UNIDA é uma rede fundada por docentes, pesquisadores e profissionais de saúde, em 1985, apoiada pela Fundação Kellogg, com objetivo de qualificar a educação profissional em saúde por meio da formação de recursos humanos, transformação de modelo assistencial e participação social. Sua metodologia envolve a produção, circulação e produção de redes de conhecimento com a publicação de revistas e livros e a realização de congressos. Fonte: Portal Rede Unida. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/pt-br/institucional/historia>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

¹⁶ É provável que a referência esteja se reportando a dois relatórios em particular, produzidos pela Rede UNIDA e pela ABEM: *Contribuição para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área de saúde*, de 1998, de iniciativa da Rede UNIDA e CINAEM - *Preparando a transformação da educação médica brasileira*: Projeto CINAEM, III Fase, de 2000, de iniciativa da ABEM

data, o instrumento legal que regulamentaria a profissão de médico não existia. A lei que dispõe sobre o exercício da Medicina é a Lei nº 12.842, também conhecida como “Lei do Ato Médico”, e só seria promulgada em 10 de julho de 2013. A provável explicação para o arrolamento da referência está no compartilhamento das diretrizes com as áreas de Enfermagem e Nutrição, que possuíam leis regulamentadoras promulgadas em 1986 e 1991, respectivamente.

Nos itens ‘Mérito’ e ‘Princípios das Diretrizes Curriculares’, na segunda página do Parecer CNE/CES do MEC, nº 1.133/2001, de 07 de agosto de 2001, das DCN 2001, fica clara a proposta de ruptura com a rigidez da Reforma Universitária de 1968, ao deixar para trás a “prisão” das matrizes curriculares e ao assegurar ampla flexibilidade de organização curricular, de escolha das metodologias e da seriação.

As diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior. *Dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as diretrizes devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares*, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional. [...]

- *Assegurar às instituições de ensino superior ampla liberdade* na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como na especificação das unidades de estudos a serem ministradas.

- Indicar os tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino-aprendizagem que comporão os currículos, *evitando, ao máximo, a fixação* de conteúdos específicos com cargas horárias pré-determinadas, as quais não poderão exceder 50% da carga horária total dos cursos.

[...] A organização do Curso de Graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará o regime: seriado anual, seriado semestral, sistema de créditos ou modular (BRASIL, 2001c, p. 2, grifo nosso).

Quanto ao conjunto das referências normativas que fundamentaram as DCN 2001, destacam-se o respaldo e a sedimentação. A maioria delas é representativa do pensamento de um coletivo organizado e resultado de exaustivos debates a respeito dos temas da educação médica e da educação superior. Todos têm amplo reconhecimento público. Decorre daí a ausência de textos mais específicos, como artigos de publicações, capítulos de livros e pareceres de autores individuais.

2.3 Ocorrências articuladas à instauração das DCN 2001

Nesta seção, serão demonstradas algumas ocorrências articuladas à instauração das DCN 2001. Em primeiro lugar, serão explicitadas as estratégias para promover a redistribuição demográfica dos médicos e a implantação das mudanças curriculares nas instituições. Em seguida, serão exibidas as formas de avaliação que Estado, organizações da educação médica, instituições de ensino e entidades da classe médica encontraram para mensurar o grau de aproximação dos cursos às propostas reformadoras.

Em relação às DCN 2001, os Ministérios da Saúde e da Educação formularam políticas destinadas à promoção das mudanças na formação e na distribuição geográfica dos profissionais de saúde. Destacam-se várias iniciativas, algumas com enfoque sobre a ampliação da cobertura do SUS em áreas com comprovada carência de recursos médicos e sanitários; outras, com enfoque sobre a formação de recursos humanos em saúde, voltados à atenção primária e à integração entre ensino e serviço. Além desses programas, houve outros voltados à imersão na realidade do SUS; à formação continuada de profissionais para o trabalho em saúde; à formação de gestores, conselheiros de saúde e agentes do Ministério Público, para o fortalecimento do controle social¹⁷ no SUS; à manutenção de polos de capacitação de médicos voltados à Saúde da Família; e mais recentemente, aos Mestrados Profissionais em Saúde.

O conhecimento dos detalhes das políticas de fomento às mudanças da prática médica por meio da educação em saúde e das dificuldades de implantação dos programas torna-se importante para essa pesquisa, por demonstrar as adequações necessárias no trabalho pedagógico nas escolas médicas.

O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde - PITS, instituído em 05 de fevereiro de 2001 pelo Decreto nº 3.745/2001, teve por objetivos a ampliação da cobertura das ações e serviços do SUS; a impulsão da reorganização da atenção básica de saúde no país; a criação de uma rede de referenciamento para pacientes que necessitassem de assistência especializada ou hospitalização; e o estímulo à fixação de médicos e enfermeiros em municípios carentes de assistência à saúde, na forma de treinamento em serviço (BRASIL, 2001e).

As estratégias para a concretização do programa estavam articuladas com o fortalecimento do PSF, na formação continuada e permanente dos profissionais

¹⁷ Controle social, nesse contexto, deve ser entendido como o exercício de reflexão e discussão para a politização de problemáticas que afetam a vida coletiva. No Brasil, os fóruns de controle social do Setor Saúde são os conselhos e conferências de saúde (BRASIL, 2013e).

envolvidos e na concessão de incentivos aos profissionais que o integrassem. Os incentivos eram concedidos na forma de bolsas de pesquisa pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, que pretendiam, além de ampliar a cobertura assistencial, promover pesquisas sobre os problemas de saúde das regiões onde o PITS seria implantado para propor soluções.

Esse decreto foi instituído na vigência dos governos neoliberais e, claramente, é possível afirmar que é uma política legitimadora da expansão e interiorização das escolas médicas que ocorreram e continuam ocorrendo a partir da LDB/96. Em 2004, o programa foi descontinuado, mas os fundamentos do PITS serviriam de base para o Programa Mais Médicos¹⁸, de 2013, no governo Dilma Rousseff.

Nesse ponto, o debate sobre a interiorização do trabalho em saúde torna-se importante para a pesquisa, pois o curso de medicina da UNIOESTE - *Campus* Francisco Beltrão está inserido no contexto da expansão e interiorização das escolas médicas.

Em 2001, por uma parceria entre o MEC e o Ministério da Saúde, foi lançado o Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina - PROMED. Uma iniciativa para formar profissionais que pudessem se ajustar mais facilmente às equipes de Saúde da Família e servir de instrumento de mudança da prática médica.

O PROMED foi instituído com estratégias para atuar na formação dos profissionais de saúde sob três eixos diretivos: na orientação teórica, por meio de dois vetores: pela produção de conhecimentos voltados às necessidades do SUS e pelo estímulo à pós-graduação e educação continuada; nos cenários de prática, por meio de dois vetores: pela diversificação dos cenários e pela abertura dos serviços universitários às necessidades do SUS; na orientação pedagógica, por meio de dois vetores: pela implantação de metodologias ativas centradas no estudante e pela integração entre os ciclos básico e clínico (BRASIL, 2001f).

Para cada um dos vetores, o PROMED apresentava um sistema de classificação em três estágios, de números 1 a 3, partindo das situações curriculares mais conservadoras às mais inovadoras. Esse sistema, além de dar sentido aos projetos institucionais de

¹⁸ O Programa Mais Médicos foi instituído pela Lei nº 12.871/2013. É uma ação entre uma série de medidas relacionadas à área de saúde, pactuadas pela ex-presidente Dilma Rousseff, em resposta à queda de popularidade observada após as manifestações sociais que ocorreram em junho de 2013. Ele se constituiu em um eixo de ampliação e melhoria da infraestrutura, direcionado para a reforma, ampliação e construção de UBS e Unidades de Pronto Atendimento - UPA; um eixo de provimento emergencial de mão de obra médica, celebrado por editais de chamada de médicos para o trabalho e de cooperação internacional; e um eixo de formação para o SUS, com as ações de reorientação da formação, ampliação na oferta de vagas na graduação e residência médica, e mudanças nos locais de formação (BRASIL, 2013b).

mudança, permitiu àqueles que já vinham promovendo as reestruturações, avaliar o seu grau de adequação às metas estabelecidas pelo programa.

O objetivo final do projeto era resolver a dificuldade de encontrar mão de obra com formação geral e humanística para atuar no PSF e funcionar como indutor de diretividade ao processo de mudança. Para isso, o papel das Instituições de Ensino Superior - IES seria de suma importância, pois permitiria a maturação do profissional desde o início da sua formação.

Por sua vez, o Ministério da Saúde tem como uma de suas prioridades essenciais a atenção básica, mediante a qual pretende ordenar a formação de recursos humanos para a saúde. Tal proposta, no entanto, defronta-se com a precária disponibilidade de profissionais gerais, dotados de visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade, funcionando como a porta de entrada do sistema de saúde. [...]

É necessário, entretanto, que sejam implementadas ações de maturação a médio e longo prazos, voltadas à melhoria da formação profissional. Para tanto, as IES, responsáveis por essa formação, deverão ter papel protagonista e ser os sujeitos desta ação, e não mais um participante entre muitos outros. Essa ação, evidentemente, deverá estar intimamente coordenada com a ação dos Pólos e funcionando como sua extensão para o interior da IES (BRASIL, 2001f, p. 3).

Em 2002, no seu processo de implantação, o PROMED abriu edital para a inscrição das escolas médicas interessadas em promover as mudanças mediante incentivos financeiros do governo federal, por meio dos Ministérios da Educação e da Saúde.

Das 48 instituições que enviaram projetos, vinte foram selecionadas, mas somente dezenove participaram de forma efetiva. Um dos critérios de seleção foi a localização geográfica, pois o projeto deveria contemplar, pelo menos, uma escola da região Norte e uma da Centro-Oeste, duas da região Nordeste e duas da Sul, e quatro da região Sudeste. O segundo critério foi o mérito, pois as escolas contempladas apresentaram diferentes caminhos para a execução das reformas. A maioria das escolas era pública (84,2%), com oferta de residência médica e hospital universitário (94,7%) e a maioria com oferta de pós-graduação *stricto sensu*. Todas já vinham se adequando às propostas da LDB/96, sugerindo que o estágio de desenvolvimento orientou as escolhas dos selecionadores. As escolas foram convidadas a classificar a sua situação de inovação de acordo com o sistema de eixos e vetores do projeto e, também, por meio da mesma classificação, estipular os objetivos a serem alcançados (GOULART *et al.*, 2009).

Em 2005, o PROMED seria atualizado e substituído pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRO-SAÚDE. Inicialmente, o

programa ampliaria a avaliação para outros cursos da Estratégia de Saúde da Família - ESF, a Enfermagem e a Odontologia, o que se convencionou chamar PRO-SAÚDE I e que atingiu 89 escolas.

Em 2007, o programa seria novamente atualizado e abordaria as quatorze profissões da área de saúde. O PRO-SAÚDE II atingiria 359 cursos de graduação. A concessão de incentivos às escolas que se propusessem a concretizar as mudanças continuaria com cooperação financeira, por parte do Ministério da Educação e da Saúde; e cooperação técnica, por parte da OPAS. Na essência, o PRO-SAÚDE incorporaria a estrutura do PROMED e daria ênfase à integração ensino-serviço (BRASIL, 2007).

Pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, institui-se o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-SAÚDE, com os objetivos de contribuir para a implantação das DCN nos cursos de graduação da área de saúde, induzir a fixação dos profissionais nos locais de atuação do programa e preparar os estudantes para o trabalho em saúde, de acordo com as necessidades da população. Os grupos do PET-SAÚDE são formados por um tutor acadêmico, oito estudantes monitores e dois preceptores e conta com financiamento por bolsas de iniciação científica, aos estudantes de graduação; e bolsas de tutoria, para os tutores dos grupos (BRASIL, 2010).

O programa tem inspiração no Programa de Educação Tutorial - PET, instituído pela Lei nº 11.180, de 23 de setembro de 2005. Esse programa é destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial mediante a concessão de bolsas de iniciação científica a estudantes de graduação e bolsas de tutoria a professores tutores de grupos do PET. Logo, pode-se entender o PET-SAÚDE como um braço do PET, com foco sobre a formação dos trabalhadores em saúde (BRASIL, 2005).

Todas as iniciativas acima têm objetivos sobrepostos e estão alinhadas com a proposta de promoção da *nova saúde pública*, pautada pela atenção primária à saúde e pela ESF. Elas deixam evidente a relação entre as políticas públicas de saúde e a EMB. Contudo, apesar de tais iniciativas atuarem como gatilhos das reformas, não deixaram de mostrar dificuldades de implantação.

Oliveira e colaboradores (2012) reportaram a experiência do PET-SAÚDE na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, sobre os cursos da área de saúde daquela instituição, realizada em Unidades Básicas de Saúde da Família. Os autores puderam comprovar que o processo de construção do programa trouxe aprendizado e maior diálogo entre docentes, profissionais da saúde, estudantes e instituição. Além disso, permitiu uma maior percepção dos conceitos propostos pelas DCN como integralidade, interdisciplinaridade e multiprofissionalidade; e promoveu a maturidade técnico-

científica, a iniciativa, a criatividade, a cidadania, o trabalho em equipe e o pensamento reflexivo (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

No plano local, os autores apontaram as dificuldades para a execução dos projetos: incongruência de horários para reuniões coletivas, devido ao acúmulo de atividades profissionais e de responsabilidades; acadêmicos com pouca iniciativa; falta de recursos para a realização de algumas atividades; desconhecimento dos conteúdos do SUS por parte dos preceptores; problemas de relacionamento interpessoal, especialmente entre alunos dos diferentes cursos; problemas de relacionamento entre o programa e os serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Alves e colaboradores (2013) fizeram um estudo representativo sobre as dificuldades encontradas para a implantação das reformas propostas pelas DCN, apontando uma ampla gama de adversidades no processo. Os problemas foram resumidos em cinco categorias: dificuldades relacionadas aos docentes; dificuldades relacionadas aos estudantes; dificuldades relacionadas à instituição de ensino; dificuldades relacionadas aos serviços ou gestão do SUS; e dificuldades relacionadas às condições expressas no edital do PROMED (ALVES *et al.*, 2013).

Entre as dificuldades relacionadas aos docentes, a mais prevalente, está a resistência às mudanças curriculares, em muito, devido ao conflito entre a formação tradicional de docentes e a necessidade de assumir um novo papel em um novo modelo de currículo.

Na categoria das dificuldades relacionadas aos estudantes, foram elencados problemas de restrições aos cenários de aprendizagem no SUS; restrições à formação de médicos de perfil generalista; excessiva valorização do currículo paralelo¹⁹, dos estágios extracurriculares²⁰ e dos cursos para preparação para provas de residência médica; resistência às metodologias ativas de aprendizagem; falta de consenso sobre as demandas dos próprios estudantes em relação ao currículo; e pouco contato com médicos generalistas, uma vez que a maioria do corpo docente é formada por especialistas.

Na categoria das dificuldades relacionadas às instituições de ensino, foram elencadas: a escassa participação de professores e alunos nos projetos de mudança; a inadequação de estrutura física, de recursos materiais e de pessoal de apoio; a fragmentação imposta pela estrutura departamental; a falta de consenso entre os

¹⁹ Currículo alternativo ou paralelo é o conjunto de atividades extracurriculares que os alunos desenvolvem, subvertendo, na maioria das vezes a estrutura curricular formal estabelecida pela faculdade (REGO, 1998, p. 40).

²⁰ Estágio extracurricular é definido como todas as atividades de prática clínica ou cirúrgica cumpridas pelo aluno sem que esteja sob os auspícios e direção da escola (TAVARES, 2007, p. 246).

departamentos. Outras dificuldades menos frequentes foram: características conservadoras e cultura tradicional; gestão da carga horária dos professores; relação conflituosa com o hospital universitário; crise dos hospitais universitários; e o currículo de transição com dois modelos curriculares.

Entre as dificuldades relacionadas aos serviços e gestão do SUS, a mais frequente foi a inadequação das unidades básicas de saúde para o ensino; a falta de integração com os gestores do SUS; a dificuldade de captação e preparo de profissionais e equipes para exercerem a preceptoria dos estudantes; a resistência dos profissionais de saúde à presença dos estudantes; a rotatividade de gestões por questões políticas; a gestão da demanda nos serviços de saúde em que atuam os estudantes; a ausência de compensações financeira e de carga horária para o trabalho dos profissionais do serviço na função de preceptores.

Por fim, na categoria de dificuldades encontradas na adequação ao edital do PROMED, algumas escolas relataram as restrições de manejo dos recursos financeiros, com dificuldades na remuneração de pessoas, atraso no pagamento das parcelas, burocracia para adequação de estrutura física, e restrição para aquisição de materiais importados. Os autores concluíram que as diversas dificuldades encontradas se inter-relacionavam e se potencializavam, mas para entendê-las seria necessário, também, inseri-las no contexto de transição paradigmática em que a EMB se encontra (ALVES *et al.*, 2013).

Em resumo, a percepção aparente de racionalidade e viabilidade dos programas esconde dificuldades profundas de ordem pessoal e estrutural. A educação médica não é composta apenas por políticas públicas ou instituições, mas também por pessoas reais: estudantes, professores, funcionários, dirigentes, gestores, profissionais da política e usuários. Os significados das mudanças para os atores sociais podem ser diversos, e muitas vezes, com sentidos opostos, traduzidos em resistências ou apoios. Há, também, obstáculos financeiros, administrativos, infraestruturais e políticos que não são transpostos apenas com discursos ou documentos.

As dificuldades relacionadas aos recursos humanos em saúde podem ser explicadas pelas características identitárias da classe médica que foram consolidadas ao longo da história da EMB e chegaram aos dias de hoje: o cientificismo, o corporativismo e o elitismo. Essas características estão fortemente presentes no corpo docente, principalmente, no de docentes médicos, e são transmitidas aos alunos de forma natural e involuntária.

Quanto à característica cientificista do médico, basta entender como se dá o

processo de produção e validação científica. Atualmente, para ser considerada válida, a produção científica precisa passar pelo crivo das universidades, dos congressos e das publicações. Quando uma descoberta é rejeitada pela comunidade científica, pelos mais diversos motivos e interesses, logo surgem especulações sobre a legitimidade da pesquisa. Há um caminho para o conhecimento se tornar lícito, e quando não percorrido, haverá instituições e órgãos fiscalizadores para apontar as incompatibilidades.

Na área médica, um exemplo recente foi o debate sobre o uso de fosfoetanolamina para o tratamento do câncer. O composto químico foi produzido e distribuído, de forma irregular, por vinte anos, pelo Instituto de Química da Universidade de São Paulo - USP, na cidade de São Carlos. Ao ganhar grandes proporções midiáticas, a descoberta foi criticada pela comunidade científica que se posicionou contrária à utilização do composto como medicamento. A discussão chegou ao campo político-jurídico e, em 13 de abril de 2016, a então Presidente da República, Dilma Rousseff, sancionou a Lei nº 13.269, autorizando o uso da fosfoetanolamina sintética por pacientes diagnosticados com neoplasia maligna (BRASIL, 2016).

Em 19 de maio de 2016, o Supremo Tribunal Federal derrubou a validade da lei, ao considerar a inexistência de testes científicos suficientes para comprovar a segurança e a eficácia, e ao considerar que o Poder Executivo se antecipou à competência da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA de órgão verificador e autorizador da utilização e comercialização de medicamentos.

Em 31 de março de 2017, estudos clínicos envolvendo a fosfoetanolamina, desenvolvidos por médicos e autorizados por comitês de pesquisa, foram suspensos por não comprovarem a eficácia como medicamento (ALVES, 2017). O exemplo não deixa dúvidas quanto ao caráter cientificista da medicina.

Um exemplo de como a prática médica pode ser considerada corporativista é a disputa pelo direito de executar procedimentos diagnósticos e terapêuticos por médicos e profissionais de outras áreas da saúde. De um lado, os médicos exigem a exclusividade da execução de diversas ações sobre os pacientes; de outro lado, profissionais das áreas de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, entre outras, reivindicam mais espaço para desempenhar trabalhos de atenção à saúde.

A ocorrência mais emblemática desse exemplo é a instituição da “Lei do Ato Médico” (BRASIL, 2013a). No artigo 4º, que discorre sobre as atividades privativas do médico, alguns incisos foram vetados pela Presidente Dilma Rousseff, por reivindicação de profissionais de diversas áreas da saúde, que julgavam tais incisos limitantes da atuação profissional das categorias. Para além da defesa dos argumentos de cada parte

envolvida, o que está em jogo é a manutenção dos interesses corporativos.

Outro exemplo de manifestação de interesse corporativo, foi o episódio de importação de mão de obra médica internacional quando da instituição do Programa Mais Médicos, pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013b). Os ânimos esquentaram ao ponto de médicos cubanos serem hostilizados por colegas médicos e estudantes de medicina brasileiros ao desembarcarem no aeroporto de Fortaleza (NALON; FOREQUE, 2013).

De um lado, o Estado considera a falta de médicos como causa principal dos problemas do setor de saúde; de outro lado, a classe médica considera a distribuição geográfica irregular dos médicos e a falta de estrutura e investimentos no setor, por parte do Estado, como problemas a serem vencidos previamente à ampliação da quantidade de profissionais (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013).

O caráter elitista do acesso ao curso de Medicina é, igualmente, motivo de debate na agenda pública atual. Como antecipado, no Brasil colonial, apenas as pessoas mais abastadas conseguiam frequentar as aulas nas universidades europeias. A realidade não parece ter mudado.

O Relatório de Área do último Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes - ENADE para os cursos de Medicina, divulgado em 2013, justifica essa afirmativa.

Nesse relatório, constam dados coletados pelo *Questionário do Estudante*, que corresponde a uma série de perguntas sobre o perfil demográfico e socioeconômico dos egressos dos cursos de Medicina. Com relação à distribuição por cor e etnia, 73,6% declararam ser brancos; os pardos e mulatos corresponderam a 21,3%; seguidos dos negros com 2,3%; amarelos, ou com origem oriental, com 2,3%; e indígenas, ou com origem indígena, com 0,4%. Com relação à faixa de renda mensal familiar, 72,7% dos alunos declararam uma renda superior a seis salários mínimos. Desses, 19,4% declararam uma renda superior a 30 salários mínimos. Apenas 2,6% dos alunos declararam uma renda familiar de até um salário mínimo e meio. Outro dado importante é o grau de escolaridade dos pais, o que reflete, indiretamente, as condições econômicas da família. Quando considerada a escolaridade do pai, 61,7% declararam que esse possuía uma formação em nível superior ou em pós-graduação. Quando considerada a escolaridade da mãe, 65,8% fizeram a mesma declaração. O relatório prossegue, mas o último dado a ser considerado aqui é quanto ao tipo de escola cursada no ensino médio: pública ou privada. Daqueles alunos que estudaram Medicina nas instituições públicas, 76,8% declararam ter feito toda a formação do ensino médio em escolas privadas, contra 16,4% daqueles que declararam ter feito toda a formação do ensino médio em escolas públicas. Dos alunos que cursaram

Medicina nas instituições privadas, 80,2% declararam ter frequentado, exclusivamente, escolas privadas no ensino médio; e 9,9% declararam ter frequentado, exclusivamente, escolas públicas no ensino médio (BRASIL, 2013c).

Os dados demonstram que o estudante de Medicina é, na maioria, branco, com uma renda mensal familiar superior a seis salários mínimos, com pais que possuem um grau de escolaridade alto, e que estudaram o ensino médio em escolas privadas. Comprova-se, pelos dados apresentados, que o acesso aos cursos de Medicina continua com um viés elitista.

Não é à toa que sejam necessárias políticas de redistribuição de vagas. Na educação superior, um exemplo é a lei de reserva de vagas para estudantes, avaliada pelo critério de cotas por extratos étnicos e socioeconômicos, presente no Decreto nº 7.824, de 11 de outubro de 2012, como destacado abaixo.

Art. 2º As instituições federais vinculadas ao Ministério da Educação que ofertam vagas de educação superior reservarão, em cada concurso seletivo para ingresso nos cursos de graduação, por curso e turno, no mínimo cinquenta por cento de suas vagas para estudantes que tenham cursado integralmente o ensino médio em escolas públicas, inclusive em cursos de educação profissional técnica, observadas as seguintes condições:

I - no mínimo cinquenta por cento das vagas de que trata o caput serão reservadas a estudantes com renda familiar bruta igual ou inferior a um inteiro e cinco décimos salário-mínimo per capita; e

II - proporção de vagas no mínimo igual à de pretos, pardos e indígenas na população da unidade da Federação do local de oferta de vagas da instituição, segundo o último Censo Demográfico divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, que será reservada, por curso e turno, aos autodeclarados pretos, pardos e indígenas (BRASIL, 2012, p. 1).

O diploma de médico sempre foi motivo de fetiche em todas as camadas sociais. Nos dias atuais, a noção de profissão médica como algo intangível é reforçada no senso comum: como quando o aluno de Medicina, ao ingressar no curso, já obtivesse a outorga para ser médico e passasse a fazer “consultas” a amigos e familiares; como quando os pais desejam que os filhos estudem e exerçam uma profissão valorizada socialmente; como quando há uma percepção de autonomia do médico em relação a outras profissões; como quando se acredita que é uma profissão com grande retorno financeiro; como quando se acredita que seja uma profissão que denota o potencial intelectual do indivíduo (SASSI, 2012).

O fetichismo, invariavelmente, levará a uma grande procura pela profissão, mas o caráter elitista, embutido nos custos de uma formação em escolas de ensino fundamental e médio, de financiamento privado, condição quase necessária para o ingresso, promoveu um gargalo que tornou o acesso ao curso de Medicina enviesado pelos fatores econômicos.

2.3.1 Instrumentos de avaliação da adequação às reformas

Os instrumentos de avaliação são importantes para expressar as potencialidades e fragilidades dos cursos e, em especial, nessa pesquisa, para demonstrar como as avaliações podem ser instrumentos de pressão sobre a qualidade da EMB.

Como regra geral, os sistemas propostos têm como objetivo avaliar os avanços dos cursos em três eixos principais: institucional, docente e discente. Nesse tópico, serão abordados quatro sistemas de avaliação com diferentes propostas e que variam em complexidade e abrangência. O primeiro é o aplicado pelo governo federal, por meio do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - SINAES; o segundo, procede de uma instituição não governamental ligada ao ensino médico, a ABEM; o terceiro, origina-se da iniciativa local de uma instituição de ensino superior, a Universidade Estadual de Londrina - UEL; e o quarto, de uma organização que representa a categoria, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP.

Em 2004, a avaliação de desempenho de estudantes egressos dos cursos de graduação realizada pelo Exame Nacional de Cursos, o “Provão”, ganhou mais duas dimensões avaliativas, uma para as instituições e outra para os cursos. A expansão ganhou o nome de SINAES.

O SINAES é de competência do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP e foi criado para avaliar todos os aspectos que giram em torno da instituição, do corpo docente e do corpo discente, principalmente, o ensino, a pesquisa, a extensão, a responsabilidade social, o desempenho dos alunos, a gestão da instituição, a titulação docente e as instalações. É uma iniciativa do governo federal para subsidiar os atos de credenciamento, reconhecimento e renovação de reconhecimento dos cursos e para nortear políticas de expansão e financiamento da Educação Superior.

Trata-se de um sistema de avaliação bastante complexo. Ele possui instrumentos de coletas de dados por meio de autoavaliações, avaliações externas, questionários e exames. Os dados coletados são sistematizados e convertidos em indicadores de qualidade cujo tratamento produzirá relatórios e tabelas com os conceitos das instituições.

O último desses relatórios, o Conceito ENADE dos cursos de Medicina, ocorreu em 2013 e demonstrou que os alunos concluintes, na média, em todo o país, não conseguiram atingir uma nota satisfatória quando avaliados quanto a uma formação geral, sobre questões éticas e comprometimento com a sociedade; e quanto aos conhecimentos específicos, os instrumentos teóricos e práticos para o exercício da profissão (BRASIL, 2013c).

O último Conceito Preliminar de Curso - CPC, um dos indicadores de qualidade da educação superior, baseado na avaliação do desempenho do aluno, no valor agregado pelo processo formativo e às condições de oferta de infraestrutura, corpo docente e recursos didático-pedagógicos, divulgado juntamente com o ENADE 2013, evidenciou o número de escolas com conceitos inferiores aos valores considerados mínimos e adequados para uma instituição manter seu curso em funcionamento. Os conceitos variam de 1 a 5 e o valor considerado mínimo satisfatório é 3 (BRASIL, 2013d).

De um universo de 192 escolas médicas, um total de 166 enviou alunos ao ENADE. Aquelas que não enviaram alunos têm como justificativa os fatos de não terem turmas formadas, o não reconhecimento do curso ou estarem descredenciadas. Das 166 escolas que enviaram alunos, o conceito médio de desempenho foi 2,68. Dessas, dezenove escolas apresentaram conceito superior a 4 (média = 4,29), quarenta e cinco apresentaram conceito entre 3 e 4 (média = 3,44), e em cento e duas o conceito foi inferior a 3 (média = 2,04). Quanto à organização didático pedagógica, trinta e uma escolas apresentaram conceito superior a 4 (média = 4,50), quarenta e uma apresentaram conceito entre 3 e 4 (média = 3,46), e noventa e quatro apresentaram conceito inferior a 3, o mínimo exigido (média = 2,00). Quanto à estrutura, quarenta e uma apresentaram conceito superior a 4 (média = 4,48), quarenta e nove apresentaram conceito entre e 3 e 4 (média = 3,46) e setenta e seis apresentaram conceito inferior a 3 (média = 2,11) (BRASIL, 2013d).

Outro dado relevante é a média de conceito de instituições públicas e privadas. Das 166 escolas que enviaram alunos para o ENADE 2013, cem enquadravam-se na categoria privada (30 com fins lucrativos e 70 sem fins lucrativos) e sessenta e seis enquadravam-se na categoria pública (18 estaduais, 43 federais e 5 municipais). A média de conceito das 100 instituições privadas foi 2,25 (1,96 nas com fins lucrativos e 2,37 nas sem fins lucrativos); contra uma média de 3,32 das instituições públicas (3,54 nas estaduais, 3,30 nas federais e 2,68 nas municipais) (BRASIL, 2013d).

Outra forma de avaliar o desempenho dos estudantes é pela organização acadêmica. Das 166 escolas, 15 enquadravam-se como centros universitários, 38 como faculdades e 113 como universidades. A média de conceito dos centros universitários foi

de 2,16, das faculdades de 2,42, e das universidades de 2,83 (BRASIL, 2013d).

Por esses números é possível deduzir que os melhores conceitos são encontrados nas instituições públicas, especialmente nas estaduais, e nas instituições cuja organização acadêmica é na forma de universidades.

A exposição pormenorizada do funcionamento do SINAES fez-se necessária porque a preocupação com a adequação às normas para reconhecimento ou renovação de reconhecimento de curso proporciona angústia aos envolvidos nesse processo, por terem dificuldades na interpretação das situações ideais em constantes mudanças devido à pluralidade de condições encontradas em um país com dimensão e malha universitária imensas. Além disso, os resultados da avaliação podem ser interpretados como quadros valorativos que podem atuar como instrumentos de punição ou prestígio das IES, com a retirada ou a injeção de recursos conforme o desempenho. Ainda, há de se levar em consideração a limitação causada pelo boicote de estudantes ao exame, o que levaria a um viés de interpretação dos dados.

Lampert e colaboradores (2009) propõem outro sistema avaliativo. Esse trabalho partiu de um projeto da Comissão de Avaliação das Escolas Médicas - CAEM, da ABEM, com o objetivo de aferir à adequação de escolas médicas às tendências inovadoras das recentes reformas curriculares. A ABEM proporcionou grande visibilidade a esse processo avaliativo, ao dedicar um encarte suplementar a uma série de artigos derivados da pesquisa original.

Esse sistema é similar à classificação proposta pelo PROMED e pelo PRO-SAÚDE e contém cinco eixos: mundo do trabalho, projeto pedagógico, abordagem pedagógica, cenários da prática e desenvolvimento docente. No total, são dezessete vetores dispostos nos eixos em forma de roda (Imagem 2). A cada vetor era atribuída uma pontuação e a análise dos pontos permitia definir se as escolas médicas estavam caminhando na direção das propostas inovadoras.

Na coleta dos dados, 28 escolas preencheram o instrumento, e dessas, 75% foram enquadradas nas categorias avançada ou inovadora avançada, com 46,4% e 28,6%, respectivamente. As inovadoras tradicionais foram 14,3% e as tradicionais, 10,7%. O eixo menos avançado foi o de desenvolvimento docente, em especial, nos vetores formação didático-pedagógica e capacitação gerencial (LAMPERT *et al.*, 2009).

Para os autores, entre as possíveis causas dessa discrepância estão a falta de clareza do projeto pedagógico para os professores; a falta de apoio institucional à formação docente; a falta de planejamento das IES para a formação permanente dos docentes; e a ambiguidade de concepções de formação docente, ao variar entre a formação

como processo de reflexão e a formação como treinamento didático. Além do desenvolvimento docente, outro problema apontado pelos autores foi a fragmentação do conhecimento, traduzida na estrutura curricular pela divisão em disciplinas (LAMPERT *et al.*, 2009).

Imagem 2 - Roda de avaliação proposta por Lampert e colaboradores (2009)



Fonte: Lampert e colaboradores (2009, p. 22).

Em 2013, Lampert e Costa (2014) atualizaram o estudo, dessa vez, com 48 cursos da área da saúde, 46 de Medicina e 02 de Nutrição. Utilizando a mesma metodologia de coleta de dados, concluíram que houve um avanço na tendência de mudanças rumo ao encontro das DCN 2001, com 79,16% das escolas com tipologias avançada e inovadora avançada, 43,75% e 35,41%, respectivamente. As escolas classificadas como inovadoras tradicionais mantiveram-se no mesmo patamar, 14,59%, e as tradicionais, um recuo, para 6,25% (LAMPERT; COSTA, 2014).

Um terceiro exemplo de sistema de avaliação, proposto por Perim e colaboradores (2008), é baseado na experiência da Universidade Estadual de Londrina - UEL, uma das pioneiras na implantação das reformas curriculares, desde 1998.

Em 2003, com a formatura da primeira turma da UEL, após as mudanças curriculares, surgiu a necessidade de conhecer os resultados da nova proposta. Foi criado e aplicado pela instituição o Sistema Integrado de Avaliação do Curso de Medicina - SIAMed, de âmbito local. Os objetivos eram: conhecer as fortalezas e os problemas do curso, adequar-se às demandas sociais, identificar o grau de envolvimento e compromisso de professores, estudantes e servidores e buscar o aprimoramento (PERIM *et al.*, 2008).

Os instrumentos de avaliação cobriram três eixos: a escola, por meio de autoavaliação e avaliação externa; o curso, por meio de autoavaliação e avaliação externa; e o desempenho dos estudantes, por meio do Teste de Progresso²¹. O SIAMed previu a participação de todos os agentes sociais que participaram do processo de formação do médico, como estudantes, professores, funcionários, dirigentes, técnicos, profissionais de saúde, serviços de saúde, comunidade, ex-alunos e sociedade civil organizada. Por se tratar de uma experiência local, pode-se presumir que essa proposta teve a pretensão de estar perfeitamente ajustada à realidade da IES (PERIM *et al.*, 2008).

Os autores fizeram uma relação de benefícios que o SIAMed proporcionou ao curso. O projeto foi capaz de reunir, em torno do mesmo projeto, os vários agentes sociais envolvidos no processo formativo, das comunidades acadêmica e local. Aproximou docentes entre si e com a coordenação, ao proporem sugestões, críticas e contribuições teóricas e conceituais sobre cada instrumento e indicador. Ampliou-se o conhecimento de todos os agentes sobre o projeto pedagógico do curso, sobre as DCN, sobre os procedimentos acadêmicos, administrativos e operacionais. A discussão sobre a construção de indicadores permitiu reunir várias opiniões dispersas em categorias, que, depois de sistematizadas, começaram a ter significado para os participantes. Essa fase também permitiu que fossem conhecidos ou sedimentados os conceitos educacionais que permeiam o processo formativo, como competências, habilidades, currículo integrado, interdisciplinaridade, integração entre ensino e serviço, educação permanente, mundo do trabalho, humanização e cidadania. A ampla divulgação da execução do processo e a comunicação dos resultados também proporcionou uma valorização do sistema de avaliação e do curso como um todo (PERIM *et al.*, 2008).

Entre as dificuldades enfrentadas pelo SIAMed, os autores elencaram, como principais, a falta de tempo, compromisso e participação do corpo docente. Mesmo envolvendo uma grande quantidade de professores, uma parcela significativa não demonstrou interesse ou envolvimento. Outro ponto foi a desconfiança e o temor de explicitar as questões consideradas críticas. A dificuldade de contato com os ex-alunos tornou-se problema na medida em que limitou o conhecimento da situação dos egressos. Problemas de gestão administrativa e de sobrecarga de atividades fizeram o projeto perder força. A resistência às mudanças em setores que supostamente atendiam bem ao curso,

²¹ O Teste do Progresso é uma avaliação cognitiva sem caráter de seleção ou classificação, constituído de uma prova institucional que avalia, individualmente, se o ganho de conhecimento por parte do estudante está sendo contínuo e progressivo. Esse teste situa o estudante em seu processo evolutivo de ensino-aprendizado e permite à instituição realizar o diagnóstico de suas deficiências ao longo da estrutura curricular (BICUDO *et al.*, 2008, p. 15).

como o internato médico, também foi motivo de discussões, especialmente sobre a inclusão de cenários externos ao hospital (PERIM *et al.*, 2008).

A proposta da UEL é bastante complexa e exaustiva, mas, ao mesmo tempo, representativa e abrangente. Uma característica importante é a maneira como o sistema foi construído, coletivamente, e envolvendo todos os agentes sociais da instituição e fora dela, aproximando-a da sua função social. A pretensão de construir um sistema de avaliação próprio, para se adaptar à realidade local, permite uma análise mais precisa das potencialidades e dificuldades do curso, pois não enfrenta as limitações de ajuste dos modelos impostos ou criados para outras realidades.

A última proposta de avaliação é o Exame do CREMESP. O exame começou a ser aplicado em 2002, de forma experimental, mas a partir de 2007 houve um ganho qualitativo, em participação dos egressos e nível de adequação da dificuldade, o que permitiu uma avaliação com significância estatística e perfil científico.

Ele aborda, exclusivamente, o desempenho dos estudantes egressos dos cursos de Medicina do Estado de São Paulo e tornou-se obrigatório em 2012, mas não restringe o acesso à inscrição no conselho daqueles que não atingiram a média satisfatória na prova. Revela-se muito mais como denúncia da qualidade da formação das escolas médicas do Estado do que instrumento de avaliação. Ele não tem características de sistema com pretensão de abranger todos os aspectos do processo formativo, mesmo assim, não deixa de ser relevante por ser promovido por instituição ligada à categoria profissional, com interesses diferentes dos outros sistemas de avaliação.

O CREMESP compartilha algumas bandeiras da classe médica, como a crítica à abertura de novas escolas médicas de forma desorganizada e privatizada, à ampliação do número de vagas nas escolas já instaladas, à importação de mão de obra médica de outros países, à facilitação de exames de revalidação de diploma de médicos formados no exterior e à distribuição geográfica irregular dos médicos de acordo com o desenvolvimento socioeconômico das regiões.

Em 2016, das 46 escolas médicas do Estado, 30 enviaram egressos para o exame do CREMESP. As 16 restantes ainda não haviam formado as primeiras turmas. De um total de 2.677 egressos que se submeteram ao exame, 56,4% não alcançaram a nota mínima. Ou seja, acertaram menos de 60% das 120 questões da prova. Nos últimos cinco anos do teste, ou seja, desde que se tornou obrigatório, com exceção de 2015, em todos os anos a média de reprovação foi superior a 50%. Na análise qualitativa do exame de 2016, as escolas privadas foram as que tiveram o maior índice de reprovação, 66,3%; as escolas públicas atingiram um índice de 37,8%. Quanto às áreas de conteúdo avaliadas,

as questões relacionadas à área de Saúde Pública e Epidemiologia foram as menos acertadas, seguidas da Pediatria e Obstetrícia. As questões de Ciências Básicas e Saúde Mental foram as mais acertadas.

A análise crua e limitada dos números poderia indicar três interpretações principais. A partir da porcentagem de reprovação, a primeira e mais óbvia é a de má qualidade do processo formativo da maioria das instituições. A segunda, é a constatação de que as escolas privadas enfrentam mais problemas de formação que as públicas e o elevado número de alunos das escolas públicas reprovados poderia refletir um sucateamento dessas instituições, achatadas pela dificuldade de captação de recursos ou pela ampliação do número de vagas, que diluem os recursos entre mais alunos. A terceira interpretação, relacionada às áreas de conteúdo, atenta para o fato de a área que mais se pretende fortalecer com as reformas das DCN 2001, a de Saúde Pública e Epidemiologia, ser a menos conhecida no exame.

Em seu Relatório do Exame 2016, o CREMESP ainda reforça três ideias implícitas: a de que o mercado de trabalho passe a exigir a participação no exame como critério de acesso aos programas de residência médica, ao listar as instituições que já praticam essa ideia; a de que outros Estados adotem a mesma prática de exames, ao apontar a quantidade de egressos de outros Estados que participaram do exame, provavelmente, pelo interesse em ter acesso aos programas de residência médica no Estado de São Paulo; e a de que a sociedade defenda um exame, aos moldes do realizado pela Ordem dos Advogados do Brasil - OAB, para testar os conhecimentos dos médicos antes de entrarem no mercado de trabalho.

O CREMESP cita no relatório uma pesquisa do Instituto Datafolha, de 2015, com a defesa da ideia de um exame de porta de entrada no campo médico por 94% dos entrevistados. Cita, também, como referência, a experiência dos Estados Unidos e Canadá, que possuem instituições independentes, como o *National Board of Medical Examiners*, que avaliam o conhecimento médico com a finalidade de seleção daqueles que podem exercer a profissão.

Por fim, o CREMESP propõe duas soluções para o problema dos baixos índices de aprovação. A primeira é disponibilizar cursos gratuitos, via *Internet*, àqueles que não obtiveram a nota mínima em exames anteriores. Os demais médicos e futuros médicos podem realizar o treinamento, mas a gratuidade do curso estende-se apenas aos alunos reprovados. A segunda proposta é intensificar os exames e expandi-los para os graduandos do 3º e 5º anos, com avaliações parciais do ciclo básico e clínico, respectivamente, similares ao Teste de Progresso.

A forma de avaliação promovida pelo CREMESP, parcial e interessada, apresenta mais visibilidade que as anteriores, porque as últimas restringem-se, quase exclusivamente, aos ambientes acadêmicos. A forma unidimensional do exame deixa transparecer a pretensão de querer moldar a consciência da população e dos estudantes para a culpa do Estado e dos próprios estudantes pela insuficiência da educação médica, ao reforçar um mecanismo punitivo e pouco educativo.

O exame aplicado pelo CREMESP simboliza um posicionamento oposto à parte das políticas educacionais e de saúde promovidas pelo governo, ao considerar que há a necessidade de mudanças nos processos formativos, mas essas não viriam pela expansão do número de vagas e de escolas. Não há debate sobre as outras dimensões dos cursos, como as instituições e o corpo docente, mas de maneira indireta, sustenta que não é possível manter um corpo docente qualificado no contexto da expansão do ensino superior.

Todas as propostas de avaliação da adequação das instituições às DCN 2001 obtiveram êxitos e frustrações e coletaram elogios e críticas. Claro está que não há tipo ideal de avaliação e que nenhuma escola conseguiu atingir o patamar desejado de adequação. Extraí-se daí a conclusão de que se fazem indispensáveis comissões permanentes de estudo sobre as mudanças pedagógicas, curriculares e estruturais nas IES, para atender às necessidades de alunos, docentes e da comunidade em que a instituição está inserida.

Findada a apresentação do processo de constituição histórica das DCN 2001 e das ocorrências relacionadas à implantação e avaliação das premissas defendidas por elas, passa-se, agora, ao desenvolvimento da resposta à questão principal da pesquisa: o modo como o PPP-FB está articulado com as propostas de uma nova educação médica, representadas pelas DCN 2001.

CAPÍTULO 3 - O PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA DA UNIOESTE - CAMPUS FRANCISCO BELTRÃO SOB A LUZ DAS DCN 2001

Neste terceiro capítulo, a análise estará debruçada sobre a articulação do PPP-FB com os referenciais maiores que o embasaram: as DCN 2001. Na primeira seção, serão demonstradas as ocorrências históricas e políticas, estaduais e regionais, que antecederam o funcionamento do curso, bem como as justificativas para a implantação, contidas no PPP-FB e fornecidas por pareceres emitidos por instituições autorizadas e outros agentes sociais. Na segunda seção, serão demonstradas as referências *filosófico-conceituais*, especialmente, aquelas contidas no perfil formativo do egresso. Essas orientações configuram-se em forma de eixos ou vetores estruturantes da redação de artigos, parágrafos e incisos dos documentos. Na terceira seção, serão apresentadas as escolhas dos referenciais *metodológicos* para a concretização da formação, mais especificamente, aqueles que se referem à organização curricular e às metodologias de ensino e aprendizagem. Na última seção, estarão colocadas as normas de ordem *técnico-administrativa*, cujo objetivo é instrumentalizar o funcionamento do projeto pedagógico.

Adverte-se que não é tarefa dessa pesquisa verificar a execução do PPP-FB. Portanto, não serão demonstrados resultados de medidas tomadas pela instituição ou colegiado, após a implantação do curso, salvo alguns exemplos com objetivo de enriquecer o debate, porém sem peso avaliativo²².

A primeira referência direta às DCN 2001 no PPP-FB está no item ‘II- Legislação suporte ao projeto pedagógico’, no subitem “Básica”. Nesse item, foram listadas as resoluções, decretos e leis que embasaram a redação do documento. Destacam-se a Resolução nº 4, de 07 de novembro de 2001, correspondente às DCN 2001; e o Parecer 1.333/2001, do CNE/CES do MEC, correspondente ao parecer que fundamenta as DCN 2001.

Além desses dois documentos, há outros menos específicos às escolas de medicina, como resoluções que determinam cargas horárias e duração de cursos de bacharelado presencial; definem o conceito de hora-aula; discorrem sobre o ensino de história e cultura afro-brasileira e cultura indígena; tratam das condições de acesso para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida; incluem na estrutura curricular a

²² A pesquisa, igualmente, não fez análise de como as DCN afetaram o ementário ou os planos de ensino das disciplinas. É um desejo do pesquisador realizar essa abordagem em outra fase de qualificação na pós-graduação.

disciplina de Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS; e expressam as políticas de educação ambiental.

3.1 Curso de Medicina no Sudoeste do Paraná: uma exigência social e política

Para entender de qual realidade concreta o PPP-FB emergiu, quais as justificativas para que existisse, quais os agentes sociais que o impactaram e em que poderia superar a realidade presente, fez-se necessário o conhecimento da própria história de requisição e mobilização para que o curso fosse instalado na cidade de Francisco Beltrão.

A primeira manifestação política de expansão da UNIOESTE no Sudoeste do Paraná está explícita nas Cartas do Sudoeste, documentos emitidos pela Associação dos Municípios do Sudoeste do Paraná - AMSOP, de quatro em quatro anos, desde 2002.

As declarações são elaboradas e assinadas por prefeitos e vereadores dos municípios da mesorregião Sudoeste Paranaense, que engloba as microrregiões de Capanema, Francisco Beltrão e Pato Branco, com o objetivo de manifestar as demandas locais aos candidatos ao governo do Estado do Paraná.

As Cartas do Sudoeste carregam consigo o peso dos anseios de aproximadamente 600 mil habitantes²³, uma vez que são redigidas por representantes eleitos por essa população. Além disso, autoridades e personalidades regionais consideram-nas como os mais importantes instrumentos de reivindicação política da região.

A primeira lista de solicitações tratava de questões de várias áreas de interesse, como saúde, comunicação, industrialização, agricultura, desenvolvimento regional, turismo, educação, transporte e segurança pública (AMSOP, 2002). Uma solicitação importante da Carta de 2002 era a construção e funcionamento de um hospital regional, demanda concretizada em 2010, com a fundação do Hospital Regional do Sudoeste Dr. Walter Alberto Pecóits - HRS, na cidade de Francisco Beltrão. O nome foi escolhido em homenagem ao célebre médico, ex-prefeito da cidade de Francisco Beltrão e ex-diretor da 8ª Regional de Saúde do Paraná²⁴.

A Carta do Sudoeste foi revisada em outras três oportunidades, sempre anteriores às eleições para Governador do Estado, nos anos de 2006, 2010 e 2014, com a inclusão

²³ Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo 2010. Disponível em: <<http://censo.ibge.gov.br>>.

²⁴ Regionais de Saúde são divisões territoriais do Estado que se constituem em instâncias intermediárias administrativas da Secretaria Estadual de Saúde, com autonomia relativa para desenvolver e interferir nas questões de saúde regionais. Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/rs/5_informacoes.htm>.

de novas demandas e a exclusão de demandas atendidas. No ano de 2006, está evidenciado o apoio explícito à criação de um curso de medicina na região, demanda que retornaria a fazer parte da lista no ano de 2010 (AMSOP, 2006).

Entre as cartas de 2006 e 2010, mais precisamente em agosto de 2006, a Faculdade de Pato Branco - FADEP enviou ao MEC uma proposta para a implantação de um curso de medicina na região, de financiamento privado (JORNAL DE BELTRÃO, 2007a). Salienta-se que, nesse momento, a Carta do Sudoeste não fazia distinção entre as modalidades de financiamento do curso e essa iniciativa foi apoiada pelos signatários.

Em 19 de agosto de 2010, a portaria nº 1.131/2010 da SESu do MEC indeferiu o pedido de abertura do curso da FADEP, baseada em vistorias realizadas *in loco*, em abril de 2009, e que julgaram insatisfatório o padrão de qualidade da instituição para cursos de medicina²⁵ (BRASIL, 2011).

Em 17 de setembro de 2009 foi levantada a questão sobre a viabilidade da implantação de um curso de medicina na cidade de Francisco Beltrão, em uma reunião do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social de Francisco Beltrão - CONDEF, grupo organizado pela Associação Empresarial de Francisco Beltrão - ACEFB, cujo objetivo é fomentar o desenvolvimento econômico e social da região, na presença do magnífico reitor da UNIOESTE, Alcibiades Luis Orlando. Naquela oportunidade, a recomendação da autoridade máxima da UNIOESTE foi para que fossem apresentadas propostas sólidas e arrojadas e que a demanda envolvesse as lideranças e a sociedade como um todo (PEDRON, 2011).

Em 04 de maio de 2010 foi protocolado, junto à Secretaria da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior - SETI-PR, o ofício para que fosse elaborado um estudo da viabilidade do curso de medicina no *campus* de Francisco Beltrão, pelo ex-deputado estadual Luiz Fernandes Litro, cuja base eleitoral é a cidade de Dois Vizinhos, situada na microrregião de Francisco Beltrão (JORNAL DE BELTRÃO, 2010a).

Em 09 de julho de 2010 foi reunida uma comissão, formada por empresários, lideranças políticas e gestores das áreas de saúde e educacional, a fim de mobilizar a sociedade civil e iniciar uma campanha unificada em favor do curso de medicina em Francisco Beltrão²⁶. Após a reunião, foram distribuídos adesivos e panfletos com o

²⁵ Esse fato parece desarticulado com o tema da pesquisa, mas a frustração com a negativa dos vistoriadores ao curso de medicina na FADEP pode ter alavancado a candidatura do curso de medicina da UNIOESTE e contribuído para uma mobilização mais concentrada da sociedade pela demanda de um curso de medicina na região.

²⁶ Nessa data, participaram da reunião representantes da ACEFB; da Prefeitura Municipal de Francisco Beltrão; da 13ª e da 14ª Associações das Câmaras de Vereadores do Sudoeste do Paraná - ACAMSOP 13 e ACAMSOP 14, que correspondem às microrregiões de Francisco Beltrão e Pato Branco,

slogan: “Medicina na Unioeste, uma causa do Sudoeste” (JORNAL DE BELTRÃO, 2010c).

Entre as justificativas para a criação do curso de medicina, estava a dificuldade de contratação de médicos para trabalhar no recém-inaugurado HRS, que tinha como propósito atender toda a região (JORNAL DE BELTRÃO, 2010b). Além disso, nessa ocasião, a 8ª Regional de Saúde do Paraná, cuja sede está localizada na cidade de Francisco Beltrão, contava com uma relação de 0,78 médicos para cada grupo de 1.000 habitantes, o que foi considerado abaixo da realidade de outras regiões do Paraná, com uma desigualdade de índices superior a 70%, em algumas comparações (UNIOESTE, 2013). Concluiu-se que essa situação apontava para a necessidade urgente de suprir a lacuna de novos postos de trabalho, a partir da formação de novos profissionais.

Esta configuração do cenário do Sudoeste aponta uma necessidade emergente e urgente de suprir esse espaço aberto, quer na formação de novos profissionais, quer no atendimento das demandas de saúde regional. A implantação do Curso de medicina além de proporcionar o fortalecimento da área das Ciências da saúde no desenvolvimento da pesquisa, bem como as atividades de ensino e extensão, proporcionará uma vantagem expressiva na oferta de médicos. Evidencia-se, portanto, que a implantação do curso de medicina na região Sudoeste do Paraná, proporcionará uma melhoria no número de médicos para esta região (UNIOESTE, 2013, p. 5).

Outra justificativa residia na discrepância existente entre a expressiva importância social e econômica da região Sudoeste para o Estado e o IDH inferior à média do Paraná.

De fato, o IDH médio da mesorregião Sudoeste Paranaense apresentava, em 2010, um índice de 0,710, enquanto o Estado do Paraná apresentava 0,749 (PARANÁ, 2011a).

Como observado no primeiro capítulo, uma das dimensões que compõem o IDH é a escolaridade, que considera a quantidade de anos frequentados na escola e a expectativa de anos de escolaridade, ou seja, a possibilidade dos indivíduos de frequentarem a escola. Quando considerada apenas a dimensão educacional do IDH, a distância era ainda maior, com a região Sudoeste demonstrando um índice de 0,620 e o Estado do Paraná de 0,668 (PARANÁ, 2011a). Assim, estabeleceu-se que a oferta de novas vagas contribuiria para a redução dessa desigualdade e para o desenvolvimento regional.

respectivamente; da AMSOP; da Associação Regional de Saúde do Sudoeste do Paraná - ARSS; da 8ª Regional de Saúde do Paraná; do Conselho Regional dos Secretários Municipais de Saúde - CRESEMS; do HRS; e da própria UNIOESTE - *Campus* Francisco Beltrão (JORNAL DE BELTRÃO, 2010c).

Articulada com a primeira e a segunda justificativas estava a de que o Sudoeste Paranaense é a região que oferecia a menor quantidade de cursos de graduação por habitantes, quando se tratava de educação superior pública, com cerca de um curso para cada grupo de 73.171 habitantes. Enfatizou-se a defasagem da oferta perante outras regiões, como a Oeste, cuja cidade mais populosa é Cascavel, e que mantém um curso para cada grupo de 32.427 habitantes.

Essa justificativa pode ser considerada fraca e parcial, pois a estatística mencionada considerou a relação entre a totalidade dos cursos de graduação e a população de cada região, mas desconsiderou as necessidades qualitativas das regiões. Obviamente, foi a relação de médicos por habitantes que acrescentou força a esse argumento e ajudou a legitimá-lo.

Um ponto de consenso da comissão pró-curso, e de particular interesse a esta pesquisa, foi a estratégia de promover a ideia de expandir o número de vagas do curso de medicina da UNIOESTE - *Campus* de Cascavel, que já existia desde 1995, para Francisco Beltrão, o que facilitaria o processo de instalação²⁷.

Em contraposição à proposta de um novo curso de medicina, sempre recaíram críticas por parte da Associação Médica do Paraná - AMP e de outros órgãos de representação da classe médica, como o CFM e a AMB (JORNAL DE BELTRÃO, 2007b). Como já observado no primeiro e segundo capítulos, tais órgãos relatavam não ser possível assegurar que a simples existência de um curso de medicina favoreceria a permanência dos egressos em determinada cidade ou região. Para eles, fatores como desenvolvimento econômico, infraestrutura e mercado são mais influentes na escolha do local de fixação dos médicos.

Outra posição contrária foi a de estudantes e lideranças do curso de medicina da UNIOESTE - *Campus* de Cascavel, que alegaram que havia deficiências de infraestrutura naquele curso já existente, como falta de professores, material didático e laboratórios, e que seria uma irresponsabilidade estender novas vagas pelo risco da diluição de recursos e precarização do aprendizado (VICARI, 2011a).

As críticas a esse tema teriam algum fundamento, pois em 2017, quinto ano de existência do curso de medicina de Francisco Beltrão, por alegada falta de estrutura, os estágios do internato em Pediatria ocorreram no Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HUOP, mantido pela UNIOESTE, sede hospitalar do curso de medicina de

²⁷ Esse assunto será retomado com maiores detalhes na seção seguinte, quando serão abordadas as facilidades e as dificuldades inerentes ao processo de expansão de vagas na UNIOESTE e o impacto delas nos PPP dos cursos.

Cascavel, diluindo o número de leitos por aluno, e tornando precário, de certa forma, o aprendizado dos alunos de ambos os cursos (PEREIRA, 2017).

Em 29 de setembro de 2010, o Conselho do *Campus* da UNIOESTE - Francisco Beltrão, coordenado por José Maria Ramos, ex-diretor de *campus*, de forma unânime, acenou favorável à recepção do curso na cidade (UNIOESTE, 2010a).

Em 11 de novembro de 2010, uma reunião extraordinária do Conselho Universitário da UNIOESTE - COU foi realizada e, após a votação de 36 conselheiros, a proposta de expansão de quarenta vagas do curso de medicina, do *campus* de Cascavel, para implantação no *campus* de Francisco Beltrão foi aprovada com 33 votos favoráveis, dois contrários e uma abstenção (UNIOESTE, 2010b; JORNAL DE BELTRÃO; 2010d).

Chama a atenção o intervalo de apenas seis meses entre a entrega do ofício para o estudo de viabilidade junto à SETI-PR e a aprovação no COU. Outra informação que aponta para a celeridade da discussão sobre a demanda foi o fato da SETI-PR ter emitido a Resolução nº 263/2010 no dia 10 de novembro de 2010, ou seja, no dia anterior à reunião do COU. A resolução que autorizava a constituição de um grupo de trabalho com o objetivo de estudar a viabilidade de implantação do curso de medicina no *campus* de Francisco Beltrão seria publicada no Diário Oficial do Paraná nº 8344, no dia 17 de novembro de 2010 (PARANÁ, 2010).

Aqui, reside um ponto de debate importante. A aceleração da aprovação do curso no COU põe em dúvida a legitimidade do estudo de viabilidade realizado pela UNIOESTE e pela SETI-PR.

Em tão pouco tempo de análise, o relatório emitido pela UNIOESTE e pela SETI-PR seria capaz de dimensionar todas as variáveis envolvidas na criação de um curso de medicina? Foram consideradas as possíveis dificuldades envolvidas na contratação de docentes, na viabilidade de leitos, materiais didáticos, laboratórios e ambulatórios? Foram estudadas com profundidade as DCN e as exigências delas? Foram consultados os gestores locais em saúde quanto aos possíveis convênios entre os serviços de saúde e a universidade? Havia viabilidade financeira para manter o curso funcionando?

Essas questões tornam-se pertinentes à medida que é possível identificar, na atualidade, as dificuldades do curso em disponibilizar os estágios obrigatórios dos anos finais; em encontrar professores para preencher o quadro de docentes; e em financiar a compra de livros para a biblioteca (JORNAL DE BELTRÃO, 2017; PEREIRA, 2017; TESSER, 2017).

Para complementar, a respeito das contratações de médicos para os cargos de professor observadas no curso, uma constatação evidente é a resistência à adesão dos

médicos da região à docência. Há muitos processos seletivos e concursos em que algumas disciplinas não encontram professores para ministrar suas aulas, apesar da oferta existente de potenciais candidatos (Anexos 1, 2 e 3).

Como exemplo, no Processo Seletivo nº 03/2014, para a disciplina de Prática Médica Integrativa, cujo requisito mínimo era a graduação em Medicina, para as seis vagas ofertadas, apenas três pessoas se inscreveram (UNIOESTE, 2014b). Em 2015, no Processo Seletivo nº 02/2015, novamente, a disciplina de Prática Médica Integrativa ofertou seis vagas, cinco pessoas foram inscritas, mas apenas três vagas foram preenchidas. Na mesma seleção, a disciplina de Pediatria ofertou três vagas, mas apenas duas candidatas inscreveram-se e apenas uma foi contratada. Não houve inscritos para as disciplinas de Angiologia, Gastroenterologia, Hematologia e Reumatologia (UNIOESTE, 2016a). No Processo Seletivo nº 01/2016, novamente, são ofertadas vagas para as disciplinas de Gastroenterologia, Hematologia, Medicina Legal e Pediatria e não houve candidatos inscritos. Por motivos desconhecidos, os médicos locais não têm interesse na docência ou, quando têm, não se inscrevem nos exames de seleção (UNIOESTE, 2016c).

As adversidades relatadas podem ser consideradas imprevisíveis por algumas pessoas, uma vez que se espera dos relatórios uma avaliação criteriosa quanto as potencialidades dos recursos pré-existent para o cumprimento de todas as questões. Certamente, um debate mais aprofundado, com mais tempo de estudos, evitaria notícias como as citadas acima. Um fator agravante é o fato de a aprovação ter o respaldo de câmaras técnicas de análise, cujas recomendações poderiam apontar os possíveis problemas nessa etapa do processo.

Como denuncia Kramer (1997), as dificuldades encontradas na abertura de novas escolas ou cursos residem em questões de caráter político e na falta de um debate amplo e organizado de setores e categorias profissionais de diferentes níveis (professores e pesquisadores) e de todos os interessados nessa questão.

[...] a prática pedagógica não é transformada com base em propostas bem escritas; necessariamente, a transformação exige condições concretas de trabalho e salário e modos objetivos que operacionalizem a ampla participação na produção da proposta, de compreensão e de estudo, muitas vezes necessário, de confronto de ideias, de tempo para a tomada de decisões organizadas (KRAMER, 1997, p. 16).

Após a aprovação pelo COU da UNIOESTE, a questão retornou à tramitação na SETI-PR e precisava ser considerada viável pela secretaria, para que o curso fosse autorizado pelo Governador Carlos Alberto Richa. A partir desse ponto, houve um forte movimento de pressão política. Primeiramente, para que a SETI-PR fosse favorável ao

curso e, em seguida, para o aval final do governador. Diversas autoridades políticas, entre deputados estaduais, deputados federais e líderes do governo na Assembleia Legislativa do Paraná, de diversos partidos políticos de situação e de oposição, posicionaram-se favoráveis à criação do curso. Esse posicionamento de cooperação entre políticos de diferentes matizes foi exaltado pela mídia e considerado um marco na política local (VICARI, 2011b).

Apesar da incerteza sobre o desfecho final da demanda, em 1º de agosto de 2011, o prefeito de Francisco Beltrão na época, Wilmar Reichembach, anunciou o Projeto de Lei nº 058/2011, que tratava da aquisição de um terreno no bairro Água Branca, com 76.174,00m², próximo ao HRS, com custo de aproximadamente 1,5 milhão de reais, para as futuras instalações do curso de medicina. A Câmara de Vereadores, no dia 22 de agosto de 2011, aprovou o projeto por unanimidade; e, em 30 de outubro de 2011, a Câmara de Vereadores aprovou a doação do terreno para o Estado do Paraná, para utilização pela UNIOESTE (PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCISCO BELTRÃO, 2011).

Em 23 de novembro de 2011, o governador Carlos Alberto Richa retornou a Francisco Beltrão e, em sessão no auditório da UNIOESTE, confirmou a autorização para o curso de medicina como extensão de vagas do curso de Cascavel, ao assinar o Decreto Estadual nº 3.320, publicado no Diário Oficial nº 8.595, em 24 de novembro de 2011 (PARANÁ, 2011b).

O primeiro vestibular ocorreu em 29 e 30 de julho de 2012; os primeiros professores foram contratados pelo 32º Concurso Público para Docentes da UNIOESTE, realizado nos dias 11, 12 e 13 de dezembro de 2012; e as aulas da primeira turma começaram em 21 de fevereiro de 2013. Ainda em 2013, iniciaram as obras de construção das instalações dos novos cursos da área de saúde, Medicina e Nutrição, no terreno doado pela prefeitura. Na presente data, as aulas já estão ocorrendo nessa nova locação.

Percebe-se que o curso de medicina da UNIOESTE - *Campus* Francisco Beltrão surgiu das insatisfações da sociedade local, em especial, com a comparação entre os índices de desenvolvimento entre regiões do Paraná, sobretudo com a relação médico por habitantes, IDH e quantidade de vagas na educação superior pública.

É importante destacar a mobilização dos agentes sociais: a sociedade civil, a mídia, a classe política e as instâncias técnicas das áreas de saúde e educacional, reunidas e canalizadas para a satisfação de uma demanda que atendia aos interesses de uma população majoritária representada por eles.

Pode-se afirmar que uma forte carga de variáveis externas ao âmbito da universidade ajudou a construir o curso de medicina. Esses fatores podem ser

considerados uma ingerência, por parte da sociedade, especialmente, da classe política, nos assuntos acadêmicos e de gestão em saúde. Contudo, também podem ser considerados uma modalidade de integração entre comunidade e universidade, uma das funções sociais que as instituições escolares devem cumprir.

A resposta a essa dúvida fica comprometida pelo pouco tempo de existência do curso, pois somente após as primeiras turmas formadas e a mensuração do retorno do investimento é que ela poderá ser respondida. Porém, desde já, não se pode desmerecer o envolvimento dos agentes sociais, de várias camadas da sociedade, e a potencial capacidade transformadora de um curso de medicina instalado na região.

O vetor positivo da intencionalidade do curso de medicina foi o compromisso de devolver saúde, desenvolvimento e educação à população, propalado pelos órgãos de comunicação. Nesse nível de informação, as promessas de melhora podem não se apresentar de forma clara e objetiva à mente de quem as escuta.

Para tornar as promessas mais palpáveis, o PPP-FB traz, no subitem ‘Histórico’, as conquistas do curso de Cascavel e as deixa transparecer como metas alcançáveis para o de Francisco Beltrão.

Assim, a experiência multicampi da Unioeste, a superação de obstáculos visualizados na trajetória de mudanças percorrida para a implantação e consolidação do Curso de Medicina no campus de Cascavel e a decorrente experiência acadêmica, favorecem uma articulação cooperativa e passam a orientar através do diálogo contínuo, a criação do Curso de Medicina no campus de Francisco Beltrão, cuja organização curricular segue um modelo já vigente e é a apresentada neste projeto (UNIOESTE, 2013, p. 11).

No PPP-FB são enumeradas essas conquistas de Cascavel, como a transformação do hospital regional em hospital universitário, em 2000; a criação do Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas e o início do Programa de Residência Médica, em 2004; a construção de anexos ao hospital para abrigar as áreas administrativas, as salas de aulas e os laboratórios, incluindo o Laboratório de Habilidades, no período de 2004 a 2007; a inauguração do Ambulatório do Curso de Medicina, em 2006; a conceituação satisfatória em avaliações do MEC, tanto dos alunos quanto dos docentes e da infraestrutura, em 2002, 2003 e 2010; e a criação da Direção Pedagógica no HUOP, em 2010 (UNIOESTE, 2013).

Com o ponto de partida e os objetivos sociais definidos, a próxima etapa do processo de constituição do PPP-FB é a elaboração e implantação propriamente ditas. Na seção seguinte, serão evidenciadas as condições e pré-requisitos para a existência do PPP-FB e, na sequência, serão demonstradas as características textuais dele.

3.1.1 PPP-FB: uma existência sem escolhas?

A primeira informação relevante para entender a dimensão pedagógica do PPP-FB é quanto à organização da UNIOESTE como instituição de educação superior, de categoria administrativa pública estadual, com múltiplos *campi*. Situada integralmente no Estado do Paraná, a sede principal está localizada na cidade de Cascavel, mas há sedes secundárias nas cidades de Foz do Iguaçu, Francisco Beltrão, Marechal Cândido Rondon e Toledo.

A segunda informação relevante, relacionada à primeira, está na dependência do curso de medicina do *campus* de Francisco Beltrão ao curso de medicina do *campus* de Cascavel. Como observado antes, o primeiro surgiu como expansão de vagas do segundo. Assim, os PPP de ambos os cursos, por regras institucionais, precisam manter entre si, necessariamente, uma relação de profunda similaridade.

Para exemplificar, no artigo 9º, da Resolução nº 092/2016 do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da UNIOESTE - CEPE, de 30 de junho de 2016, estão previstas as características a serem respeitadas pelos PPP dos cursos cujas vagas são expansão de cursos de outros *campi*.

Art. 9º Na elaboração do Projeto Político-Pedagógico, nos casos previstos nos incisos III e IV do artigo 7º, as áreas, matérias e disciplinas de *formação geral* devem ser idênticas ou equivalentes às dos cursos existentes, conforme a resolução vigente das Diretrizes de Ensino de Graduação da Unioeste (UNIOESTE, 2016b, grifo nosso).

Nos PPP da UNIOESTE, a expressão “formação geral” refere-se às disciplinas que compõem o núcleo básico da formação; no caso da Medicina, correspondem ao chamado ciclo básico²⁸ (UNIOESTE, 2014a). Essas disciplinas devem manter-se idênticas ou equivalentes às do curso de Cascavel, em ementa e conteúdo.

Há, ainda, disciplinas de formação diferenciada, que compreendem as ênfases, linhas de formação específica ou habilitações (UNIOESTE, 2014a). Pode-se afirmar que essas são modulares, podendo ou não estar presentes, conforme as necessidades do curso. São as disciplinas do chamado ciclo clínico ou profissional e correspondem, geralmente, às especialidades médicas.

²⁸ Disciplinas de formação geral dos cursos de medicina da UNIOESTE: Anatomia Humana; Biofísica; Biologia Celular, Tecidual e do Desenvolvimento Humano; Bioquímica; Farmacologia; Fisiologia Humana; Genética Humana; Microbiologia; Imunologia; Parasitologia; e Língua Brasileira de Sinais.

Destacam-se entre elas, as disciplinas Prática Médica Integrativa I, II, III e IV, cuja pretensão é a inserção precoce do graduando no ambiente de trabalho e promover a integração entre universidade e serviços de saúde.

As disciplinas de formação geral e diferenciada, juntamente com o Estágio Supervisionado (internato médico); o Trabalho de Conclusão do Curso - TCC; e as Atividades Acadêmicas Complementares, essas últimas definidas como atividades que ampliam e diversificam a formação no curso; compõem o quadro de atividades e a totalidade das cargas horárias as quais os acadêmicos deverão ser submetidos.

O artigo citado acima é claro. Não há espaço para modificações na estrutura das disciplinas de formação geral. Com relação às de formação diferenciada, o PPP de Francisco Beltrão poderia tê-lo feito, mas não procedeu a nenhuma mudança. O ementário das disciplinas, tanto gerais quanto diferenciadas, também foi mantido.

Na mesma resolução do CEPE, encontra-se o artigo 8º, que discorre sobre como deve ser o início do processo de expansão de vagas: “Art. 8º A solicitação de expansão de vagas inicia-se com o protocolo do PPP ao Conselho de Centro, com posterior apreciação e aprovação do Conselho de Campus afeto” (UNIOESTE, 2016b, p. 3).

Entende-se que, para iniciar o processo de expansão de vagas, é necessário que o PPP seja protocolado ao Conselho de Centro e depois apreciado e aprovado pelo Conselho do *campus* do curso subordinado. Observa-se, portanto, que o PPP é pré-requisito para admissão da demanda de constituição de um curso na instituição, quando se trata de expansão de vagas.

Os dois artigos deixam transparecer a fragilidade do PPP-FB como documento democrático e lhe conferem, burocraticamente, a posição de mera certidão para obtenção de outorga. Somados à urgência em implantar o curso, ajudam a explicar a necessária relação de similaridade entre os PPP. Juntos, burocracia e pressa, removeram a fertilidade que o documento poderia conter.

A relação de dependência de um curso ao outro revelou-se ambivalente. Ao mesmo tempo que a submissão garantiu agilidade na conclusão do processo de implantação do dependente, na mesma intensidade, desconsiderou as vozes daqueles que o vivenciam, por se tratar de um documento que atende aos interesses de um outro coletivo. Esse fato fere dois dos princípios elementares dos projetos político-pedagógicos, quais sejam: atender ao coletivo a que servem e a negação à generalização ou à prescrição de valores de um coletivo a outro.

Embora haja semelhança entre os PPP, nesse ponto, a pesquisa faz-se abrangente, ao permitir a ampliação do estudo das partes do PPP do curso de Cascavel que tangenciam

o PPP-FB. Com relação ao texto referente aos pressupostos teóricos da organização curricular, aquele que mais o aproxima das DCN, o documento elaborado para o curso de Francisco Beltrão é uma cópia fiel das últimas revisões daquele construído para o curso de Cascavel em 2005, 2007 e 2012.

Apesar de tamanha correspondência, é possível identificar algumas diferenças entre os dois textos. As mais significativas estão no item ‘III - Organização didático-pedagógica’, nos subitens Justificativa e Histórico, já abordados na seção anterior. No primeiro, constam as insatisfações da sociedade com a insuficiência de médicos, o baixo índice de desenvolvimento econômico e social e a escassez de vagas para educação superior pública. No segundo, há um curtíssimo relato dos fatos que antecederam a autorização do governador para que as vagas fossem expandidas, em 23 de novembro de 2011. Outra diferença maior pode ser encontrada nas leis de autorização dos dois cursos, que constam no item ‘II - Legislação suporte ao projeto pedagógico’. No PPP-FB constam os atos de autorização do novo curso, já citados acima.

O PPP do curso de Cascavel é mais extenso e possui, de forma exclusiva, os itens ‘Quadro de Equivalências’, que lista as cargas horárias mínimas exigidas para a equivalência de disciplinas na hipótese de transferência de alunos de outras instituições para a UNIOESTE; e ‘Corpo docente existente e necessário’, que contempla as listas dos docentes atuais e a dos cargos a serem preenchidos. A relação de ‘Recursos existentes e necessários’ está completa no PPP-CVEL e vazia no PPP-FB. Nesse último, estão apenas descritas as necessidades do curso para o primeiro ano de funcionamento, detalhadas em um anexo, com uma planilha orçamentária.

Por fim, além dessas diferenças maiores, encontram-se outras menores, em especial, a substituição de termos ou nomes que remetem ao curso de Cascavel por outros que representam o novo curso.

3.1.2 PPP-FB: estrutura textual

Quanto à estrutura, o texto do PPP-FB contém 66 páginas e é subdividido em 14 itens. O quadro 1 - Estrutura textual do PPP-FB demonstra o nome dos itens com uma breve descrição do conteúdo.

Quadro 1: Estrutura textual do PPP-FB

Item	Conteúdo
I - Identificação	Traz informações administrativas, como número de vagas, carga horária total, turno, modalidade bacharelado, tempos máximo e mínimo e o ano de implantação.
II - Legislação suporte ao projeto pedagógico	Lista as legislações que embasaram a criação, a autorização e o reconhecimento do curso de Cascavel e a criação e a autorização do curso de Francisco Beltrão. Lista, também, as leis, decretos, resoluções e diretrizes que embasam a redação do currículo do curso.
III - Organização didático-pedagógica	Configura o corpo principal do PPP-FB e traz os elementos de concepção do curso e a aproximação com as DCN 2001.
IV - Desdobramento das áreas/matérias em disciplinas	Traz uma tabela com as disciplinas classificadas por áreas e as cargas horárias.
V - Distribuição anual das disciplinas	Traz uma tabela com as disciplinas divididas ao longo dos seis anos do curso, bem como as cargas horárias estratificadas (total, teórica e prática) e a forma de oferta (duração da disciplina).
VI - Carga horária do curso com desdobramento das turmas	Detalha as cargas horárias de cada disciplina e a carga horária de apoio didático.
VII - Plano de implantação	Aponta o ano de início da implantação do PPP-FB (2013).
VIII - Ementário das disciplinas	Traz as ementas de todas as disciplinas a serem ofertadas no curso.
IX - Descrição das atividades práticas	Descreve os locais, os objetivos e alguns pressupostos teóricos das atividades práticas.
X - Descrição do estágio supervisionado	Descreve os locais e os objetivos do estágio supervisionado.
XI - Descrição das atividades complementares	Descreve as atividades consideradas complementares como plantões do internato médico, monitorias,

	estágios extracurriculares, atividades de pesquisa e extensão, seminários, palestras, encontros, congressos, eventos em diversas áreas.
XII - Descrição da pesquisa e extensão no curso de graduação	Destaca a importância da pesquisa e extensão e a relação entre universidade e sociedade.
XIII - Recursos necessários e que serão implementados em 2013	Traz uma lista de necessidades do curso no primeiro ano de funcionamento, tais como corpo docente e técnico; laboratórios e biotério; e bibliografia.
XIV - Estrutura organizacional e física	Descreve a localização e a estrutura da nova sede dos cursos da área de saúde do <i>campus</i> .

Fonte: UNIOESTE (2013). Quadro elaborado pelo autor.

Destaca-se o item III, intitulado ‘Organização Didático-Pedagógica’, que se configura no corpo principal do texto e será o objeto principal de análise da pesquisa. Ele é dividido em subitens: Justificativa; Histórico; Concepção, finalidades e objetivos; Perfil do profissional - formação geral; Metodologia; Avaliação; Formas e organização do processo de auto avaliação do curso; e Formas de avaliação do processo de ensino e aprendizagem. Nos subitens Justificativa e Histórico são encontrados os antecedentes e ocorrências que conduziram à necessidade do curso de medicina na região, já debatidos na seção 3.1. Nos subitens restantes do item III são encontradas as aproximações e distanciamentos do PPP-FB com as propostas das DCN. Os itens ‘IX - Descrição das atividades práticas’, ‘X - Descrição do estágio supervisionado’, XI - Descrição das atividades complementares’ e ‘XII - Descrição da pesquisa e extensão no curso de graduação’ têm alguma relevância para a pesquisa pois trazem alguns elementos das DCN 2001, como a inserção precoce do graduando nos cenários da prática profissional e a interdisciplinaridade. Os itens não citados acima têm pouca relevância para a pesquisa, por apresentarem características, essencialmente, administrativas.

3.2 As referências *filosófico-conceituais* de uma nova educação médica

Ao final do trabalho de análise de conteúdo das DCN 2001 e do PPP-FB, foi possível perceber, ao longo de todo o texto, a forte presença de referências *filosófico-conceituais*, que se relacionam aos pressupostos filosóficos, políticos, econômicos, éticos, culturais, simbólicos e tecnológicos que permearam tanto a construção do perfil formativo

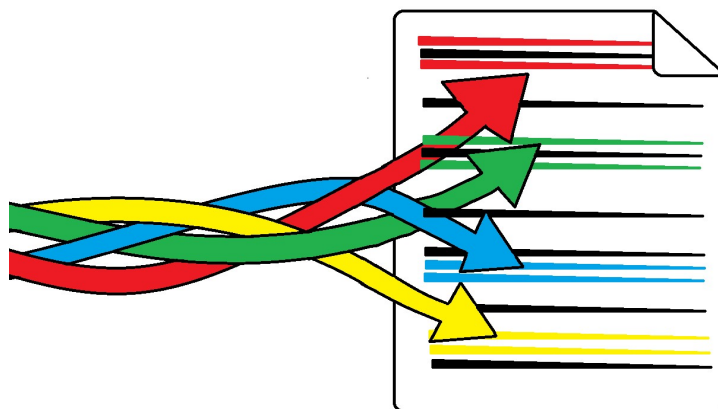
do egresso quanto das competências a serem assimiladas pelos graduandos no decorrer do curso.

A escolha do termo *filosófico-conceituais*, para dar nome a esse grupo de referências, baseou-se naquilo que os pressupostos têm em comum: a pretensão de consolidar princípios filosóficos e éticos, como o debate sobre a alteridade, a equidade, a autonomia, a interdisciplinaridade; e conceitos, como o de promoção da saúde, integralidade, saúde coletiva, medicina preventiva, gestão em saúde, comunicação em saúde, vulnerabilidade, entre outros.

Os pressupostos *filosófico-conceituais* foram divididos em quatro eixos ou vetores estruturantes que percorreram e transpassaram as seções, os artigos e os incisos das DCN 2001 e do PPP-FB. Essa divisão teve como fundamento a afinidade entre os temas sugeridos, pela aproximação observada no processo de construção histórica deles.

Na maioria das vezes, os eixos não se apresentaram isolados dentro de cada fragmento de texto. Eles se entrelaçaram e se afetaram mutuamente no processo de redação dos documentos (Imagem 3). Por esse motivo, o trabalho de isolá-los completamente em categorias tornou-se difícil devido ao alto grau de aglutinação dos assuntos neles inscritos. A resultante das forças dos vetores é o que conferiu a direção e o sentido desejados aos textos.

Imagem 3 - Representação gráfica dos eixos estruturantes *filosófico-conceituais*



Fonte: Própria (2018).

O eixo principal é o de *promoção da saúde* e trata das determinações sociais do processo de saúde-doença e dos novos conceitos de saúde pública. Esse eixo foi considerado principal por fazer a ligação com a finalidade elementar da reforma curricular, a transformação do sistema de saúde. Ele tem intensidade suficiente para

orientar o sentido dos outros eixos. O segundo eixo, identificado como *econômico-político*, trata das relações entre o mercado de trabalho e o perfil formativo do médico. No eixo *ético-cultural* estão as questões do pluralismo cultural, da equidade e da comunicação em saúde. No último eixo, o *simbólico-tecnológico*, debate-se a autonomia do profissional de saúde e os interesses de poder escorados na atuação dele.

3.2.1 Eixo de *promoção da saúde*

O conceito essencial desse eixo, isto é, aquilo que lhe deu origem, é o de *promoção da saúde*, criado na Conferência de Alma-Ata, em 1988. Ele reúne os conceitos relacionados às propostas de romper com a prática médica tecnológica e especializada, cara e parcial; e de inaugurar um novo paradigma da medicina, centralizado na prática médica preventiva e generalista, mais barata e integral.

A fim de justificar a nomeação do eixo, apenas para relembrar de forma rápida, a *promoção da saúde* é definida por três competências do indivíduo: de buscar a *qualidade de vida*, com a saúde não mais como finalidade, mas como recurso aplicável à vida cotidiana; de identificar, compreender e controlar os fatores favoráveis ou prejudiciais ao seu bem-estar e ao da comunidade; e de minimizar o risco e a vulnerabilidade ao adoecimento.

É possível observar uma grande preocupação do conceito com os determinantes sociais de saúde, ou seja, com as características socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade que influenciam as condições de vida e o trabalho de todos os integrantes dela. Da mesma forma, demonstra uma preocupação com a medicina preventiva, com a saúde como um recurso que precisa ser preservado, inversamente, à percepção *curativista*, na qual ela é perseguida. As duas preocupações revelam a necessidade de compreender os indivíduos e os coletivos como um todo, atuando sobre os aspectos biológicos e os sociais, na perspectiva da integralidade. As estratégias principais para uma *promoção da saúde* estão na atenção primária, na formação de médicos generalistas e no PSF.

O artigo 3º da resolução das DCN 2001, definidor do perfil formativo do egresso, quando menciona a perspectiva da integralidade na abordagem aos indivíduos ou aos coletivos, demonstra, de forma clara, a importância das determinações sociais em saúde e a necessidade de essas estarem presentes, de forma transversal, em toda a prática médica:

Art. 3º 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, 2001d, p. 1, grifo nosso).

Da mesma forma, no PPP-FB, o parágrafo abaixo exemplifica a influência proporcionada pelo eixo de *promoção da saúde*.

O Curso de Medicina da Unioeste busca formar profissionais que sejam capazes de incorporar-se num sistema mais humanitário expresso por meio de *práticas sanitárias de prevenção e controle de doenças, intervindo sobre grupos populacionais e/ou indivíduos no atendimento de suas necessidades*. Para tanto, é necessário considerar o médico como agente transformador do processo de saúde, com formação generalista, crítica e reflexiva, com competência técnica, científica e política, baseada em princípios éticos (UNIOESTE, 2013, p. 12, grifo nosso).

O PPP-FB também se desloca para além dos determinantes e das necessidades sociais em saúde, ao entrar no debate entre a formação geral e generalista.

[...] Considerando a Constituição Federal que define “a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”; *acredita-se ser de responsabilidade do Curso de Medicina da Unioeste a contribuição para a formação de profissionais capazes de atuar no modelo assistencial em vigor o - Sistema Único de Saúde (SUS)* (UNIOESTE, 2013, p. 12, grifo nosso).

A frase “acredita-se ser de responsabilidade do Curso de Medicina da Unioeste a contribuição para a formação de profissionais capazes de atuar no modelo assistencial em vigor o - Sistema Único de Saúde (SUS)” demonstra a coerência do PPP-FB com o projeto de saúde estabelecido pelo Estado brasileiro, por meio da implantação do SUS e do PSF. Como citado ainda na Introdução dessa dissertação, “a um projeto de saúde pública e prática médica corresponderá um tipo de médico ideal a ser formado”. Para as DCN e para o PPP-FB, esse médico deve ser de formação generalista.

Como observado no primeiro capítulo, até o final do século XIX, a prática médica era caracterizada por uma abordagem generalista, mas devido à percepção de baixa efetividade dessa aproximação e às transformações científicas e tecnológicas da

medicina, a prática médica passou a uma abordagem especializada. A partir da década de 1950, começa-se a perceber que esse modelo *curativista* e especializado de medicina era insustentável economicamente (TEIXEIRA; EDLER, 2012; EDLER; FONSECA, 2006e; LALONDE, 1974; ANDRADE, 1979; CANADÁ, 1986; OMS, 1996; PADILHA; FEUERWERKER, 2002).

A proposta de mudança, portanto, está na conveniência da reafirmação de uma formação generalista, agora, assentada em duas causas. A primeira delas, relacionada à necessidade de reduzir a especialização do trabalho médico; e a segunda, à imposição de redução de custos dos sistemas de saúde, orientada, principalmente, por organismos internacionais como o FMI e o Banco Mundial.

Sobre a semântica no emprego das expressões formação geral e formação generalista, no parecer das DCN 2001, no item ‘Perfil do formando egresso/profissional’; observa-se a proposta de perfil formativo do novo médico: “Médico, com formação *generalista*, humanista, crítica e reflexiva [...]” (BRASIL, 2001d, p. 10, grifo nosso).

A palavra *generalista* foi revelada no ato constitutivo mais importante dessa resolução, com o intuito de marcar a clara intenção de ruptura com o modo como a prática médica estava dividida. Curiosamente, a palavra *generalista* só aparece nesse trecho do texto da resolução e do parecer das DCN 2001. Dada a importância da ruptura que se pretendia com a forma de organização da prática médica, a demonstração do significante apenas em uma única oportunidade causa certa estranheza.

No item ‘Princípios das Diretrizes Curriculares’, do parecer das DCN 2001, encontra-se a expressão formação geral, que não deve ser confundida com formação generalista.

Incentivar uma sólida *formação geral*, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa (BRASIL, 2001c, p. 2, grifo nosso).

A expressão formação generalista remete, exclusivamente, à formação médica não especializada e tem por objetivo se opor à prática dos especialistas. Formação geral é expressão que comporta mais conceitos em seu significado, ao ampliá-lo para além dos aspectos técnicos. A citação abaixo, extraída do ForGRAD (1999), é um exemplo de caracterização de uma formação universitária desejada e enseja os aspectos de uma formação geral.

A formação universitária, nesse contexto, deve ter por pressuposto que,

por trás das técnicas, vicejam projetos, estratégias de poder e interesses econômicos. É preciso que a comunidade científica se responsabilize pelos resultados do seu trabalho, construindo um espaço onde problemas éticos ou políticos não sejam tratados como problemas puramente técnicos.

Além do plano cognitivo-instrumental, em que a ação racional se faz dirigida a fins específicos, há que se incluir uma outra vertente no âmbito prático-moral e estético-expressivo. É preciso restaurar o debate público e, por conseguinte, o homem público, através da interação simbolicamente mediada em relações intersubjetivas, criando situações em que se revele o confronto da pluralidade de idéias e o respeito aos valores, configurando o caráter ético na tomada de decisões (FORGRAD, 1999, p. 7-8).

Para enfatizar a importância da aplicação correta dos dois termos, há mais um trecho da resolução das DCN 2001 que se reporta à formação geral, no artigo 5º, inciso VIII: “- reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua *formação geral*” (BRASIL, 2001d, p. 2, grifo nosso).

Provavelmente, nessa última citação, houve uma incoerência na utilização da expressão formação geral. Claramente, o inciso acima mencionado está relacionado à conduta recorrente da prática médica: o encaminhamento de pacientes que extrapolam às condições materiais de resolução do problema de um nível inferior de atenção para um nível superior. Essa prática é conhecida como “referenciamento”.

A frase estaria mais coerente com o seguinte texto: “o médico, ao reconhecer suas limitações (técnicas), deve encaminhar, adequadamente, os pacientes portadores de problemas (doenças) que fujam do alcance da sua formação *generalista*”. Se levar em conta os aspectos de uma formação geral, mesmo reconhecendo as limitações técnicas, restaria ao médico a empatia, o comprometimento, o respeito à autonomia, à ética etc. Nenhuma doença ou circunstância fugiria ou escaparia dessas competências.

Na atualização feita pela Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014, que institui as DCN 2014, no perfil formativo do egresso é possível observar a mudança da expressão *formação generalista* para *formação geral*, mais abrangente. Provavelmente, com o propósito de corrigir o emprego incorreto da expressão nas DCN 2001: “Art. 3º O graduado em Medicina terá *formação geral*, humanista, crítica [...]” (BRASIL, 2014b, p. 1, grifo nosso).

Conclui-se que o texto orientativo do PPP-FB está em consonância com o eixo de *promoção da saúde* e, por conseguinte, com as recentes políticas de saúde implantadas no Brasil. Além disso, ele está também coerente com as reivindicações de formação geral e generalista do egresso, o ideal de médico para atuar sob essas políticas.

É preciso lembrar que a aplicação do PPP-FB não é foco dessa pesquisa, portanto, a tradução, em práticas pedagógicas, da coerência entre o PPP-FB e as DCN 2001, quanto ao eixo de *promoção da saúde*, não foi mensurada.

3.2.2 Eixo econômico-político

Influências de origem *econômico-política* são percebidas nas DCN 2001 e no PPP-FB, como o conceito de produção de saúde, que abriga, sob a definição, a extensão das práticas médicas na estrutura capitalista; as competências que os trabalhadores em saúde necessitam para a gestão desse processo de produção; e a preponderância exigida, pelo mercado de trabalho, do aprendizado prático sobre o teórico, que se traduz em estratégias de ensino e aprendizagem articuladas com o conceito de *aprendizagem pelo trabalho*.

Motivada pelas crises de financiamento do setor, é possível perceber a preocupação dos relatores das DCN 2001 com a gestão do processo produtivo em saúde.

Na resolução das DCN 2001, os incisos do artigo 4º trazem os exemplos mais representativos dessa preocupação:

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o *uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho*, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas; [...]

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir *posições de liderança*, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve *compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz* (BRASIL, 2001d, p. 2, grifo nosso).

No PPP-FB, na seção de “formação diferenciada” do perfil do egresso, há algumas referências diretas ao eixo *econômico-político*, como nas competências abaixo descritas.

j) aplicar conceitos de *administração* nos serviços de saúde, tecnologia da informação e *gestão (liderança)*.

[...]

9. *Otimizar* o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;

[...]

16. Lidar criticamente com a *dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde*;

[...]

19. Considerar a *relação custo-benefício* nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população; (UNIOESTE, 2013, p. 14-16).

Tais competências²⁹, nitidamente, permitem inferir que a prática médica está inserida no modo de produção capitalista e que nele tem papel central.

Dessa afirmação, primariamente, sucede a expectativa de provocar o médico a enxergar-se como um operário da produção de saúde; ocupar-se das atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação; produzir o bem-estar individual e coletivo, distribuído para a sociedade, pela mediação de direitos adquiridos, e consumido pela sociedade, cujas necessidades precisam ser atendidas.

Secundariamente, no processo produtivo, ele precisa ser gerente e administrador, capaz de produzir saúde de maneira eficaz, segura e de qualidade; trabalhar e liderar equipes; considerar custos e benefícios; priorizar as demandas mais urgentes; aprender de forma continuada com as dificuldades enfrentadas e com os resultados obtidos; e criar soluções para os problemas com os recursos disponíveis. Deve considerar, também, como competências específicas: custo e efetividade, padrões de qualidade e segurança, priorização de problemas, uso apropriado da força de trabalho e interprofissionalidade. Além dessas competências objetivas, somam-se outras subjetivas, como: comprometimento, responsabilidade, empatia, criatividade, autonomia, desenvolvimento de pensamento divergente e de capacidade de comunicação. Em resumo, deixa-se transparecer que a pretensão é evidenciar o papel do “profissional” médico na estrutura capitalista.

Contudo, para além da intenção de suscitar uma mudança na forma como o médico percebe a sua atuação, omite-se nas DCN 2001 e no PPP-FB, deliberadamente ou não, a denúncia do caráter de reprodução da sociedade de classes da prática médica. Nessa perspectiva, ao selecionar áreas de concentração de pesquisa; ao atuar sobre a preservação dos níveis das forças produtivas, alargando a mais-valia; ao tornar-se mediadora na distribuição e consumo de tecnologias; e ao legitimar posições político-ideológicas na sociedade; a medicina representaria um aparato de manutenção da hegemonia das classes dominantes dos mais relevantes.

A partir dessa ótica é possível evidenciar contradições em determinadas políticas sociais que, travestidas de democratização do acesso à saúde, como a criação de um

²⁹ O conceito de competências e do currículo organizado por competências será discutido com mais profundidade na seção seguinte.

sistema amplo o bastante para atingir toda a população ou a interiorização da rede de atenção ou, ainda, a própria reforma curricular da educação médica, podem ocultar um interesse, puramente econômico.

Como afirmam Donnangelo e Pereira (1976, p. 29), “[...] a medicina tende a revestir-se mais facilmente de um caráter de neutralidade face às determinações específicas que adquire na sociedade de classes”. Fatores como os desenvolvimentos científico e tecnológico subjacentes à prática médica, ao fazerem crer em uma ciência exclusivamente a serviço da cura, e a própria história constitutiva da profissão, pré-existente ao modo de produção capitalista, ao fazer crer em uma autonomia frente à estrutura econômica e político-ideológica da sociedade, revestem a medicina dessa neutralidade.

Para os autores, para serem efetivas, as propostas de mudanças da prática médica e as de reformas curriculares deveriam, primeiro, romper com essa concepção de neutralidade para, em seguida, assentar as bases de uma nova formação. Donnangelo e Pereira (1976) prosseguem afirmando que essa tarefa é

[...] obviamente mais fácil de propor que de executar, mas cuja formulação, quando menos, torna-se necessária para orientar os limites modestos através dos quais se tentará identificar, para além da imediata função técnica da medicina, seu significado econômico, político e ideológico (DONNANGELO; PEREIRA, 1976, p. 30).

A predominância da prática sobre a teoria como elemento central no processo de aprendizagem é outra influência evidente do eixo *econômico-político* sobre os documentos. As iniciativas são de inserção precoce do graduando no mercado de trabalho, relacionadas à metodologia de *aprendizagem pelo trabalho*, com as estratégias de *interdisciplinaridade*, *integração ensino-serviço* e *diversificação dos cenários de aprendizagem* em diferentes tipos de complexidade e autonomia. Esse tema será aprofundado na seção seguinte.

Fica demonstrado o papel da economia sobre a prática médica, no gerenciamento de risco e benefício, na racionalidade da distribuição de recursos, nas tomadas de decisão, na liderança de equipes, no planejamento de políticas de saúde locais etc. Essas medidas estão coerentes com a necessidade do Estado provedor de reduzir custos com o sistema de saúde, devido à prática médica especializada e tecnológica. Decorre daí a importância de formar médicos capazes de atuar com competência gerencial e administrativa.

3.2.3 Eixo ético-cultural

A ampliação dos direitos sociais, proporcionada pela *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, amplificou a força e a voz de grupos identitários por direitos privados; incorporou e extrapolou a dimensão socioeconômica das lutas de classes sociais; e inaugurou o embate na esfera da dimensão cultural, como as lutas pelos direitos da mulher, das crianças, dos idosos, dos negros, da comunidade LGBT³⁰ etc. Todas essas reivindicações estiveram presentes em todo o século XX, intensificaram-se nas décadas de 1960 e 1970 e chegaram aos dias atuais. Novas identificações e comunidades são constituídas todos os dias, e com elas, novas demandas por direitos.

Se a ética é, dentre as muitas definições a ela dadas, a maneira que encontramos para conviver em harmonia; se, para convivermos de forma harmônica, são necessárias conceituações, valorações e escolhas que devem levar em consideração a presença e o reconhecimento do outro como portador de direitos estabelecidos por códigos elaborados por instituições justas; se estão inscritos na definição de ética o compromisso com a verdade e o dever social; e se o mundo contemporâneo é globalizado e pluricultural, justifica-se a presença dessas expressões para estruturar a convivência harmoniosa entre o médico e os diversos grupos culturais.

Já no perfil formativo do egresso é possível observar a forte presença de um eixo *ético-cultural*. No artigo 3º, da resolução das DCN 2001, destacam-se as palavras *humanista, crítica, reflexiva, princípios éticos, responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania*.

Art. 3º 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, 2001d, p. 1, grifo nosso).

O princípio ético e cultural fundamental na formação dos profissionais de saúde é o de equidade e o instrumento para a execução desse princípio, a comunicação em saúde.

A Lei Orgânica da Saúde de 1990, que instituiu a criação do SUS, tem a equidade

³⁰ LGBT é o acrônimo de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros. Fonte: Site Significados. Disponível em: <<https://www.significados.com.br/lgbt/>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

como princípio doutrinário. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme as necessidades que apresentar. O médico e os serviços de saúde devem considerar que existem grupos da população diferentes entre si e que cada grupo tem problemas específicos e modos próprios de viver, de adoecer e de satisfazer as próprias necessidades. A equidade admite que existam desigualdades (socioeconômicas, religiosas, de gênero), mas não admite a iniquidade, isto é, o atendimento diferenciado, por parte dos profissionais de saúde, a essas populações (ZIONI; ALMEIDA, 2008).

Ainda, as DCN e o PPP-FB esclarecem que a dimensão ética deve estruturar a convivência harmoniosa entre o médico e outros profissionais de saúde, nas equipes multidisciplinares. A causa da referência às equipes multidisciplinares está na preocupação em formar um quadro de profissionais para o trabalho no PSF, instituído em 1994 e, naquele momento, com uma grande projeção para se tornar uma política permanente de Estado.

No PPP-FB, o eixo *ético-cultural* está presente nos fragmentos de texto abaixo.

- 3. *Comunicar-se adequadamente* com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;
- 4. Informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando *técnicas apropriadas de comunicação*;
- [...]
- 21. Atuar em equipe *multiprofissional* (UNIOESTE, 2013, p. 15-16).

Está presente, também, em outros pontos específicos do PPP-FB, ao abordar as questões de acessibilidade, cultura afro-brasileira e indígena e ao tratar da inclusão da LIBRAS como disciplina da formação básica. Tais disposições legais são obrigatórias.

Todas essas orientações contidas no PPP-FB estão coerentes com o conceito de comunicação em saúde, derivado do debate sobre a equidade. A comunicação em saúde é o principal instrumento de ação do princípio da equidade. Comunicar-se bem exige linguagem clara, objetiva e deve conter significados comuns ao profissional de saúde e qualquer indivíduo. A comunicação cria um círculo virtuoso: para o médico, quando permite que relações de confiança sejam estabelecidas e contribuam para identificar causas, fazer diagnósticos precisos e discutir as soluções que se enquadrem ao estilo de vida da pessoa; e para o paciente, quando permite a compreensão do problema que enfrenta, das causas e consequências do prognóstico e da conduta a ser seguida, apoiada na segurança.

A comunicação ideal em saúde é definida como horizontal e compartilhada, pois

dispensa a verticalidade das imposições de diagnóstico e tratamento e promove a inclusão do paciente no processo de prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Desde o planejamento das ações, a execução e o aprendizado obtido pela equipe são compartilhados entre todos os profissionais envolvidos, em uma relação de reciprocidade. Tanto a horizontalidade quanto o compartilhamento poderão ser observados novamente em conceito a ser analisado na seção seguinte, a *interdisciplinaridade* (PELICIONI; PELICIONI; TOLEDO, 2008).

No saldo final, a beneficiária dessas premissas do eixo *ético-cultural* é a *promoção da saúde*, pois apenas com a compreensão e a reflexão dos fatos e com a tomada de decisões conscientes é que as pessoas mudarão os seus comportamentos frente à presença da doença e em direção da manutenção da saúde. Isso reforça a centralidade do eixo da *promoção da saúde* na redação dos documentos e o forte vínculo entre os dois vetores.

As questões éticas permeiam a prática médica cotidianamente. Os exemplos são infinitos, desde a simples orientação de uma consulta à definição da prioridade de atendimento em uma unidade de emergência, em casos de catástrofes. Isso ocorre porque o médico, mesmo em funções gerenciais, atua com e sobre outras pessoas. A questão, portanto, vai além da capacidade de comunicar-se, informar ou educar. A competência está na identificação do outro como sujeito participante dos processos e no respeito à autonomia nas escolhas conjuntas.

O PPP-FB fornece instruções metodológicas para o aprendizado da ética, nas disciplinas de Prática Médica Integrativa I, II, III e IV. Essas disciplinas têm por objetivo oportunizar o contato do aluno com o ambiente de trabalho dos serviços de saúde.

A formação ética e de cidadania: será abordado desde o primeiro até o último ano. Conteúdos éticos e de cidadania serão trabalhados com situações reais nas disciplinas de Prática Médica Integrativa I, II, III e IV, a qual desenvolverá 04 horas semanais na comunidade (UNIOESTE, 2013, p. 20).

Desenvolver o ensino da ética a partir de manuais ou códigos de Deontologia seria incoerente com os pressupostos apresentados pela nova educação médica. A decisão de aprimorar a competência ética em situações reais, dentro da comunidade, está em concordância com tais pressupostos, pois a diversidade de situações a que os alunos estariam expostos, aliada à boa prática por parte do preceptor, aparenta ser um caminho mais sólido para a aquisição dessa competência.

Para finalizar a discussão sobre o eixo *ético-cultural*, o artigo 10º, da resolução das DCN 2001, deixa claro o dualismo funcional da universidade e a necessidade de respeito às questões éticas e culturais.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Medicina para um *perfil acadêmico e profissional do egresso*. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um *contexto de pluralismo e diversidade cultural* (BRASIL, 2001d, p. 4, grifo nosso).

De um lado, a universidade contribui para o desenvolvimento tecnológico, formando quadros de trabalhadores e gerando conhecimento para os setores produtivos. De outro, ela está a serviço de uma concepção radical e universal da cidadania, pelo direito de todas as pessoas à vida digna (FORGRAD, 1999). As expressões acima legitimam a função social da universidade de promotora da cidadania universal e da cultura.

O PPP-FB também demonstra uma preocupação com a função da universidade e a assenta em dois grandes alicerces: a formação de recursos humanos e a produção de conhecimento por meio de pesquisa científica.

Uma das finalidades da Universidade Pública é a formação de recursos humanos e a produção de conhecimento por meio de pesquisa científica, de modo a atender as necessidades da sociedade onde está inserida, ao mesmo tempo em que contribui para a sua transformação.
[...] Seu objetivo é, portanto, promover a superação da visão restrita do mundo e a compreensão da complexidade da realidade, ao mesmo tempo, *resgatando a centralidade do homem como ser transformador e modificador*, que produz conhecimento de modo a permitir uma melhor compreensão da realidade e do homem como ser determinante e determinado. Deve superar a visão dicotômica entre teoria e prática (UNIOESTE, 2013, p. 12, grifo nosso).

A interpretação das citações acima permite concluir que o papel dos cursos de medicina é o de resgatar o lado social da medicina, há tanto perdido. Essa afirmação está coerente também com o eixo estruturante de *promoção da saúde*, que traz à tona as necessidades em saúde da sociedade e denuncia a visão fragmentada das especialidades médicas e de um modelo *positivista-curativista* de educação e pesquisa. O fragmento de texto “resgatando a centralidade do homem como ser transformador e modificador” conduz a uma guinada antropocêntrica, uma iniciativa de restaurar o aspecto humanista

das relações médico-paciente, em detrimento das abordagens tecnológicas de diagnóstico e tratamento.

3.2.4 Eixo *simbólico-tecnológico*

O eixo *simbólico-tecnológico* não é facilmente detectável nos documentos das DCN e PPP-FB, por ocultar-se nas entrelinhas de alguns artigos e parágrafos. Pode-se afirmar que é um vetor de força mais tênue e por isso pode passar despercebido. Ele trata de instruções que precisam permanecer implícitas por remeterem a pontos polêmicos de controle simbólico ou por embutirem metas econômicas e/ou políticas no processo de formação profissional. Para além da formação geral, essas orientações procuram deixar subentendida a necessidade de o médico cumprir o papel de agente transformador da realidade da saúde, de forma passiva.

Para exemplificar, na resolução das DCN 2001, no artigo 4º, inciso III, observa-se:

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o *domínio de*, pelo menos, uma língua estrangeira e de *tecnologias de comunicação e informação*; (BRASIL, 2001d, p. 2, grifo nosso).

A expressão “domínio de [...] tecnologias de comunicação e informação” permite a interpretação de uma pretensão de inclusão de um tema bastante contraditório: o controle simbólico. Quando o médico inclui informações em um banco de dados, ele está fornecendo características da prática exercida por ele, passíveis de interpretações e correções.

No quarto final do século XX, com a popularização do computador e da *Internet*, e a consequente massificação desses recursos, houve uma clara percepção de mudanças na sociedade, proporcionadas pelo desenvolvimento científico e tecnológico, sobretudo na área da informática. A observação otimista dessas mudanças aponta que estão nelas a resolução das desigualdades de riqueza e conhecimento, por meio da democratização da informação; a pessimista acredita que as mudanças têm criado novos mecanismos de exclusão social e controle. Por um lado, as novas tecnologias da informação expandiram o campo da distribuição de conhecimentos, sobretudo na geração e processamento, por

outro, limitaram os processos de inovação científica e tecnológica, aumentaram o nível de abstração da produção e levaram a um fortalecimento do vínculo entre o trabalho e o controle simbólico, de forma pacífica e inquestionável (SANTOS, 1999).

Essa discussão remete à outra, articulada com o poder simbólico. Bourdieu (1989) descreve o poder simbólico como “esse poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem” (BOURDIEU, 1989, p. 7-8). Não se trata da ingenuidade do *currículo oculto*, ou seja, aquelas suposições em sala de aula que não são planejadas, pelo próprio fato de serem tácitas e incidentais; trata-se de informações dispostas de maneira deliberada e que, por estarem circunscritas por outros princípios e conceitos, passam despercebidas.

O controle social pelo currículo remonta ao século XVII, quando influenciada pelas ideias do calvinismo e a “teoria da predestinação”, a minoria abastada e predestinada à salvação era agraciada com a perspectiva de uma escolarização avançada (GOODSON, 1995). Desde então, muitos autores alertaram para o embasamento de diversas teorias de construção dos sistemas de ensino em que o controle e a diferenciação sociais estão presentes nos currículos: de fundo econômico, ideológico e cultural (BOURDIEU; PASSERON, 1970; APPLE, 1982; FORQUIN, 1993).

O grande princípio a ser discutido aqui é a autonomia do profissional de saúde. Sem dúvida, mantendo a coerência com o foco na saúde coletiva, as redes de informação, a interação à distância e as bases remotas de dados são úteis no planejamento das estratégias de promoção da saúde, na distribuição de recursos e na geração e processamento de protocolos diagnósticos e terapêuticos. No entanto, o controle proporcionado por essas tecnologias diminui a autonomia do médico, ao enrijecer as opções nas tomadas de decisão, limitar o pensamento crítico e científico e impedir a inovação.

Um exemplo é a confecção e distribuição de algoritmos de tratamento de doenças, que analisam informações de diagnóstico e classificam os indivíduos em grupos nos quais serão ofertadas soluções estanques de tratamento. Quando uma falha ocorre, o erro não estará no algoritmo, mas no interpretador da classificação. Há uma sutil, mas perceptível incoerência, entre o controle simbólico e o discurso de liberdade crítica propagado de forma ampla nas DCN.

Outra grande preocupação, por parte dos agentes políticos, é com a melhora dos índices epidemiológicos de saúde. Na resolução das DCN 2001, no artigo 5º, incisos XVI e XXII, pode-se observar a preocupação em formar um agente social que se comprometa com as metas dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade.

- XVI. Lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as *políticas de saúde*;
[...]
XXII. Manter-se atualizado com a *legislação pertinente à saúde*;
(UNIOESTE, 2013, p. 16, grifo nosso).

O prestígio interno é impactado pelos índices, e observa-se, em várias ocasiões, nos discursos e campanhas eleitorais, quantas foram as melhoras e quais as metas a serem atingidas. Não são raras as vezes em que as políticas públicas são motivadas pelo descontentamento da população, como na ocasião da instituição do Programa Mais Médicos, em resposta às violentas manifestações populares.

Na área internacional, as políticas públicas em saúde do Brasil são vigiadas por instituições supranacionais relacionadas à área, como a OPAS e OMS, mas, também, por instituições supranacionais relacionadas ao campo econômico, como o FMI, a OCDE e o Banco Mundial. Passa pelo cumprimento das metas, o prestígio internacional, político e econômico, relevante para credibilidade, atratividade a investimentos externos e capacidade de endividamento dos países em desenvolvimento (RIZZOTTO, 2000).

No contexto apresentado, o impacto do eixo *simbólico-tecnológico* sobre a capacitação profissional do médico envolve propósitos embutidos nas DCN, disfarçados entre os artigos, que podem implicar em cerceamento da autonomia do profissional de saúde, sob o disfarce de objetivo de melhoria de indicadores de *qualidade de vida*, morbidade e mortalidade da população.

Não há, necessariamente, uma explícita e deliberada intenção de subjugar o médico a partir da redação de competências que remetem ao conhecimento de políticas de saúde. Contudo, ao pretender aplicar tais competências em uma organização curricular, deixa-se transparecer o desejo de incorporar os médicos às regras impostas pelo sistema de saúde. Essa premissa está coerente com as políticas públicas voltadas para uma formação generalista e para o trabalho no PSF. Fazer com que o médico conheça e respeite às leis próprias do sistema de saúde permite manter o projeto político a ele associado.

3.3 Novas referências curriculares e metodológicas para a educação médica

Esse tópico diz respeito à escolha das teorias ou tendências pedagógicas a serem implantadas como metodologias nos processos formativos. É importante ressaltar que tais

referências não são exclusivas das escolas médicas, mas estão presentes em vários níveis de educação, sobretudo, a partir do ensino médio. Em última instância, pode-se afirmar que as escolhas desse quadro referencial para a formação do indivíduo estão associadas ao projeto de sociedade desejado, formando uma cascata de determinações articuladas com o mundo do trabalho: a um projeto de sociedade corresponde um tipo de trabalhador; a um tipo de trabalhador corresponde um modelo de processo formativo, cujas metodologias precisam cumprir o papel de modelar o indivíduo para aquele projeto de sociedade.

Dessa forma, as subseções seguintes concentrarão os esforços em demonstrar, de maneira sucinta, os fundamentos desses pressupostos, e, em seguida, articular essas noções com a educação médica.

A escolha das teorias curriculares e metodologias de ensino e aprendizagem adequadas à formação está apoiada em duas premissas: a substituição de uma organização curricular tecnicista *tyleriana*, pelo *currículo organizado por competências*; e a substituição do ensino tradicional, centrado no professor, pelas *metodologias ativas de ensino e aprendizagem*, centradas no aluno. Além dessas duas premissas, motivados pelo objetivo de implantar as metodologias ativas de ensino e aprendizagem, os documentos analisados apontam para a substituição do cenário de aprendizagem localizado, exclusivamente, no hospital, pela *aprendizagem pelo trabalho*, localizada nos níveis básicos de atenção à saúde.

3.3.1 Organização curricular por competências

A substituição de um modelo tecnicista *tyleriano* por um currículo organizado por competências é o primeiro dos pilares referenciais metodológicos para a redação dos PPP dos cursos de medicina, de acordo com as DCN.

Adverte-se que o debate a seguir não estará focado no conteúdo das competências, mas na forma de organização curricular proposta pelas DCN. O teor das competências, ou seja, a ideia que elas querem passar, pôde ser observado na seção anterior, quando foram analisados os eixos estruturantes dos documentos.

O movimento tecnicista se apoia na racionalização das operações efetuadas pelos operários e no combate ao desperdício de tempo e recursos. Isso aconteceu por meio da “produção em massa”, ao reduzir os custos da produção; do parcelamento das tarefas, ao reduzir o conhecimento necessário para executá-las; e da linearidade e cadência da produção, ao reduzir o tempo necessário para obter o produto. Essa forma de organização

e divisão do trabalho permitiu um deslocamento da produção centrada na força de trabalho individual para uma força de trabalho coletiva. Além disso, ao introduzir a parcialidade do trabalho e reduzir o conhecimento necessário para executar as tarefas, ocorreu uma desqualificação do trabalhador (GOUNET, 1992).

Quando transferidas para o campo educacional, essas premissas converteram-se em propostas pedagógicas com enfoque no sistema de ensino e na sua máxima racionalização para a produção de um quadro profissional que atendesse às exigências do crescimento da indústria, com a urgência que ela demandava. Com a divisão parcial do trabalho, houve um fenômeno de especialização, e com ele, o parcelamento do trabalho pedagógico, traduzido em disciplinas especializadas e organizadas em departamentos.

O primeiro teórico do campo curricular a comparar o espaço fabril com as escolas foi Franklin Bobbitt, em 1918, em sua obra *The Curriculum*. Bobbitt afirmava que o processo educacional se assemelhava a um sistema operacional de uma máquina com “entradas” e “saídas”. No sistema educacional, entrariam indivíduos com deficiências intelectivas e morais e sairiam cidadãos prontos para a vida.

O principal discípulo de Bobbitt e responsável pela consolidação da visão tecnicista da educação foi Ralph Tyler. Na obra *Basic principles of curriculum and instruction*, Tyler postulou quatro princípios para o processo de elaboração dos currículos:

1. Que objetivos educacionais a escola deve procurar alcançar?
2. Que prováveis experiências educacionais podem ser oferecidas para o alcance desses objetivos?
3. Como essas experiências educacionais podem ser, eficientemente, organizadas?
4. Como podemos determinar se esses objetivos estão sendo alcançados? (TYLER, 1949, p. 1, tradução nossa).

A linha de produção do processo de ensino-aprendizagem seguiria a estrutura: objetivos, conteúdos, atividades e avaliação. Desses quatro pontos, sem dúvida, a definição dos objetivos a serem alcançados é a fase mais importante, por decorrer dela as demais. Tyler dedicou a essa fase um grande esforço e apontou três fontes de onde os objetivos poderiam ser extraídos: de sugestões de especialistas sobre os conteúdos; de estudos sobre os alunos; e estudos sobre a vida contemporânea (TYLER, 1949).

No Brasil, o auge da perspectiva tecnicista da educação aconteceu no governo militar quando houve a necessidade de expansão do ensino superior para completar os quadros profissionais da crescente indústria nacional. Na EMB, em particular, como já observado, a especialização e a divisão de disciplinas em departamentos foram

consolidadas com o sistema americano de ensino, em parte, embasado pelo Relatório Flexner.

Em substituição ao enfoque tecnicista, as DCN propuseram o *currículo por competências*. Ao longo do desenvolvimento do tema, será possível perceber que a proposta de ruptura não foi, necessariamente, conceitual ou com o propósito de inverter uma lógica de pensamento anterior. A orientação de mudança manteve-se, apenas, no plano da sobreposição desse modelo ao prévio.

O conceito de competência é polissêmico e há um confronto de especialistas sobre o direito de defini-lo. Alguns darão um sentido mais técnico, como um conjunto de conhecimentos e aptidões que habilitam o sujeito para diversas atividades de um ofício; e outros arriscarão um sentido mais educacional, como a “conquista de iniciativa e de responsabilidade do indivíduo sobre as situações profissionais com as quais ele se confronta” (RAMOS, 2009).

Nessa última perspectiva, as competências passam a designar os conteúdos particulares de cada função em uma organização do trabalho. Essa maneira de organizar os currículos, ao tomar as competências como orientadoras dos conteúdos a serem utilizados na formação, com o objetivo específico de tornar o aluno um agente capaz de solucionar as situações profissionais com que se depara, leva o nome de *pedagogia das competências*.

Em sua gênese, a *pedagogia das competências* está articulada com um novo modelo de pensar e organizar o trabalho industrial, conhecida como toyotismo, cuja implantação remonta às décadas de 1950 a 1970. No modelo dominante anterior, o fordismo/taylorismo, a produção mantinha uma linearidade e o objetivo dos trabalhadores era mantê-la estável e no máximo. No toyotismo, há uma flexibilização da produção, que deve acelerar ou desacelerar conforme o consumo. Em tempos de baixo consumo, há uma desaceleração da produção, e, com ela, uma flexibilização também na forma de contratação e de regime de trabalho, ao permitir funcionários temporários ou o regime de horas extras. No fordismo/taylorismo, a divisão do trabalho caracterizava-se por um parcelamento de tarefas. Cada indivíduo aprendia apenas uma determinada função. No toyotismo, um indivíduo deve estar familiarizado com mais de uma função, o que ficou conhecido como *polivalência*, ou seja, a exigência de mais aptidões do que aquelas exigidas para a execução da função no modelo anterior (GOUNET, 1992).

As consequências dessa nova forma de organização do trabalho industrial são as subcontratações, o desemprego estrutural e a intensificação da exploração do trabalho. A *polivalência* torna-se condição para o trabalho, os indivíduos devem estar familiarizados

com uma infinidade de conhecimentos, competências e habilidades, tornando-os atrativos ao processo do mundo do trabalho. Devem estar preparados para solucionar os problemas das situações que a eles se apresentam e de gerenciar toda a cadeia produtiva (GOUNET, 1992).

As observações acima permitem inferir que o modelo toyotista caracteriza-se pela flexibilização: da produção, do regime de contratação, da divisão do trabalho e das exigências sobre os conhecimentos dos trabalhadores. Com isso, a rigidez do diploma e do domínio de uma profissão são ressignificados e perdem valor. Serão valorizados os trabalhadores flexíveis, aqueles com a capacidade de se adaptar à linha de produção. Logo, para que existam trabalhadores flexíveis, com empregabilidade, é necessário um novo modelo curricular, que produza trabalhadores com essa característica.

A solução emergente para atender a essa necessidade é o *currículo por competências*. A abordagem não parte mais de um corpo de conteúdos disciplinares existentes no qual se efetuam escolhas para cobrir os conhecimentos considerados mais importantes, mas toma as ações e situações concretas que os alunos deverão ser capazes de compreender e dominar para selecionar os conteúdos de ensino e definir quais as competências requeridas para executar a ação ou solucionar a situação. Na hierarquização do saber, a teoria deixa de anteceder à prática, o que torna a aquisição de conhecimentos horizontal. A competência deixa de ser a consequência da aquisição de saberes e passa a ser o conteúdo, em si, da formação.

Quando o debate é transferido para a área da medicina, ao ser proposto um currículo organizado por competências, além das habilidades técnicas inerentes ao diagnóstico e tratamento, o médico precisa adquirir outras, como: a gerencial, a sanitária, a interdisciplinar, a educativa, a comunicativa, a administrativa etc. Além disso, ele precisa identificar a heterogeneidade de situações a que é exposto e aprender com ela. Os efeitos resultantes são a defesa das DCN 2001 e do PPP-FB da instrução para a diversificação de cenários de aprendizagem e da premissa de que a prática médica antecede a sala de aula como fonte do conhecimento.

O parecer das DCN 2001 traz o item: ‘Competências e Habilidades’, subdividido em um subitem ‘Competências Gerais’ e um subitem ‘Conhecimento, Competências e Habilidades Específicas’. São descritas seis competências gerais (presentes no artigo 4º da Resolução das DCN 2001 - incisos I a VI) e vinte e duas competências e habilidades específicas (presentes no artigo 5º da Resolução das DCN 2001 - incisos I a XXII). É possível afirmar que as competências e habilidades específicas estão relacionadas com competências gerais correspondentes; em algumas ocasiões, com mais de uma, em

formato de lista de funções a serem adquiridas.

O parágrafo abaixo demonstra a preocupação do PPP-FB em passar a orientar os conteúdos curriculares por competências e elenca aquelas que julgou essenciais: aprender e continuar a aprender, organizar conhecimentos e habilidades, relacionar teoria e prática e preparar-se para o trabalho e a cidadania.

As Diretrizes Curriculares representam orientações para a definição de currículo e oferecem parâmetros de conteúdos para as diversas áreas de conhecimentos. O currículo é centrado nas competências básicas, baseando-se na capacidade de *aprender e continuar a aprender, na organização de conhecimentos e habilidades, na capacidade de relacionar a teoria com a prática e na preparação para o trabalho e a cidadania*. Os conteúdos curriculares devem ser entendidos como meios básicos para constituir competências cognitivas e sociais, através de blocos organizados de conhecimento (UNIOESTE, 2013, p. 12, grifo nosso).

As competências básicas listadas no parágrafo acima estão alinhadas, conceitualmente, com as ‘Competências Gerais’ presentes no texto na resolução das DCN 2001. Todavia, em relação ao texto das diretrizes, percebe-se uma pobreza de detalhes no PPP-FB, demonstrando certa insegurança ou dúvida no debate da construção do documento, o que pode estar articulado com a queixa, por parte das instituições de ensino, da falta de orientação das DCN 2001, com relação ao funcionamento do currículo organizado por competências.

Com relação às competências específicas, o PPP-FB inclui uma cópia literal do artigo 5º da resolução das DCN 2001, que orienta vinte e duas competências e habilidades específicas a serem adquiridas pelo médico, durante a formação.

Mais uma vez, com relação à forma de organização curricular, é possível concluir que o texto do PPP-FB está em concordância com as propostas de uma nova educação médica, encaminhadas pelas DCN.

3.3.2 Metodologias ativas de ensino e aprendizagem

O segundo pilar referencial metodológico é a substituição do ensino tradicional, centrado no professor, pelas metodologias ativas de ensino e aprendizagem, centradas no aluno. Em lugar de salas de aulas fechadas e dominadas pelo professor, são formados pequenos grupos de estudo. Os professores, agora chamados de preceptores ou tutores, têm o trabalho de disponibilizar uma abundância de temas a serem trabalhados, orientados

por um eixo permanente de atividades que representam as competências a serem assimiladas, conforme uma estrutura organizada de forma psicológica.

No final do século XIX até a década de 1930, da crítica à *pedagogia tradicional*, surgiria um movimento de reforma conhecido como *escolanovismo*, tendo as obras de John Dewey como alicerce. Os fundamentos sociais que determinariam a necessidade de uma transformação escolar estariam assentados sobre as mudanças que as ciências imprimiram à sociedade moderna no âmbito do conhecimento e da moral, na certeza de que elas nos levariam a um futuro de paz e prosperidade. Daí os *escolanovistas* também serem conhecidos como progressistas.

Os defensores do movimento admitem que as pessoas possuem diferenças entre si, como cor da pele, credo, raça e classe social, mas, também, diferenças no domínio do conhecimento, na participação do saber e no desempenho cognitivo. A educação seria convocada sob o propósito de equalização social e diminuição de uma marginalidade entendida como sentimento de rejeição, pelo desajustamento entre o indivíduo e a sociedade. O processo educacional se tornaria um instrumento de correção, na medida em que contribuísse para a constituição de uma sociedade, cujos membros, sem importar as diferenças, se aceitassem e se respeitassem mutuamente. O objetivo da escola era formar indivíduos conscientes, inseridos criticamente e sabedores das relações sociais, informados, com os saberes sociais, técnicos e científicos para a resolução de quaisquer problemas de um eventual futuro desconhecido e responsáveis, engajados na transformação para melhoria da sociedade (SAVIANI, 1999).

Há uma oposição entre a *pedagogia tradicional* e a *escolanovista* em todos os aspectos, como analisa Saviani (1999):

Compreende-se então que essa maneira de entender a educação, por referência à pedagogia tradicional tenha deslocado o eixo da questão pedagógica do intelecto para o sentimento; do aspecto lógico para o psicológico; dos conteúdos cognitivos para os métodos ou processos pedagógicos; do professor para o aluno; do esforço para o interesse; da disciplina para a espontaneidade; do diretivismo para o não-diretividade; da quantidade para a qualidade; de uma pedagogia de inspiração filosófica centrada na ciência da lógica para uma pedagogia de inspiração experimental baseada principalmente nas contribuições da biologia e da psicologia. Em suma, trata-se de uma teoria pedagógica que considera que o importante não é aprender, mas aprender a aprender (SAVIANI, 1999, p. 25).

Dewey (1910) concebeu cinco passos para o desenvolvimento do método *escolanovista*, contrapondo-se ao método tradicional. Seriam eles: (1) atividade, que

consiste na iniciativa dos alunos de adquirir o conhecimento; (2) problema, que consiste na situação em que se depara o aluno no decorrer da atividade; (3) levantamento de dados, ação provocada pela iniciativa de resolução do problema; (4) formulação de hipóteses, que consiste na elaboração de teorias que explicariam os problemas, baseadas no levantamento de dados; (5) experimentação, que consiste na confirmação ou rejeição das hipóteses formuladas.

Anísio Teixeira, um dos maiores defensores da Escola Nova no Brasil e discípulo de Dewey, no livro “Pequena introdução à filosofia da educação: a escola progressiva ou a transformação da escola”, de 1967, questionou os métodos prescritivos da escola tradicional e criticou o isolamento dos conteúdos das práticas sociais. Na escola tradicional, as matérias seriam a somatória dos conhecimentos adquiridos pela humanidade ao longo de sua história, dividida e oferecida em doses aos alunos, com a estrutura lógica própria dos especialistas, que já experimentaram esse conhecimento e têm noção do todo.

Para Teixeira (2000), o aluno deveria estar no centro da escola e ter poder decisório nas atividades que ele quer aprender. A escola seria somente parte do processo educativo pelo qual o homem passará desde o nascimento, de forma contínua e progressiva. Assim, em lugar de salas de aulas fechadas e dominadas pelo professor, a escola deveria agrupar os alunos em pequenos grupos segundo áreas de interesse decorrentes de sua atividade livre. Os orientadores deveriam disponibilizar uma abundância de temas a serem trabalhados, orientados por um eixo permanente de atividades que representariam as necessidades da vida. As matérias escolares seriam tudo aquilo que incide o inquérito, a reflexão e o estudo no desenvolvimento de uma atividade. O currículo seria a série de atividades educativas em que a criança desempenharia para progredir mais rapidamente, de acordo com a sabedoria da experiência humana, em sua capacidade de viver.

Dewey (1978) resume a relação entre a experiência imatura da criança e os conceitos, ideias e valores sociais do adulto.

Os elementos fundamentais do processo educativo são, de um lado, um ser imaturo e não envolvido - a criança - e, de outro, certos fins, ideias e valores sociais representados pela experiência amadurecida do adulto. O processo educativo consiste na adequada interação desses elementos. A concepção das relações entre um e outro, tendente a tornar fácil, livre e completa essa interação, é a essência da teoria educativa (DEWEY, 1978).

Analogamente, o mesmo processo educativo deve ocorrer entre aluno e professor, nos demais níveis de processo educacional, inclusive na educação superior.

Para finalizar o debate sobre o *escolanovismo*, o movimento propôs a organização psicológica das matérias, que respeitaria as práticas (experiências) da criança, associadas às suas atividades gerais (sociais) e os efeitos (resultados) que elas produziriam. Essa sucessão de experiências e resultados, a princípio, seria organizada psicologicamente e, depois, quando sintetizados, tornar-se-iam organizados logicamente. A organização psicológica deveria dispor as matérias na ordem em que se realiza a experiência da criança. O aprendizado seria uma decorrência espontânea do ambiente estimulante e da relação viva que se estabeleceria entre os alunos e entre estes e o professor.

Outra proposta de ruptura com o método tradicional foi a *pedagogia crítica*, defendida por Paulo Freire.

Freire (1987) criticou a concepção “bancária” da escola tradicional, cujo educador é o depositante e o educando aquele que recebe as informações passivamente. Nessa concepção, o melhor professor é aquele que consegue depositar mais conteúdos e o melhor aluno, o que consegue receber a maior quantidade deles. O saber seria uma “doação” dos mais sábios para os que julgam nada saber, e, por isso, a relação é considerada uma maneira de perpetuar a opressão. Na concepção “bancária”, a palavra é apenas um fonema sem significado e, sem significado, não vale nada.

Com aproximação fenomenológica, o autor procurou diferenciar a consciência das presenças da consciência dos significados e das intenções, ou seja, a memorização de conteúdos não tem sentido se não forem respeitadas as significações, como no exemplo de gravar qual é a capital de um Estado, mas não carregar consigo o significado de capital, a posição geográfica do Estado no país ou do país no mundo; ou como descrever uma cadeira como um amontoado de materiais e não carregar consigo os significados da finalidade de sentar, a textura, as cores, a confortabilidade. A crítica continua sobre as aulas verbalistas, os métodos de avaliação pautados na memorização, o controle de leituras e de indicações bibliográficas, o distanciamento entre educador e educando e os critérios de promoção às séries superiores.

Entre permanecer porque desaparece, numa espécie de morrer para viver, e desaparecer pela e na imposição de sua presença, o educador “bancário” escolhe a segunda hipótese. Não pode entender que permanecer é buscar ser, com os outros. É conviver, simpatizar. Nunca sobrepor-se, nem sequer justapor-se aos educandos, dessimpatizar. Não há, permanência na hipertrofia (FREIRE, 1987, p. 37).

Freire (1987) defendeu que deixando os alunos fazerem seu papel de

protagonistas, o educador diminui a sua presença, portanto morre abstratamente, mas está vivo, permanecendo, pois está permitindo a mudança, a transformação. Enquanto que se impondo pela presença, depositando conteúdos, desaparece pela maneira opressora com que atua. É o “medo da liberdade” que o impede de optar pela primeira escolha; medo da conscientização des governada e da expulsão da opressão de dentro de si.

A educação proposta pelo autor tem por objetivo a superação da contradição educador-educando, ou seja, a concepção bancária da educação. Ao problematizar a situação gnosiológica de um determinado objeto ou condição da realidade, o objeto cognoscível não deve ser apenas objeto descrito pelo educador, mas ter a pretensão de mediatizador de educador e educando, os sujeitos cognoscentes. Dessa forma, o educador não é mais o transmissor do conhecimento, mas torna-se, também, educando. E educador e educando se comunicam entre si por meio da realidade. A prática problematizadora faz com que os educandos, ao experimentarem os objetos cognoscíveis (problemas), enxerguem neles os desafios e, compelidos a responder os desafios, experimentem outros problemas que produzirão novos desafios.

Esse círculo virtuoso permite a construção da consciência de significados e o educando é quem preenche o seu próprio recipiente, a sua própria consciência. Na busca dos homens pela sua conscientização, é necessário que se enxerguem como seres inacabados, em constante transformação, construindo seu presente. O ponto de partida para que esta reflexão aconteça é o próprio mundo, ou seja, a realidade em que estão incluídos. Portanto, o conceito de humanização é o de libertação das relações de opressão, ao superar os limites da realidade do mundo em que o educando está inserido. Os sujeitos devem enxergar a realidade como uma fronteira a ser ultrapassada, e não, como um universo sem limites e fatalista.

Outro conceito fundamental na obra de Freire é o conceito “antropológico de cultura”, que significa entender a cultura como criação e produção humana, em oposição à natureza. Assim, não se faz uma distinção entre cultura erudita e cultura popular ou entre “alta” e “baixa” cultura. A cultura não seria definida por critérios estéticos ou filosóficos, mas seria qualquer trabalho humano. Portanto, não existiria uma cultura, mas culturas.

Nesse ponto, o autor busca romper mais uma vez com o método tradicional, ao criticar a transmissão de uma cultura dominante como o conjunto de obras de excelência produzidas no campo das artes ou do conhecimento formal. Apesar de Freire não teorizar especificamente sobre currículos, esse conceito de cultura vai direcionar para a necessidade da inclusão da cultura popular como conhecimento legítimo a fazer parte de

uma reorganização curricular e, também, para a necessidade de problematizar as relações de poder entre os países colonizadores e colonizados (SILVA, 2005).

Essa última preocupação reside no conceito de “invasão cultural”, exposta no livro ‘Pedagogia do Oprimido’, de 1970. Os invasores criam maneiras de impor o seu modo de vida aos invadidos, que passam a enxergar o mundo com os olhos do invasor. Um dos exemplos de invasão cultural é o convencimento dos invadidos de sua inferioridade, remetendo naturalmente a uma superioridade dos invasores. Essa afirmação remete a outra, a de que modernização de uma sociedade é diferente de desenvolvimento. A sociedade modernizada depende de outra que é a dominadora. A avaliação simplista de números e estatísticas não avalia o desenvolvimento, mas sua modernização. A avaliação do desenvolvimento depende da consciência que esta sociedade tem de sua realidade, tal qual o indivíduo. Movimentos reformistas geralmente descendem de decisões da sociedade metropolitana dominadora numa maneira de manter sua hegemonia. Nesse intento lançam mão da conquista, da manipulação, da invasão econômica, cultural e às vezes militar.

Os conceitos “antropológico de cultura” e de “invasão cultural” podem parecer descontextualizados dentro da proposta da pesquisa de demonstrar como as DCN propuseram romper com uma realidade anterior a elas quanto às abordagens de ensino e aprendizagem, mas em uma época em que o multiculturalismo e as pressões de países desenvolvidos sobre as políticas sociais dos países em desenvolvimentos avançam, o tema trazido à tona por Paulo Freire torna-se bastante atual. Retoma-se o debate acerca do interesse de países ricos sobre os pobres, de colonizadores sobre colonizados, agora no campo curricular.

Silva (2005) indica o pioneirismo de Freire nesse debate:

Se Paulo Freire se antecipou, de certa forma, à definição cultural do currículo que iria caracterizar depois a influência dos Estudos Culturais sobre os estudos curriculares, pode-se dizer também que ele inicia o que se poderia chamar, no presente contexto, de uma pedagogia pós-colonialista ou, quem sabe, de uma perspectiva pós-colonialista sobre currículo (SILVA, 2005, p. 62).

A perspectiva pós-colonialista procura problematizar as relações de poder entre países colonizadores e colonizados, ao identificar o caráter prescritivo de conteúdos e formas curriculares impostos pelos primeiros aos segundos. Deixa clara, também, a importância da posição epistemológica dos povos dominados, pois, da mesma forma que é da perspectiva dos oprimidos, conscientes da opressão, que se deve partir a transformação social, é do ponto de vista dos povos dominados que se deve partir uma

transformação curricular.

Na aplicação prática, a *pedagogia crítica* de Paulo Freire está assentada em dois grandes pilares: na educação dialógica e na problematização de temas geradores. O diálogo não é o ato de depositar ideias de um sujeito no outro, nem a simples troca de ideias a serem consumidas pelos interlocutores, nem a discussão entre sujeitos que buscam impor sua verdade. O diálogo se inicia antes mesmo do contato com os homens, quando o educador se pergunta sobre o que dialogar com os educandos. A resposta não deve partir de si mesmo, mas de todos juntos. O papel do educador é de organizador e sistematizador de temas geradores que o próprio povo lhe entregou de forma desestruturada. Estes elementos são da objetividade em que estão e também a consciência que têm desta objetividade, os vários níveis de percepção de si mesmos e do mundo em que estão.

Nessa perspectiva, os temas geradores são as percepções dos homens acerca de situações nas quais estão inseridos. A história, no sentido de tempo e espaço, tem papel preponderante na formação dos temas geradores pois em determinada época e local há um conjunto de ideias, concepções, esperanças, dúvidas, valores e desafios que os homens desejam ultrapassar. Este conjunto de conceitos coexistem com outros antagônicos, alguns que desejam manter a condição da época, enquanto outros desejam a mudança.

Os temas geradores se distribuem em círculos concêntricos, do mais geral para o mais específico. Exemplo: O subdesenvolvimento de um país é uma situação na qual um habitante de uma comunidade brasileira está inserido (círculo periférico), assim como a falta de saneamento e valetas a céu aberto no local onde vive (círculo específico). A tarefa do educador dialógico é trabalhar, em equipe interdisciplinar, o universo temático recolhido na investigação e devolvê-lo, como problema, aos homens de quem recebeu.

Em resumo, as propostas pedagógicas da Escola Nova e de Paulo Freire, como: o aprender a aprender; o processo de ensino e aprendizagem centrado no aluno; a construção coletiva do projeto pedagógico; a prática social como início e fim da metodologia; a resolução de situações-problema; a superação de limites da humanização são elementos fortemente presentes nas DCN. É possível observar essas características nos trechos abaixo:

Objetivo das Diretrizes Curriculares: levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a *aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer*, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e

comunidades (BRASIL, 2001c, p. 4, grifo nosso).³¹

[...]

O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, *construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem*. A aprendizagem deve ser interpretada como um caminho que possibilita ao sujeito social *transformar-se e transformar seu contexto*. Ela deve ser orientada pelo princípio metodológico geral, que pode ser traduzido pela *ação-reflexão-ação* e *que aponta à resolução de situações-problema* como uma das estratégias didáticas (BRASIL, 2001c, p. 13, grifo nosso).

No PPP-FB, no item III - Organização didático-pedagógica, no subitem Histórico, há um parágrafo que se pronuncia sobre as metodologias ativas de ensino e aprendizagem.

Dessa forma, as modificações curriculares visam à importância de aplicar o ensino médico através de *metodologias ativas*, baseadas na forma de desenvolver o processo de aprender, utilizando experiências reais ou simuladas, com capacidade para solucionar com sucesso tarefas essenciais da prática médica profissional em diferentes contextos. Essas metodologias ativas devem basear-se: 1) na resolução de problemas; 2) na problematização de fatos ou situações de forma a levar os estudantes à compreensão para o fato estudado; 3) proposição de soluções por meio de um processo de *ação-reflexão-ação* (UNIOESTE, 2013, p. 10, grifo nosso).

Dentro do texto do PPP-FB, esse parágrafo aparenta estar descontextualizado, por estar entremeado à lista de conquistas do curso de medicina da UNIOESTE - *campus* Cascavel, mas ele traz a referência mais relevante sobre a pretensão de utilização de metodologias ativas de ensino e aprendizagem. A proposta de mudança surgiu a partir de modificações sugeridas pela visita ao *campus* de Cascavel por pesquisadores da ABEM, em outubro de 2010, oportunidade em que se “criticou o modelo de ensino tradicional e questionou a importância de adequação às diretrizes curriculares do MEC” (UNIOESTE, 2013, p. 10).

Ainda sobre esse assunto, o PPP-FB aponta os caminhos de execução da transferência do ensino tradicional para as metodologias ativas: uma substituição gradativa, com aulas em pequenos grupos de alunos e com a necessidade de mais tutores.

³¹ Sobre essa citação que trata dos objetivos das Diretrizes Curriculares, percebe-se a nítida inspiração nas propostas da obra “Educação: um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XX”, presidida por Jacques Delors. O relatório, produzido em 1996, apresenta os quatro pilares da educação: *aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser* (UNESCO, 2010).

Gradativamente, ocorrerá uma substituição do ensino centrado no professor, realizado por meio de aulas expositivas para grandes grupos de estudantes, baseado em disciplinas dissociadas e com processos de avaliação centrados em testes e provas por metodologias ativas de ensino-aprendizagem. As aulas práticas são ministradas em grupos menores, havendo a necessidade de mais professores para que o número de estudantes por grupo seja menor e o aprendizado maior. Com grupos menores e metodologias ativas, ocorre facilitação da aprendizagem e permite ao professor uma avaliação mais fidedigna da aquisição das habilidades e competências necessárias para o aluno em cada série (UNIOESTE, 2013, p. 29).

Outro apontamento acerca das metodologias ativas é o desenvolvimento profissional do professor. Quanto a essa preocupação, no item ‘Metodologia’, que trata das estratégias a serem empregadas na execução do PPP-FB, deixa-se clara a necessidade de oportunizar momentos para tratar de inovações pedagógicas com os docentes.

4. Essa nova concepção de formação está diretamente vinculada ao desenvolvimento profissional do professor, que deve considerar a instituição de ensino como um espaço formativo, induzindo a pedagogia interativa dialógica entre os docentes, que é o elemento básico para uma formação integradora (UNIOESTE, 2013, p. 13).

[...]

Conforme apontado pelas DCN de Medicina, a instituição deve oportunizar momentos para tratar de inovações pedagógicas para os docentes da Unioeste, devendo ser levantada a necessidade a partir do PDI (UNIOESTE, 2013, p. 18).

[...]

Não obstante, a indubitável relevância no processo educacional da avaliação há necessidade de capacitar os docentes para o domínio das bases conceituais e técnicas do processo de avaliação e de forma geral do ensino-aprendizagem (UNIOESTE, 2013, p. 30).

A análise de conteúdo dos documentos permitiu concluir que o debate sobre as metodologias ativas de ensino e aprendizagem está amplamente representado e é preocupação perene quanto à aplicação e à formação do corpo docente.

3.3.2.1 Estratégias de implantação das metodologias ativas de ensino e aprendizagem nas escolas médicas

No parecer das DCN 2001, o cuidado com a forma que as escolas médicas devem organizar os cursos para implantar as metodologias inovadoras de ensino é nítido. O trecho abaixo, deixa claros os princípios e estratégias a serem adotados:

[...] - promover a integração e a *interdisciplinaridade* em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as

dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais;

- *inserir o aluno precocemente em atividades práticas* relevantes para a sua futura vida profissional;
- *utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem* permitindo ao aluno conhecer e *vivenciar situações variadas* de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;
- propiciar a *interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação*, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato;
- vincular, através da *integração ensino-serviço*, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS (BRASIL, 2001c, p. 14, grifo nosso).

É possível afirmar que a pretensão das DCN 2001 é a de consolidação de uma inversão metodológica, ao propor a preponderância da prática sobre a teoria, da aprendizagem sobre o ensino.

As DCN 2001 preconizaram que o trabalho deve estar, precocemente, inserido no cotidiano do futuro médico. Em razão da singularidade dos processos saúde-doença e da autonomia de cada pessoa, os atos de saúde do encontro entre os dois sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, o médico e o paciente, além de outros agentes sociais, como profissionais de outras áreas e gestores, operam com altos graus de incerteza. Nessa perspectiva, a vivência da prática clínica e o relacionamento com os usuários e partícipes do sistema de saúde, que possuem subjetividades e afetos, tornaria fundamental uma *aprendizagem pelo trabalho*, pois permitiria a articulação entre a teoria e a prática que faltaria ao método tradicional, excessivamente teórico. Além disso, a orientação foi para que houvesse uma ampliação dos tempos das atividades assistenciais na carga horária do curso. As três principais estratégias para a execução de uma *aprendizagem pelo trabalho* são: a *interdisciplinaridade*, a *integração ensino-serviço* e a *diversificação dos cenários de aprendizagem*.

O conceito de *interdisciplinaridade* foi estudado com bastante profundidade por um filósofo brasileiro, Hilton Japiassu, na obra 'Interdisciplinaridade e patologia do saber', de 1976. Ele define a *interdisciplinaridade* como “a concertação ou convergência de várias disciplinas com vistas à resolução de um problema cujo enfoque teórico está de algum modo ligado ao da ação ou da decisão” (JAPIASSU, 1976, p. 32).

O primeiro propósito de ruptura que o conceito de *interdisciplinaridade* carrega, mais óbvio, é com relação à fragmentação das disciplinas. Os especialistas, por sua formação, permanecem estranhos uns aos outros; falam linguagens diferentes, que não se harmonizam; e se negam mutuamente. O segundo propósito é romper com a parcialidade do conhecimento do especialista, para que ele transcenda sua própria especialidade ao

tomar consciência das contribuições de outros especialistas, de outras áreas do saber. Da mesma forma, as disciplinas deveriam romper suas fronteiras e assimilarem as contribuições de outras disciplinas. O terceiro propósito, mais profundo, estaria na superação das incertezas e contradições de uma sociedade pós-moderna, esfacelada pelo parcelamento dos conhecimentos. As ciências, ao definirem, isoladamente, a consciência da humanidade, produziriam uma confusão ontológica. Como se todas elas estivessem em uma corrida, movidas pelo conhecimento parcial que produzem, incoerentes umas com as outras e muitas vezes adversárias entre si. Essa divergência faria com que os indivíduos perdessem a solidez de valores e o sentido de humanidade, o que o autor definiu como *patologia do saber*.

Para Japiassu (1976), por meio da *interdisciplinaridade*, seria possível superar a fragmentação das disciplinas, a soberba do especialista e a crise de consciência vivida pela humanidade. O autor não nega a importância das disciplinas e da especialização, sobretudo nas pesquisas científicas, tampouco acredita que os debates interdisciplinares sejam simples espaços de troca de dados. Propõe uma política compensatória de não-especialização, na tentativa de trazer à consciência dos homens a importância da totalidade do conhecimento, e que as trocas de informações e críticas nos encontros interdisciplinares sejam espaços capazes de reduzir os obstáculos ao enriquecimento recíproco, onde os conflitos, a concorrência e a propriedade intelectual cedam lugar ao trabalho em comum de busca e compartilhamento de conceitos, metodologias, epistemologias, procedimentos, dados e formas de organização de pesquisa e ensino.

A *interdisciplinaridade* seria ainda capaz de ampliar a formação geral, permitindo aos indivíduos descobrir melhor suas aptidões e seu papel na sociedade; estimularia o “aprender a aprender”; proporcionaria uma posição crítica frente às informações recebidas; prepararia para uma formação profissional para um mundo do trabalho que exige uma formação polivalente; desenvolveria a educação permanente; engajaria os especialistas na pesquisa em equipe, fornecendo-lhes instrumentos conceituais que permitissem a superação dos limites das metodologias de suas especialidades.

Frigotto (2008) explicita que a *interdisciplinaridade* tem um caráter dualista. Ao mesmo tempo em que ela se impõe como necessidade, igualmente, o faz como problema. Para o autor, enquanto necessidade, a interdisciplinaridade funda-se no

[...] caráter dialético da realidade social que é, ao mesmo tempo, una e diversa e na natureza intersubjetiva de sua apreensão, caráter uno e diverso da realidade social nos impõe distinguir os limites reais dos sujeitos que investigam dos limites do objeto investigado (FRIGOTTO, 2008, p. 43-44).

Nessa perspectiva, o autor aponta que não há como fragmentar a realidade social de um objeto. A compreensão do objeto passa pelo conhecimento da totalidade concreta dos múltiplos fatores que o determinaram, independentemente, do necessário recorte que o delimite. Esses fatores, de ordem biológica, psíquica, intelectual, cultural, afetiva, estética, estão entretecidos, indissociáveis e constituem-se em unidade na diversidade.

Logo, a construção do conhecimento no campo das ciências sociais exigiria que a *interdisciplinaridade* trabalhasse como uma lente capaz de desvelar as relações existentes entre as dimensões determinantes da realidade de um objeto, com vistas ao alcance de uma maior objetividade científica. Assim, a fragmentação, fenômeno vinculado ao positivismo e ao empirismo, e o reducionismo estruturalista, caracterizado pelo abandono do plano histórico-empírico e enriquecimento do plano discursivo se constituiriam em obstáculos a serem transpostos por meio da *interdisciplinaridade*.

Enquanto problema, a *interdisciplinaridade* estaria sujeita às limitações do sujeito que busca construir o conhecimento de uma determinada realidade. Essas limitações revelam-se no plano ontológico, ideológico, epistemológico, teórico e prático. A cisão da dominação de classes, produzida e desenvolvida no plano das relações de produção do homem social, é explicitada no plano da consciência, das representações e concepções da realidade.

Necessitamos, então, perceber que a superação mais profunda dos limites que encontramos na produção do conhecimento e nos processos pedagógicos de sua socialização, somente se dará de forma mais efetiva na medida que forem sendo rompidas as relações sociais que fornecem a base material destes limites. Superação da divisão entre trabalho manual e intelectual e dos mais diversos processos e mecanismos de exclusão, que no horizonte histórico significa lutar pela superação da sociedade de classe (FRIGOTTO, 2008, p. 51-52).

O autor ainda aponta que apenas a superação de uma dominação burguesa da produção do conhecimento seria capaz de remover os limites dessa produção. Completa que a *interdisciplinaridade* pode ser encarada apenas como um recurso didático, e correr o risco de tornar-se mera justaposição de disciplinas e conteúdo.

A *interdisciplinaridade* é um conceito que permeia todo o PPP-FB e está presente em diversos parágrafos, como os citados abaixo.

Neste novo PPP outra importante reformulação foi a necessidade da *interdisciplinaridade*, na qual especialistas de diversas áreas orquestram com esforços convergentes e não justapostos. Buscam-se

espaços comunicantes, em termos de conteúdos e teorias, estimulando o trabalho em equipe, desenvolvendo o hábito de discutir e trabalhar juntos, com a finalidade de apurar o sentido convergente da construção do conhecimento. Na formação própria do médico generalista, deve-se cercar a realidade com múltiplos enfoques (UNIOESTE, 2013, p. 10-11, grifo nosso).

[...] A interdisciplinaridade representa a possibilidade de promover a superação da dissociação das disciplinas e dos conteúdos, fazendo com que não haja fragmentação do eixo de formação, bem como das experiências acadêmicas com a realidade social (UNIOESTE, 2013, p. 13).

A segunda estratégia das DCN 2001 para promover a *aprendizagem pelo trabalho* é a de *integração ensino-serviço*. Entende-se essa estratégia como o trabalho coletivo, integrado, entre estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo os gestores. Essa abordagem tem como objetivos a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, a qualidade da formação profissional e o desenvolvimento e satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

No Brasil, a integração entre ensino e serviço surgiu com o nome *integração docente-assistencial - IDA*, no ano de 1974, a partir de iniciativa da Comissão de Ensino Médico do MEC e da XII Reunião da ABEM, ao admitirem a insuficiência do hospital como único cenário para o desenvolvimento prático dos estudantes e ao proporem o internato fora da escola médica. Inicialmente, a IDA possuía dois propósitos: um assistencial, com a possibilidade de ampliar a cobertura, a custos menores, devido à necessidade de expansão da assistência médica previdenciária, correspondente, em última análise, ao crescimento econômico do período; e um educacional, com a possibilidade de inserção do estudante na realidade do sistema de saúde e substituindo a relação de ensino e pesquisa do modelo flexneriano por uma relação de ensino e trabalho. A ideia era permitir que os estudantes pudessem frequentar os diversos níveis de atenção à saúde, mas a falta de supervisão do treinamento em serviço levou a uma frustração e uma execução limitada da proposta (CURY; MELO, 2006).

Em um segundo momento, a IDA voltou-se aos convênios entre a Previdência Social e os hospitais universitários, mas a mudança de perfil dos pacientes, de uma população indigente a uma população previdenciária, ao elevar o nível de exigências sobre os cuidados e ao desaprovar a abordagem por parte de estudantes, limitou o crescimento desses programas (FEUERWERKER, 1998).

Houve ainda um terceiro momento de desenvolvimento da *integração ensino-serviço*, através de um convênio entre a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de

Nível Superior - CAPES e a Fundação Kellogg, com a criação do Programa de Apoio Pedagógico aos Profissionais de Saúde - PAPS, que pretendia coordenar e assessorar as experiências da IDA. As principais delas constituíram-se em departamentos de medicina preventiva e social e centros de saúde. Os projetos remanescentes desse período constituíram uma rede, a Rede IDA.

No início da década de 1990, surge o Programa Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde - União com a Comunidade, ou simplesmente UNI, mais uma vez patrocinada pela Fundação Kellogg. Sua proposição central se baseou na relação de parceria entre a universidade, os serviços locais de saúde e a comunidade, como o alicerce sobre o qual devem estar fundados os processos de transformação da educação dos profissionais e dos sistemas de saúde. O UNI propôs articular esses três atores em um sistema mais complexo e orientado para a inovação das práticas de saúde e da formação profissional. A Rede UNIDA, mencionada anteriormente, nasceria da articulação entre os programas UNI e a Rede IDA e se tornaria um agente ativo na discussão da formação de recursos humanos em saúde (FEUERWERKER, 1998).

Os defensores da estratégia advogam que a implantação da *integração ensino-serviço* exigiria a estruturação dos currículos a partir dos níveis de atenção em saúde, em contraposição ao modelo de disciplinas especializadas. Além disso, consolidaria a relação existente entre a educação médica e o sistema de saúde do país e deslocaria o eixo do ensino fundado nos grandes centros urbanos e nos hospitais para a periferia e para as unidades de atenção básica (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

A estratégia aproximaria pesquisa, docência e assistência, uma vez que a produção do conhecimento científico se concentraria na resolução de problemas da realidade de saúde dos serviços. A relação entre professores e alunos também mudaria e se tornaria menos hierárquica, ao estimular a colaboração entre os sujeitos e evitar a transmissão de conhecimentos de um para o outro. Os sujeitos aprenderiam a trabalhar em equipe e haveria um aumento da participação da comunidade nas decisões dos planos de promoção da saúde, tornando-a, também, parte da equipe. Os espaços de integração se tornariam espaços de consolidação da ética e da percepção do outro no cotidiano do cuidado e a diversidade de situações e cenários permitiriam o desenvolvimento de uma educação permanente (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

Albuquerque e colaboradores (2008) ainda apontam as principais críticas enfrentadas pela *integração ensino-serviço* e as dificuldades para a sua ampla implantação. A primeira crítica estaria no fato da relação entre universidade, serviço de saúde e comunidade não ser substantiva, horizontal e igualitária. A relação desigual

ficaria evidente nas negociações entre as três partes envolvidas sobre as responsabilidades de cada uma. A segunda crítica estaria na prática pedagógica universitária que, ao perpetuar a metodologia tradicional, reforçaria a ideia de um compromisso exclusivo com a criação, preservação e transmissão de saberes, não havendo espaço para atuar na produção de serviços. Além disso, as políticas e estrutura de universidades e serviços impossibilitariam a participação mais efetiva dos profissionais de ambas as partes nos programas. Outro problema para a plena implantação seria o distanciamento e a falta de um espaço de diálogo entre os envolvidos, onde cada um possa fazer suas considerações e repactuar, permanentemente, a parceria. As queixas partem de ambas as partes. De um lado, a queixa dos profissionais do serviço recai sobre professores e estudantes, que estariam preocupados apenas com os objetivos acadêmicos, de outro lado, professores e estudantes alegam que os profissionais do serviço estariam preocupados apenas com os procedimentos e com a produtividade. A última crítica estaria na incapacidade da *integração ensino-serviço* de superar a prática médica dominante, por estar inserida em espaços que mantêm o foco no modelo assistencial centrado no procedimento, em detrimento de um modelo centrado no indivíduo e na comunidade.

Embora não seja evidente no texto, o PPP-FB traz um parágrafo que remete à *integração ensino-serviço*.

[...] O Curso de Medicina desenvolverá junto à comunidade, externa e interna, *atividades de extensão, envolvendo sempre que necessário outros profissionais e instituições nessas ações, viabilizando uma relação transformadora entre Universidade e Sociedade* e possibilitando que a extensão reconheça na sociedade uma fonte de conhecimento significativo, naturalmente qualificado para o diálogo com o conhecimento científico (UNIOESTE, 2013, p. 66, grifo nosso).

Entende-se a estratégia como o trabalho coletivo, integrado, entre estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo os gestores. A ideia é quebrar o modelo de estruturação do currículo baseado em disciplinas especializadas; consolidar a relação entre educação em saúde e sistema de saúde do país; aproximar a pesquisa da realidade dos serviços de saúde e entender que as comunidades são fonte de conhecimento; estimular a cooperação e colaboração entre os sujeitos e tornar a relação professor-aluno menos hierarquizada; aumentar a participação da comunidade nas decisões dos planos de promoção de saúde.

A falta de referências a essa estratégia pode ser explicada pela ausência de sólidas

parcerias estabelecidas entre o curso, recém autorizado, e os serviços de saúde. A palavra “provavelmente” e a expressão “pode tornar-se”, citadas no fragmento abaixo, deixam explícita a instabilidade da parceria entre o HRS e o curso de medicina.

O aprendizado das disciplinas clínicas e os estágios são realizados *provavelmente* no Hospital Regional do Sudoeste do Paraná (pois já existe um protocolo de intenções para que o mesmo torna-se Hospital universitário), em Unidades Básicas de Saúde e serviços de segundo nível de complexidade do município de Francisco Beltrão, CEONC e também em instituições de saúde conveniadas.

O Hospital Regional do Sudoeste do Paraná é o hospital que *pode tornar-se* hospital de ensino da Unioeste e ser utilizado pelo Curso de Medicina. Conta com 188 leitos, sendo 158 leitos gerais e 30 leitos de UTI (destes 20 para atendimento a adultos, 08 para neonatal e 02 para pediatria), todos prontos e equipados (UNIOESTE, 2013, p. 20).

A não consolidação da parceria pode ser observada em notícias sobre as dificuldades de realização do estágio obrigatório e da conversão do HRS em hospital-escola (JORNAL DE BELTRÃO, 2017).

A última estratégia das DCN e do PPP-FB para promover uma *aprendizagem pelo trabalho* é a *diversificação dos cenários de aprendizagem*. Os cenários de cuidado em saúde são diversos em complexidade. Nos hospitais, locais tradicionais de ensino da medicina, é possível deparar-se com pacientes com autonomia muito reduzida, fragilizados, dependentes de cuidados para a manutenção da vida. Além dessas características do paciente internado, os hospitais são classificados na rede de saúde como locais de atenção terciária ou quaternária, por serem utilizados, em geral, para a assistência e a produção do conhecimento especializado.

Em contrapartida, há situações em que os pacientes têm grande autonomia e vivem suas vidas, trabalham e divertem-se de acordo com suas possibilidades. Nesses últimos, as estratégias de atenção e prevenção da saúde requerem uma competência relacional e conhecimento do universo cultural dos indivíduos e dos coletivos para ampliar a *qualidade de vida*. Os espaços característicos de contato com pacientes com grande autonomia são aqueles voltados à atenção primária, como as Unidades Básicas de Saúde - UBS e os PSF. Há, ainda, espaços de atenção secundária, como hospitais-dia, centros ambulatoriais especializados, centros cirúrgicos ambulatoriais, internamentos e atendimentos domiciliares, onde a complexidade não é tão baixa, quanto na atenção primária, e nem tão crítica, quanto nos pacientes hospitalizados. Todas essas situações oferecem diferentes oportunidades de aprendizagem, o que as torna indispensáveis à formação.

O reconhecimento dos diferentes tipos de complexidade dos problemas de saúde exigiria a mobilização de diferentes tipos de saberes e diferentes arranjos tecnológicos do cuidado em saúde. Segundo os defensores dessa estratégia, essa mobilização deveria ser precoce, durante a formação inicial do futuro médico. Os saberes e tecnologias estariam classificados em três tipos: *tecnologias duras*, como equipamentos e medicamentos; *tecnologias leve-duras*, como os saberes científicos da clínica e da epidemiologia; e *tecnologias leves*, os saberes relacionais com os quais se produz o cuidado, como escuta, vínculo, responsabilidade e compromisso. Nos hospitais, a mobilização dos saberes estaria em torno das *tecnologias duras* e *leve-duras*, o que não permitiria uma compreensão integral do paciente, ou seja, embasar a formação apenas na complexidade desse espaço seria limitar a capacidade de aprendizagem do estudante. Por sua vez, na atenção primária seria possível mobilizar as *tecnologias leve-duras* e *leves* e permitir a *formação generalista* (MERHY; FRANCO, 2006, p. 431).

Há, portanto, um esforço das DCN, no plano da prática pedagógica, para promover a integração do futuro médico com outros profissionais de saúde e, no plano da organização curricular, para promover a integração entre as disciplinas, em especial, as do ciclo básico e clínico, rompendo com o modelo flexneriano. Além disso, as parcerias entre universidade, rede de serviços em saúde e comunidade permitiriam conectar pesquisa, docência e assistência, rompendo com o caráter de isolamento entre a universidade e sua responsabilidade social. A diversificação de situações de aprendizagem seria capaz de mobilizar saberes de todos os níveis de complexidade e permitir uma formação geral e integral, rompendo com a centralidade dos hospitais como locais de ensino.

O PPP-FB está totalmente coerente com essa preocupação das DCN. O parágrafo mais representativo dessa premissa é o que se segue.

[...] O método pedagógico central é a exposição do aluno, desde o primeiro dia de aula a problemas reais de saúde de pessoas e comunidades, de complexidade compatível com o momento do Curso e em diversos cenários de atendimento (Unidades Básicas de Saúde, ambulatorios em hospitais, hospital secundário e hospital terciário, unidades de internação, unidades de emergência e de terapia intensiva) (UNIOESTE, 2013, p. 18).

A exposição precoce do aluno nos diversos ambientes de prática médica e a diversificação de situações de aprendizagem seria capaz de mobilizar saberes de todos os níveis de complexidade e permitir uma formação geral e integral, rompendo com a centralidade dos hospitais como locais de ensino.

Percebe-se que o PPP-FB está em consonância com o discurso das DCN 2001 quanto à escolha de um currículo organizado por competências, das metodologias ativas de ensino e aprendizagem e das estratégias de aprendizagem pelo trabalho para a execução dessas metodologias.

3.4 Normas técnico-administrativas

As normas técnico-administrativas relacionam-se às regras que se aplicam de forma objetiva sobre o trabalho pedagógico. São instruções que incidirão sobre o funcionamento do curso. São exemplos: a arquitetura da estrutura curricular; a criação e forma de oferta de disciplinas; a distribuição de cargas horárias; a recomendação sobre as formas de abordagem pelos docentes nas disciplinas (conteúdos curriculares); a criação de programas de avaliação institucional e adequação às metas; a regulamentação de avaliações docente e discente; a apresentação dos cenários de aprendizagem locais etc.

Nesse tópico, o PPP-FB mantém a aproximação com as DCN, mas as instruções nele contidas carregam um teor de autonomia e originalidade. Isso ocorre porque a instituição tem uma característica de recursos que é própria dela e a maneira como esses recursos serão disponibilizados, no sentido de executar o PPP, é de responsabilidade daquela instituição, em particular. Em muitos desses pontos, as DCN não trazem referências e permitem flexibilidade nas escolhas.

Quanto à estrutura curricular, a opção do PPP-FB foi dividir o curso em seis séries. Essas séries são divididas em três partes distintas, de dois anos. As primeiras duas séries correspondem ao ciclo básico, a terceira e quarta séries correspondem ao ciclo clínico e a quinta e sexta séries correspondem ao estágio obrigatório.

Nas duas primeiras séries são ofertadas as disciplinas, consideradas pela UNIOESTE, de formação básica. São as disciplinas gerais, com conteúdos que permitam, ao final do segundo ano, aprimorar no aluno a capacidade de desenvolver o raciocínio clínico (Anexo 4).

Nessa etapa, o PPP-FB traz como meta a promoção de uma “integração maior entre as disciplinas básicas e as demais disciplinas clínicas, através da participação de docentes de especialidades em disciplinas básicas” (UNIOESTE, 2013, p. 18-19). Essa afirmação pretende reforçar o desenvolvimento do raciocínio clínico e está coerente com o princípio da *interdisciplinaridade*.

Na terceira e quarta série, são ofertadas as disciplinas de formação diferenciada, em geral, relacionadas às especialidades médicas. São elas: Anatomia Patológica,

Angiologia, Cardiologia, Dermatologia, Diagnóstico por imagem, Doenças transmissíveis, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia e Obstetrícia, Hematologia-Oncologia, Medicina Intensiva, Medicina Legal, Nefrologia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria e Pneumologia, Psiquiatria, Reumatologia, Saúde Coletiva, Técnica Cirúrgica e Anestesiologia e Urologia.

Chama a atenção no ciclo clínico do curso, a divisão entre disciplinas “clínicas” para o terceiro ano e “cirúrgicas” para o quarto ano. Consta no PPP que tal desmembramento tem a “finalidade de atender pré-requisitos necessários, discutidos pelo corpo docente e discente, facilitando o aprendizado” (UNIOESTE, 2013, p. 19-20). Realmente, na terceira série foram distribuídas, predominantemente, as disciplinas “clínicas” e na quarta série, as “cirúrgicas”, conforme demonstra o Quadro 2. Uma exceção a essa regra é a presença da disciplina de Pediatria na quarta série. Não há referências, no PPP-FB, às razões dessa divisão, nem os critérios de definição do que seriam disciplinas clínicas e cirúrgicas.

Quadro 2: Distribuição das disciplinas da terceira e quarta série em clínicas e cirúrgicas

Disciplinas da terceira série	Disciplinas da quarta série
Cardiologia	Angiologia
Dermatologia	Ginecologia e Obstetrícia
Doenças Transmissíveis	Medicina Intensiva
Endocrinologia	Neurologia
Gastroenterologia	Oftalmologia
Hematologia-Oncologia	Ortopedia
Medicina Legal	Otorrinolaringologia
Nefrologia	Pediatria
Pneumologia	Prática Médica Integrativa IV
Prática Médica Integrativa III	Urologia
Psiquiatria	
Reumatologia	
Língua Brasileira de Sinais - Libras	
Técnica Cirúrgica e Anestesiologia	

Fonte: (UNIOESTE, 2013). Quadro elaborado pelo autor.

Outro detalhe apontado no PPP-FB é a forma de oferta anual e a presença da disciplina de Medicina Intensiva na quarta série, sob a justificativa de aprimorar os

conceitos de emergência e subsidiar os alunos a manejarem pacientes graves durante o internato (UNIOESTE, 2013).

O estágio obrigatório ou internato médico é dividido em ciclos de oito semanas. No quinto ano, os ciclos são realizados em cenários de menor complexidade e, no sexto ano, em cenários de maior complexidade e responsabilidade.

No quinto ano, o aluno cursa Internato de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Saúde Coletiva em cenários de prática menos complexos como enfermarias e unidades de saúde. No sexto ano, iniciam-se novamente os ciclos de Internato de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica Especializada, Cirurgia Infantil, Ginecologia e Obstetrícia de Alta Complexidade e Internato de Pronto-Socorro (UNIOESTE, 2013, p. 22).

Outra modificação importante relacionada ao internato médico, orientada pelas DCN, foi a ampliação da carga horária dessa etapa da formação médica para dois anos. No parecer das DCN 2001, a orientação era para que o estágio obrigatório correspondesse a 35% da carga horária total do curso (BRASIL, 2001c). Essa medida tem articulação com a necessidade de aumentar a carga prática do curso, considerada excessivamente teórica e com o esforço de promover a formação generalista, em detrimento da especializada.

O alargamento do internato médico levou à necessidade de “semestralização” de algumas disciplinas, isto é, disciplinas que eram anuais, tornaram-se semestrais. Foram elas: Cardiologia, Dermatologia, Diagnóstico por Imagem, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia-Oncologia, Medicina Legal, Nefrologia, Pneumologia, Psiquiatria, Reumatologia, Angiologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Urologia, Doenças Transmissíveis e LIBRAS.

O achatamento dessas disciplinas conduz o professor a fazer escolhas prioritárias dos assuntos a serem ministrados. Nesse sentido, o PPP-FB orienta sobre o processo de priorização na escolha dos conteúdos das disciplinas clínicas.

O ensino clínico é ministrado com *ênfase na semiologia* (relação médico-paciente, anamnese, exame clínico e raciocínio clínico) e *nas áreas gerais de formação do médico* (clínica médica, cirurgia, pediatria e ginecologia-obstetrícia). O ensino de áreas mais específicas como dermatologia, oftalmologia e otorrinolaringologia é *centrado naquilo que todo médico deve saber daquela área* (UNIOESTE, 2013, p. 19, grifo nosso).

Em outro fragmento de texto, o PPP-FB orienta que os conteúdos curriculares devem levar em conta as necessidades de saúde das pessoas e das comunidades de nosso país, com ênfase na região (UNIOESTE, 2013).

Duas últimas especificidades podem ser encontradas no PPP-FB sobre o internato médico. A primeira é quanto ao desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso - TCC, cujo objetivo é promover a iniciação científica e a produção bibliográfica, exigido na quinta série. A segunda é quanto à manutenção do Internato em Pronto-Socorro, que na época da redação do documento não era obrigatório pelas DCN 2001. Essa desobrigação foi derrubada pelas DCN 2014, com a orientação para o cumprimento de 30% da carga horária do estágio obrigatório em serviços de Atenção Básica e de Urgência e Emergência do SUS. Dessa carga horária, deve-se priorizar os serviços de Atenção Básica (BRASIL, 2014b). A justificativa para a manutenção do Internato em Pronto-Socorro está no volume de acidentes de trânsito que ocorrem na região.

Francisco Beltrão é uma cidade que polariza uma região com altos índices de violência no trânsito. Considerando esta particularidade regional, optou-se por oferecer ao médico, habilidades específicas na condução do paciente politraumatizado. Apesar de não obrigatório pelas diretrizes do MEC, o Internato de Pronto-Socorro consta no PPP e será realizado nos serviços de emergência do futuro Hospital universitário e serviços do Município (UNIOESTE, 2013, p. 65).

Essa arquitetura complexa de disciplinas do PPP-FB ainda respeita um sistema de pré-requisitos, ou seja, algumas disciplinas precisam ser cumpridas para que as mais avançadas estejam disponíveis aos alunos.

Quanto à criação de disciplinas, uma instrução relevante é a oferta do curso de LIBRAS, oferecida na terceira série do curso e é uma daquelas, consideradas pela UNIOESTE, como de formação geral, ou seja, com ementa e conteúdo imutáveis nos cursos cujas vagas são oriundas de expansão.

No PPP-FB, a presença da LIBRAS é justificada pelo Decreto nº 5.626/2005, que a aponta como uma opção para os cursos de educação superior e de educação profissional, salvo os cursos de Fonoaudiologia e de formação de professores e profissionais da educação, nos quais ela se torna obrigatória (BRASIL, 2005). A UNIOESTE, por sua vez, criou em 20 de outubro de 2005, pela Resolução 319/2005, o Programa Institucional de Ações Relativas às Pessoas com Necessidades Especiais - PEE. Um dos objetivos do PEE é “incentivar a implantação de conteúdos, disciplinas permanentes e/ou optativas referentes à Educação Especial, nos cursos de graduação e pós-graduação da Unioeste” (UNIOESTE, 2005, p. 3).

Ainda sobre o mesmo tema, o PPP-FB preocupou-se em eliminar as barreiras arquitetônicas e permitir o acesso a todos os espaços físicos dos cenários de ensino e aprendizagem do curso.

Atendendo a legislação vigente, todos os ambientes de ensino são contemplados de acessibilidade, ou seja, encontram-se disponíveis para os alunos portadores de necessidades especiais, as rampas de acesso aos cenários de prática, bem como banheiros adaptados. Além disso, a Universidade dispõe de equipe de apoio junto ao PEE - Programa de Educação Especial, que poderão auxiliar na inclusão desses alunos (UNIOESTE, 2013, p. 21).

Outra escolha do PPP-FB foi a criação das disciplinas de Prática Médica Integrativa I, II, III e IV. Essas disciplinas buscam favorecer a inserção precoce dos alunos nos cenários de prática, pois elas ocorrem desde a primeira série do curso (UNIOESTE, 2013).

Quanto aos aspectos técnico-administrativos da avaliação, pode-se dividi-los em dois níveis, conforme o ambiente: avaliação do curso, na instituição; e avaliação do processo de ensino e aprendizagem, na sala de aula.

No primeiro nível, o PPP-FB propõe seis instrumentos de avaliação do curso e do próprio PPP.

1. No âmbito das disciplinas, o PPP-FB orienta reuniões entre professores e alunos para discussão de problemas e sugestões;
2. No colegiado do curso, de frequência mensal, composto por docentes, discentes e coordenação. Nele, são debatidas situações e propostas corriqueiras, que depois de apresentadas e votadas, seguirão para instâncias superiores;
3. No internato médico, ao término de cada área de estágio, os alunos preenchem um questionário de avaliação sobre a área que passaram. A avaliação é ampla e diz a respeito à programação, infraestrutura, aprendizado, locais de estágio, docentes e profissionais que participaram na sua formação;
4. Na avaliação do curso pelos egressos, apontada pelo PPP-FB como uma proposta a ser implantada;
5. Por meio de uma avaliação externa exercida pelo ENADE e pelo SINAES; e
6. Pela participação em projetos da ABEM, de avaliação da adequação às propostas de uma nova educação médica, como observado no segundo capítulo.

No segundo nível, o de avaliação do processo de ensino e aprendizagem, o PPP-FB traz orientações amplas, permitindo uma variedade de formas de abordagem.

Nas diferentes disciplinas desenvolvidas a avaliação pode ser contínua (acompanhamento sistemático durante todo o processo de ensino/aprendizagem), cumulativa (verificação do processo ensino/aprendizagem em etapas sucessivas, geralmente realizada no final de cada subunidade do programa), coletiva (valoriza o desempenho do grupo) e formal (quando se atribui valores para efeito de promoção do aluno). Ainda dependendo do objetivo educacional que se quer aferir, serão utilizadas as seguintes técnicas de avaliação (varia de disciplina para disciplina):

Para avaliar conhecimento: provas discursivas, prova objetiva nas suas diversas modalidades, simulação de casos clínicos, e avaliação subjetiva ao longo do Internato.

Para avaliar habilidades: registro de incidentes críticos, prova prática de simulação.

Para avaliar atitudes: entrevistas, prova oral, registro de incidentes críticos e prova discursiva (UNIOESTE, 2013, p. 29).

Ele ainda destaca que o principal objetivo das avaliações é formativo, em contraste com as avaliações punitivas do ensino tradicional. As formas e os métodos de avaliação, bem como as críticas a ela concedidas, foram abordadas com mais profundidade no segundo capítulo, no item ‘2.3.1 Instrumentos de avaliação da adequação às reformas’.

Para finalizar a análise das normas técnico-administrativas do PPP-FB, destaca-se uma particularidade. O plano, a ser implantado, de criação do Núcleo de Apoio Psicopedagógico, fruto da preocupação com a qualidade de vida do aluno de Medicina, ao abordar as dificuldades e problemas encontrados pelos alunos durante a formação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de análise de conteúdo das DCN 2001 e do PPP-FB conduziu à necessidade de análise, também, das DCN 2014. É sabido que o PPP-FB tomou por base as orientações propostas pelas DCN 2001 devido a uma questão cronológica, pois no ano seguinte à criação do curso, novas orientações foram instituídas pelo MEC. A recomendação das próprias DCN 2014 é para que os cursos iniciados antes do ano de 2014 realizem as adequações curriculares até 31 de dezembro de 2018. Os novos cursos, implantados após 2014, devem respeitar a vigência das DCN 2014 e embasar os novos PPP com os referenciais mais recentes (BRASIL, 2014b). Dessa forma, o PPP-FB precisará ser revisto, agora, sob a ótica das DCN 2014.

A circunstância tornou imperativo, à pesquisa, evidenciar os elementos de atualização das DCN 2014 em relação às DCN 2001, uma vez que a questão é urgente. Logo, serão destacadas as diferenças e semelhanças entre as duas diretrizes.

A instituição da resolução das DCN 2014 é a terceira de uma série de medidas adotadas pela ex-presidente Dilma Rousseff, após as Manifestações de Junho de 2013³², para a área de saúde. A primeira foi a Lei nº 12.842/2013, de 10 de julho de 2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina, também conhecida como “Lei do Ato Médico”; a segunda foi a Lei nº 12.871/2013, que instituiu o Programa Mais Médicos.

No que tange à educação médica, a “Lei do Ato Médico” reforça as políticas de saúde pública voltadas à atenção primária, como a necessidade do médico de desenvolver ações voltadas à *promoção da saúde* e à prevenção de doenças. Outra premissa reforçada pela Lei é o trabalho multidisciplinar em equipe, com cooperação mútua, articulada com a ESF, um dos pilares da *nova saúde pública*. A última referência à educação médica contida na lei é a exclusividade de atuação do médico no ensino de disciplinas especificamente médicas e de coordenação dos cursos de graduação em Medicina, dos programas de residência médica e dos cursos de pós-graduação específicos para médicos (BRASIL, 2013a). A disposição sobre o que o médico pode e deve fazer, obviamente, pautará o perfil formativo do futuro médico.

³² As “Manifestações de Junho de 2013” foram um protesto, originalmente, voltado ao aumento de tarifas de transporte coletivo em capitais e grandes cidades do Brasil. Elas tiveram início ainda em 2012, na cidade do Rio de Janeiro, e foram tomando corpo e se espalhando pelo país, em outros Estados e cidades. Ainda no primeiro semestre de 2013, as reivindicações mantinham a preocupação apenas com o aumento das tarifas, mas conforme as prefeituras foram cedendo aos apelos da população e conforme o crescimento de movimentos de reivindicações sociais impulsionados pelas mídias sociais na *Internet*, outras demandas foram surgindo e se incorporando às manifestações.

A Lei do Programa Mais Médicos pode ser dividida em eixos temáticos, cada um com foco em algum aspecto do trabalho e da educação médica. O último eixo, relacionado à formação para o SUS, contém propostas de intervenção para a reorientação da formação. No ‘Capítulo I - Disposições gerais’, que discorre sobre a formação de recursos humanos na área médica para o SUS, reforça-se as mesmas preocupações com a atenção básica em saúde, com a interiorização e fixação dos profissionais, com a diminuição das desigualdades regionais na área de saúde, com a inserção precoce dos graduandos nos ambientes de prática de trabalho, com a integração ensino-serviço, com o controle social e com as pesquisas voltadas ao SUS. Essas preocupações vão continuar permeando toda a Lei, no decorrer dos capítulos (BRASIL, 2013b).

A lei também manifestou preocupações com o corpo docente, ao exigir, como critérios de qualidade para autorização e renovação de autorização de funcionamento de cursos de graduação em Medicina, a formação ou contratação de profissionais cujo regime de trabalho seja de dedicação exclusiva e com titulações em nível *stricto sensu*. Exigiu, também, a existência de corpo docente com capacidade de desenvolver pesquisas de boa qualidade, aferidas por publicações científicas (BRASIL, 2013b).

A questão da integração ensino-serviço e a diversificação de cenários recebe uma seção especial que discorre sobre a permissão às IES de firmarem contrato com os secretários de saúde municipais e estaduais a fim de viabilizar a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas de residência médica, e da estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade. O contrato prescreve o amplo acesso dos cursos a todos os estabelecimentos assistenciais sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência médica (BRASIL, 2013b).

Nas DCN 2014, as Leis do “Ato Médico” e do Programa Mais Médicos foram consideradas acontecimentos históricos que determinaram novos contornos e demandas da área de saúde no Brasil e se tornaram justificativas da necessidade de atualização das DCN 2001. Novamente, as insatisfações com a qualidade dos serviços de saúde pública, manifestadas por agentes sociais, motivaram reformas no sistema de saúde, que por sua vez, deram causa a uma nova proposta de formação de recursos humanos em saúde.

Com relação à forma de apresentação e à estruturação dos conteúdos, as diferenças entre as DCN 2001 e 2014 são nítidas. A primeira diferença está no fato das DCN 2001 compartilharem pontos comuns com os cursos de Enfermagem e Nutrição. Além disso, no mesmo texto, mas em três seções diferentes, encontram-se as especificidades das

competências e habilidades de cada uma das três áreas de conhecimento. As DCN 2014 configuram-se em um texto exclusivo para os cursos de Medicina.

Aqui, o ponto de crítica é a retomada do isolamento da Medicina das outras áreas da saúde. Esse isolamento remete a uma atenção especial dada aos médicos, contraditória com o discurso de trabalho multidisciplinar e interdisciplinar.

A segunda diferença diz respeito ao tamanho do texto. As DCN 2001 são menores. O Parecer CNE/CES nº 1.133/2001, das DCN 2001, tem nove páginas, o Parecer CNE/CES nº 116/2014, das DCN 2014, tem trinta e duas. A resolução das DCN 2001 tem cinco páginas, a das DCN 2014 tem quatorze.

Uma explicação para um texto mais longo estaria no questionamento à legitimidade da resolução. Como pôde ser observado anteriormente, as DCN 2001 foram fruto de um debate exaustivo ao longo de cinco décadas, intensificados a partir da LDB/96. De maneira diferente, as DCN 2014 foram propostas e instituídas em aproximadamente 180 dias.

Quando se olha para o parecer que embasou as DCN 2014, pode-se perceber um longo preâmbulo de explicações de cunho “histórico” e de “referencial teórico”, que as DCN 2001 não apresentavam. O amplo debate promovido pelas DCN 2001, com a comunidade acadêmica, com as entidades representativas da categoria e com as instituições de pesquisa da EMB seria suprimido e daria espaço a uma série de ocorrências históricas, descrições das legislações e citações de artigos com pretensão de dar legitimidade à necessidade de um novo texto. Muitas das citações são, inclusive, de artigos de periódicos das instituições excluídas do debate.

Quanto à estrutura, as DCN 2001 têm um texto monolítico, com poucas divisões. O texto das DCN 2014 é mais complexo, com vários capítulos, seções e subseções. A complexificação estrutural do texto auxilia no entendimento sobre as especificidades das competências e habilidades, o que não ficou tão nítido nas DCN 2001. As pretensões com essa modificação são a de apresentar uma complementação ao texto anterior e explicar com mais detalhes os pontos de dúvida dos críticos.

Outra diferença é quanto à diretividade do conteúdo. As DCN 2001 apresentam noções muito abrangentes, em especial, sobre as competências e habilidades exigidas do egresso ao final do curso. As DCN 2014 são mais diretivas, os conceitos são definidos com mais profundidade, inclusive, com repetição de ideias para facilitar a consolidação. Há uma compartimentalização dos conteúdos e um alongamento dos artigos, com as especificidades de cada um deles, na expectativa de identificar com clareza excessiva a direção a ser tomada pelas IES.

É importante salientar que a palavra “diretividade” pode conter dois sentidos. No seu sentido etimológico, a palavra remete à orientação, direção. Não se confunde, portanto, com o seu sentido simbólico, no qual pode ser entendida como controle, imposição, prescrição. A advertência é relevante pois a aplicação acima da palavra “diretividade”, quando utilizada na comparação entre a forma dos textos das DCN 2001 e 2014, é apenas no sentido etimológico.

Esse debate sobre o sentido etimológico e simbólico da palavra “diretividade” pode ser expandido em outro, de maior relevância, quanto ao potencial de inovação que carregam as DCN e o impacto dele sobre os PPP dos cursos de medicina. O fato das DCN 2001 apresentarem noções mais abrangentes, ao passar a impressão de falta de diretividade, no sentido simbólico, pode estar coerente com o propósito de sua gênese: acabar com a forma rígida e excessivamente prescritiva da Reforma Universitária de 1968 e transmitir a ideia de flexibilidade e autonomia das instituições.

Contudo, os pré-requisitos cobrados pelas autoridades vistoriadoras, nos momentos de abertura ou revalidação dos cursos, exigiriam um alinhamento textual e prático entre as DCN e os PPP, que permite a afirmação de que o discurso de potencial inovador das DCN se trata de uma falácia. Pouca ou nenhuma brecha seria concedida às IES para inovar em seus PPP devido à necessidade de cumprimento de exigências legais.

A última diferença textual entre as DCN 2001 e 2014 é quanto aos referenciais teóricos. O parecer das DCN 2001 limita-se a demonstrar, no item ‘Histórico’, os documentos, as legislações e os relatórios que as embasaram. O parecer das DCN 2014, além dessa mesma demonstração no item correspondente, faz menção a páginas da *Internet*, capítulos de livros e artigos de intelectuais que discorreram sobre os temas nele abordados.

O texto curto das DCN 2001 passou a sensação de sedimentação dos conceitos e de aspiração à universalidade e à permanência, mas as assertivas acima convergem para uma conclusão: as DCN 2014 foram redigidas às pressas, assim como as soluções políticas instituídas após as ‘Manifestações de Junho de 2013’, pelo governo federal.

No plano mais amplo, os dois primeiros capítulos da resolução das DCN 2014 foram consagrados às descrições das competências e habilidades a serem estimuladas nos futuros médicos; e o terceiro capítulo, à descrição de aspectos técnicos, administrativos e pedagógicos com instruções normativas para a distribuição de cargas horárias do curso, a criação de programas institucionais de avaliação e adequação às metas e a fixação de prazos para as metas serem cumpridas.

Os dois primeiros capítulos ainda foram divididos em três seções correspondentes às áreas das competências e habilidades: atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde. No primeiro capítulo, foram descritas as características gerais das competências, correspondentes a cada uma das três áreas. No segundo capítulo, foram descritas as características específicas das competências de cada uma das três áreas, com um acréscimo: cada área ainda seria subdividida em subseções.

Na área de atenção à saúde, as competências específicas foram subdivididas em uma subseção de atenção individual à saúde e uma subseção de atenção à saúde coletiva. Na área de gestão em saúde, uma subseção única voltada à organização do trabalho em saúde. Na área de educação em saúde, três subseções: de identificação das necessidades de aprendizagem individual e coletiva; de promoção da construção e socialização do conhecimento; e de promoção do pensamento científico e crítico e apoio à produção de novos conhecimentos. Em cada subseção, há a descrição das ações-chave ou desempenhos a serem apreendidos pelos futuros médicos e avaliados pelos examinadores.

O terceiro capítulo não apresenta divisões.

A descrição acima permite inferir que a trama de estruturação das competências e habilidades é complexa e a tarefa de analisar o conteúdo, exaustiva. Mesmo assim, a leitura dos descritores de cada ação-chave permitiu identificar com muita clareza a presença dos eixos estruturantes de *promoção da saúde, econômico-político, ético-cultural e tecnológico-simbólico*; e dos elementos da *organização curricular por competências* e das *metodologias ativas de ensino e aprendizagem*, tais quais os debatidos no terceiro capítulo.

Portanto, a essência da proposta de reforma se manteve: atuar sobre a formação médica com vistas a substituir um modelo de EMB por outro que atenda aos interesses do novo projeto de sistema de saúde.

Quanto às normas técnico-administrativas, chama a atenção uma inovação das DCN 2014: a inclusão, como cenário de aprendizagem, dos Serviços de Urgência e Emergência no SUS. Essa inserção adveio de críticas ao esquecimento desse cenário nas DCN 2001.

Há artigos que enfatizam a importância das avaliações internas e externas e da obrigatoriedade de consonância dos cursos com o SINAES. Destacam-se as orientações para que os cursos mantenham avaliações permanentes de si, em todas as dimensões do processo formativo. Uma outra inovação foi a implantação de avaliação específica do estudante de Medicina, não apenas do egresso no final do curso, mas também no período em que estiver estudando, de caráter bienal, similar ao Teste de Progresso.

Três outras atualizações das DCN 2014 estão relacionadas ao corpo docente: a orientação para a criação do Núcleo Estruturante Docente, para atuar na concepção, consolidação, avaliação e contínua atualização e aprimoramento do PPP do curso; a orientação para a criação de Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde, com vistas à valorização do trabalho docente, ao maior envolvimento dos docentes com o PPP e ao aprimoramento em relação à proposta formativa contida nas diretrizes, de atuação baseada em metodologias ativas; e a orientação para a formação e desenvolvimento da docência em profissionais dos serviços de saúde, para participar dos processos de ensino e aprendizagem nos cenários de prática do SUS.

Outra preocupação das DCN 2014 é quanto à disponibilidade de vagas dos programas de residência médica, orientando para que as instituições formadoras aumentem gradativamente a quantidade de vagas até chegar a um número equivalente ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina no ano anterior. Há de se ressaltar que essa expansão não é apenas quantitativa, mas qualitativa, com oferta de cursos, prioritariamente, na área de Saúde da Família.

No final da resolução, as DCN 2014 resumem todas as ideias contidas nas propostas da nova educação médica, cujos percursos históricos essa pesquisa fez questão de investigar. O currículo do curso de graduação em Medicina deve levar em consideração as necessidades de saúde da população; utilizar metodologias ativas na construção do conhecimento; promover o multiculturalismo; promover a interdisciplinaridade; ter as Ciências Humanas e Sociais como eixo do processo formativo; inserir o aluno precocemente no mercado de trabalho; utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem; e promover a integração entre ciclos básicos e clínicos, entre teoria e prática, entre instituições de ensino, serviços de saúde e comunidade.

O debate sobre a atualização proposta pelas DCN 2014 é fundamental para entender quais as novas exigências da educação médica, ou seja, que necessidades havia para dar início a um novo projeto.

Projetar é antecipar, na mente de quem projeta, uma realidade almejada. Nessa definição ampla, para que um projeto exista, são necessários dois elementos principais: o desconforto com a realidade concreta e agentes que almejam uma realidade diversa da que vivem.

Percebe-se, prontamente, que a insatisfação é condição para a existência do projeto. Sem ela, não haveria aspiração à mudança, pois o desejo de alterar uma realidade, por parte de um agente ou coletivo que a vivencia, mesmo que tal realidade pareça satisfatória aos olhos de um observador externo a ela, pressupõe uma incongruência com

essa realidade. Em segundo lugar, todo projeto tem, supostamente, um vetor resultante positivo, ou seja, não se espera que a proposta vise a alterar a realidade para pior, ela pressupõe a esperança de melhora. Projetar seria aspirar à passagem de um estado de insatisfação à esperança de um estado melhor.

O mesmo acontece com o projeto de saúde para o Brasil. A observação de que o acesso à saúde é ineficiente, caro e desumano é a insatisfação que o gesta. Os desconfortos com os serviços de saúde são percebidos por agentes inseridos nessa realidade, os usuários do sistema de saúde, que relatam seus desconfortos, como mais profissionais, mais estabelecimentos de saúde, mais equipamentos, mais insumos, mais recursos, mais qualidade no atendimento, mais acesso às consultas, mais velocidade no diagnóstico e tratamento, entre outras.

Nessa fase, as insatisfações ainda são genuínas, em estado bruto, caoticamente distribuídas. Todavia, ao serem relatadas, transformam-se em demandas que serão organizadas e filtradas por ouvidores: mídia, gestores de saúde, profissionais da política etc. A partir desse ponto, virarão pautas que frequentarão debates, conflitos, mediações, intervenções, enfim, ganharão materialidade. Nesse momento, o projeto torna-se uma coleção sistematizada de insatisfações, composta pelas mais diversas matérias. No caso dos projetos de saúde nacionais, uma dessas matérias é a educação médica.

No primeiro capítulo, foram evidenciados os descontentamentos com a EMB, apontados por especialistas e outros porta-vozes, como responsáveis por parte das causas de um sistema de saúde deficitário, em especial, aqueles ligados à formação médica, como a identidade cultural cientificista, corporativista e elitista do médico; a prática médica especializada e tecnológica; a expansão das escolas médicas; o currículo organizado pela lógica tecnicista; e as metodologias tradicionais de ensino e aprendizagem.

Foram demonstradas, também, as mudanças ocorridas nas políticas educacionais e de saúde pública que impactaram diretamente a EMB e a conduziram ao patamar em que se encontrava previamente à implantação das DCN 2001. Tais políticas, juntamente com a prática médica, foram corresponsáveis pela constituição do modelo de educação médica condenado pelos críticos.

Nesse momento, é preciso entender que os ouvidores das demandas são filtros interessados. Durante a filtragem, as insatisfações passam por poros mais permeáveis ou mais restritivos.

A pesquisa procurou demonstrar quais forças puderam participar do processo de filtragem das demandas e da confecção das propostas de mudanças, os discursos que trouxeram ao debate e que relevância tiveram. Essas forças originavam-se de vários

segmentos sociais, como instituições vinculadas à educação médica, à classe médica, a organismos internacionais, à educação superior, à política etc. A exposição desses agentes sociais e o interesse que manifestavam na discussão auxiliaram no entendimento de como as propostas de mudança foram criadas.

No segundo capítulo, a preocupação esteve em desvelar o contexto histórico imediato do surgimento das DCN 2001. Tratou-se de um capítulo com características de narrativa do surgimento dos objetos de pesquisa e de apresentação de aspectos técnicos, como análise da estrutura textual e da forma dos documentos.

Foram trazidas para o debate algumas questões, como as estratégias para a execução das propostas de reformas e o avanço nos sistemas de avaliação institucional. Todas essas questões, em maior ou menor medida, impactaram o surgimento do PPP-FB, como os programas de interiorização do trabalho em saúde, de incentivo das mudanças curriculares e de educação tutorial em saúde; a expansão da mão de obra médica; e a pressão por resultados proporcionada pelos sistemas de avaliação governamentais.

Algumas dessas medidas beneficiaram o processo de constituição do curso de medicina da UNIOESTE - *campus* Francisco Beltrão, principalmente, as políticas de interiorização e expansão da mão de obra médica, intimamente relacionadas às justificativas formais da existência do curso, citadas no PPP-FB. Outras estratégias fazem parte do cotidiano dos alunos, professores e coordenadores, como os programas de educação tutorial, os de integração ensino-serviço e os sistemas de avaliação. Esse último, temido pela necessidade de demonstrar qualidade para o reconhecimento do curso.

Para chegar ao núcleo da questão principal da pesquisa “quais as aproximações e os distanciamentos do PPP-FB com as propostas de uma nova educação médica?”, foi necessária uma abordagem por camadas. Uma vez que as DCN são o referencial maior para os PPP dos cursos de medicina, para entender como um PPP é concebido, foi preciso entender como as DCN foram concebidas; e para compreender como estas foram concebidas, foi preciso descobrir as determinações que as fizeram emergir. O resgate histórico dos primeiros dois capítulos permitiu a construção de sólidos alicerces para desvelar a estruturação dos documentos estudados.

Sobre essa estruturação, exposta no terceiro capítulo, é necessário destacar o intenso movimento de classificação dos artigos, parágrafos e incisos. Cada fragmento de texto das DCN 2001 e do PPP-FB é composto por diversas temáticas, sobrepostas e indissociáveis. Como um quadro que, observado de certa distância, parece um todo monolítico e equilibrado, mas inspecionado de perto, percebe-se que é composto por diversas tonalidades de cores e pinceladas de variadas intensidades.

O trabalho da pesquisa foi o mesmo de um restaurador, de remover as camadas superficiais de uma obra para chegar ao matiz original. Por baixo de uma aparente harmonia e indissociabilidade, os fragmentos de texto continham influências de diversas áreas do conhecimento e de representações ideológicas e simbólicas, as quais foram chamadas de referências. Em última instância, o papel da pesquisa foi de revelar a identidade das referências e dissecar a origem delas.

A dificuldade do estudo residiu na realização da análise dos textos. Análise entendida em sua definição mais simples, a de isolar ou separar as categorias para estudá-las. Assim como as tintas, elas não desagregam com facilidade. Em decorrência desse inconveniente, houve um prejuízo de estilo na exposição do estudo, comprometendo o didatismo e a cronologia. Entretanto, ao mesmo tempo, revelou como o encaixe congruente e intimamente ajustado dos eixos permitiu a aparência de textos lógicos e coesos.

Ao final do percurso do trabalho foi possível comprovar a ostensiva concordância entre o texto do PPP-FB e as representações das propostas da nova educação médica, as DCN. Quanto a essa constatação, a pesquisa demonstrou que as ideias contidas nas DCN 2001 foram essenciais para a redação do PPP-FB, em algumas partes, inclusive, com cópia integral das noções e do texto. Um dos fatores que impulsionaram a reprodução do conteúdo das DCN 2001 foi a urgência em responder à sociedade demandante, que desejava melhores condições de acesso à saúde na região, uma esperança depositada no curso de medicina. A solução encontrada para apressar a existência de uma escola médica na região foi a expansão de vagas de um curso já existente, porém, como se pôde perceber, essa característica levaria a uma imposição de regras, por parte da UNIOESTE, que resultaria na necessidade de manter intactas algumas premissas contidas no PPP do curso original.

A pressa da sociedade, o fato de ser um curso novo e as normas institucionais conduziram o PPP-FB a uma existência parcialmente desarticulada com as necessidades do curso local. Da mesma forma, as DCN constituem-se em direcionamento com influências tão intensas, que não permitiriam ao PPP-FB escapar delas. A situação ofereceria pouco espaço à inovação pedagógica.

Assim, os resultados da pesquisa apontaram para a necessidade do resgate da relevância do PPP-FB como instrumento político. O PPP não se trata de um mero documento que reúne planos de ensino, institui cargas horárias ou descreve a organização física e funcional de uma escola qualquer. A importância dele vai além de um dever burocrático. É o documento que deixa transparecer a identidade da escola; dá forma e

regula as ações dos agentes nela inseridos; interfere no trabalho pedagógico dentro e fora da sala de aula; na rotina de alunos e professores; define conteúdos, relações de trabalho, tempos e avaliações. Em outras palavras, pode-se afirmar que ele é a “alma” da escola, algo que lhe dá direção e sentido.

Se o PPP é a substância que abrange a estrutura e o funcionamento de uma determinada instituição escolar e se ele pertence ao coletivo que o vivencia em um dado momento histórico, não é possível pensar em um projeto que não tenha como meta a satisfação dos interesses de todos ou da maioria dos agentes envolvidos naquela instituição.

Essa afirmação fornece o substrato da dimensão política do PPP, ao envolver e impactar todo um coletivo e ao permitir a deliberação sobre a satisfação dos desejos e demandas desse grupo, na representação dos interesses reais de uma população. Além disso, na intencionalidade de todo processo educativo está presente o compromisso de formação do cidadão para a sociedade da qual faz parte, fato esse, intrinsecamente, de ordem política.

Nesse debate sobre a melhor maneira de formar médicos no curso, é fundamental o envolvimento de todos os envolvidos no processo formativo, professores, alunos e coordenadores. Aos olhos da pesquisa, se e quando for possível redefinir o PPP-FB, essa prerrogativa é condição primeira.

Outra recomendação da pesquisa é considerar o PPP-FB como um processo permanente de reflexão e discussão dos problemas do curso, tornando-o perene e dinâmico. Não se trata de mero arrolamento de insatisfações, mas planejamento, viabilização e execução de respostas. Enquanto espaço de reflexão permanente, o PPP propicia um exercício de cidadania e vivência democrática e torna-se político e pedagógico, simultaneamente. O dualismo daria lugar à unidade, ao proporcionar uma relação de reciprocidade e indissociabilidade das duas dimensões.

Na prática, o espaço público de debate sobre o PPP é cercado por relações de poder, interessadas e hierárquicas; e as decisões estão distantes do consenso. Assim, a experiência democrática buscaria superar os conflitos das relações de poder, pois asseguraria a transparência e aumentaria a legitimidade das decisões, garantiria o controle sobre os acordos estabelecidos e inauguraria um canal aberto de comunicação e de contemplação de questões.

A última recomendação, apontada pela pesquisa, é para que seja garantida, por antecipação, a existência e a manutenção da experiência democrática.

Não foi objetivo da pesquisa condenar ou apoiar as propostas de uma nova educação médica. Essa tarefa caberá à história. Algumas ênfases, em determinados posicionamentos, foram necessárias para demonstrar onde houve avanços e onde houve recuos na EBM e na construção dos documentos.

Para finalizar, é preciso explicitar que a execução e a avaliação da execução do PPP-FB não foram objetos da pesquisa, mas o presente estudo pode revelar-se um subsídio para estimular experiências democráticas e inovadoras no processo de reforma do PPP-FB. O melhor entendimento dos elementos que compõem a nova educação médica, fatalmente, contribuirá para as melhores escolhas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

ALMEIDA, M. J. A educação médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 42-52, 2001.

ALVES, C. R. L. *et al.* Mudanças curriculares: principais dificuldades na implementação do PROMED. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 157-166, 2013.

ALVES, G. **Por falta de eficácia, pesquisa com 'pílula do câncer' é suspensa**. Folha de São Paulo, São Paulo, 31 mar. 2017. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br>>. Acesso em: 05 ago. 2017.

ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO SUDOESTE DO PARANÁ. **Carta do Sudoeste 2002**. AMSOP, Francisco Beltrão, ago. 2002. Disponível em: <http://amsop.com.br/ams-carta_sudoeste2002.php>

ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO SUDOESTE DO PARANÁ. **Carta do Sudoeste 2006**. AMSOP, Francisco Beltrão, ago. 2006. Disponível em: <http://amsop.com.br/ams-carta_sudoeste2006.php>

ANDRADE, J. **Marco Conceptual de la Educacion Médica en la América Latina**. Serie desarrollo de recursos humanos n. 28. Washington: OPS/OMS, 1979.

APPLE, M. W. **Ideologia e currículo**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BERTOLOZZI, M. R.; BÓGUS, C. M.; SACARDO, D. P. Saúde internacional e sistemas comparados de saúde pública. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G. (Org.). **Saúde Pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 253-268.

BICUDO, A. M. *et al.* Avaliação do estudante: contribuição do teste de progresso. In: LAMPERT, J. B.; BICUDO, A. M. (Org.). **10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014. p. 15-22.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto, 1994.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand, 1989.

BOURDIEU, P.; PASSERON, J. C. **A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino**. Petrópolis: Vozes, 1970.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde: o Brasil falando com quem quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social**. Brasília, 15 a 19 de dezembro de 2000.

_____. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. **Parecer nº 776/97**. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Brasília, 04 abr. 2001a.

_____. Lei nº 10.172, de 09 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 10 jan. 2001b. Seção 1, p. 1.

_____. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES nº 1.133/2001, de 07 de agosto de 2001c.

_____. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina**. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 4, de 07 de novembro de 2001d.

_____. Decreto nº 3.745, de 05 de fevereiro de 2001. Institui o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 06 fev. 2001e. Seção 1, n. 26-e, p. 2.

_____. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Projeto de incentivo a mudanças curriculares em cursos de medicina - PROMED**. Brasília, 2001f. [online]. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/inc.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2017.

_____. Lei nº 11.180, de 23 de setembro de 2005. Institui o Projeto Escola de Fábrica, autoriza a concessão de bolsas de permanência a estudantes beneficiários do Programa Universidade para Todos - PROUNI, institui o Programa de Educação Tutorial - PET, altera a Lei nº 5.537, de 21 de novembro de 1968, e a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 26 set. 2005a. Seção 1, n. 185, p. 1.

_____. Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. **Diário Oficial da União**. Brasília, 23 dez. 2005b. Seção 1, n. 246, p. 28.

_____. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRO-SAÚDE**. Brasília, 2007. [online]. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/inc.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2017.

_____. Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 05 mar. 2010. Seção 1, n. 43, p. 52.

_____. **Recurso contra a decisão da Secretária de Educação Superior que, por meio da Portaria nº 1.131/2010, indeferiu pedido de autorização do curso de Medicina, bacharelado, pleiteado pela Faculdade de Pato Branco.** Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES nº 354 /2011, de 1º de setembro de 2011.

_____. Decreto nº 7.824, de 11 de outubro de 2012. Regulamenta a Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012, que dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio. **Diário Oficial da União.** Brasília, 15 out. 2012. Seção 1, n. 199, p. 6.

_____. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. **Diário Oficial da União.** Brasília, 11 jul. 2013a. Seção 1, n. 132, p. 1.

_____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 09 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 07 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, 23 out. 2013b. Seção 1, n. 206, p. 1.

_____. MEC/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Relatório de Área - ENADE 2013 - Medicina.** Brasília, 2013c. [online]. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/enade/relatorio-sintese-2013>>. Acesso em: 18 out. 2015.

_____. MEC/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. **Conceito Preliminar de Curso - CPC 2013 - Medicina.** Brasília, 2013d. [online]. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/educacao-superior/indicadores/cpc>>. Acesso em: 18 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Para entender o controle social na saúde.** Brasília, 2013e.

_____. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.** Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES nº 116/2014, de 06 de junho de 2014a.

_____. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.** **Diário Oficial da União.** Brasília, 23 jun. 2014b. Seção 1, p. 8-11.

_____. Lei nº 13.269, de 13 de abril de 2016. Autoriza o uso da fosfoetanolamina sintética por pacientes diagnosticados com neoplasia maligna. **Diário Oficial da União.** Brasília, 14 abr. 2016. Seção 1, n. 71, p. 1.

BRIANI, M. C. **História e construção social do currículo na educação médica: a trajetória do curso de medicina da faculdade de ciências médicas da Unicamp.** Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

BUENO, R. R. L.; PIERUCCINI, M. C. **Abertura de escolas de medicina no Brasil: relatório de um cenário sombrio.** 2ª ed. Brasília, 2005. [online]. Disponível em: <www.portalmedico.org.br>. Acesso em: 29 set. 2016.

CANADA. **Ottawa Charter for Health Promotion**: an international conference on health promotion. Ottawa, WHO/Ministry of Health and Welfare, 1986.

CAVALCANTI, N. O. A reordenação urbanística da nova sede da Corte. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro**. Rio de Janeiro, n. 136, jul./set., p. 149-199, 2007.

CAVALHEIRO, J. R.; MARQUES, M. C. C.; MOTA, A. A construção da saúde pública no Brasil no século XX. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G. (Org.). **Saúde Pública**: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 1-14.

CEZAR, P. H. N. *et al.* Transição paradigmática na educação médica: um olhar construtivista dirigido à aprendizagem baseada em problemas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 298-303, 2010.

COMTE, A. **Curso de filosofia positiva**. Tradução: José Arthur Gianotti. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

COMTE-SPONVILLE, A. **Apresentação da filosofia**. Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia médica no Brasil**: volume 2: cenários e indicadores de distribuição. São Paulo, 2013.

CORREIA, M. V. C. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira**: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

CRUZ, M. D. Conselho Ultramarino. **e-Dicionário da Terra e do Território no Império Português**, 2015. Disponível em: <<https://edittip.net/2015/01/05/conselho-ultramarino>>. Acesso em: 02 ago. 2017.

CURY, G. C.; MELO, E. M. Ensino baseado em pessoas: a experiência da mudança curricular de 1974 realizada pela faculdade de medicina da UFMG. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 46-48, 2006.

DELZANEZE, T. **As Reformas educacionais de Benjamim Constant (1890-1891) e Francisco Campos (1930-1932)**: o projeto educacional das elites republicanas. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal da São Carlos, São Carlos, 2007.

DEWEY, J. **How we think**. Boston: D.C. Heath & CO, 1910.

DEWEY, John. A criança e o programa. In: DEWEY, John. **Vida e educação**. Trad. Anísio Teixeira. São Paulo: Melhoramentos; Rio de Janeiro: Fundação Nacional de Material Escolar, p. 42-62, 1978.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

EDLER, F. C.; FONSECA, M. R. F. Saber erudito e saber popular na medicina colonial. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 8-9, 2006a.

_____. Os agentes oficiais da arte de curar no Brasil colonial. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 10, 2006b.

_____. A formação médica e o nascimento da anatomoclínica. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 13-14, 2006c.

_____. A formação médica e o nascimento da anatomoclínica. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 15-16, 2006d.

_____. O surgimento da medicina experimental e reforma curricular. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 17-18, 2006e.

_____. O ensino médico no cenário republicano. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 19-20, 2006f.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; SANTOS, R. C. (Org.). **CINAEM - Preparando a transformação da educação médica brasileira: Projeto CINAEM, III Fase. Relatório 1999-2000**. Pelotas: UFPel, 2000.

FERREIRA, J. R. A formação do médico generalista - contextualização histórica. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 41-45, 2006.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças da educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec/Rede Unida, 1998.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching**. Bulletin n. 4, Boston: Updyke, 1910.

FORGRAD. **Plano Nacional de Graduação: um projeto em construção**. Fórum de pró-reitores de graduação das universidades brasileiras, Brasília, mai. 1999. [online] Portal do MEC. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/png.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

FORQUIN, J. C. As implicações educativas do pluralismo cultural. In: FORQUIN, J. **Escola e cultura: as bases sociais e epistemológicas do conhecimento escolar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 123-143.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FRIGOTTO, G. Capital Humano. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Osvaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2008.

_____. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. **Ideação - Revista do Centro de Educação e Letras da Unioeste - Campus Foz do Iguaçu**. Foz do Iguaçu, v. 10, n. 1, p. 41-62, 2008.

GARCÍA, J. C. **Características generales de la educación médica en la América Latina**. Washington: OPS/OMS, 1970.

GOODSON, I. F. **Currículo: teoria e história**. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 29-43.

GOULART, L. M. H. F. *et al.* Abordagem pedagógica e diversificação dos cenários de ensino médico: projetos selecionados pelo PROMED. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p. 605-614, 2009.

GOUNET, T. **Fordismo e toyotismo na civilização do automóvel**. São Paulo: Boitempo, 1992.

GREEN, L. A.; FRYER, G. E.; YAWN, B. P.; LANIER, D.; DOVEY, S. M. The ecology of medical care revisited. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 344, p. 2021-2025, 2001.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JORNAL DE BELTRÃO. Fadep apresenta proposta para curso de Medicina. **Jornal de Beltrão**. Francisco Beltrão-PR, 18 ago. 2007a. [online]. Disponível em: <<http://www.jornaldebeltroa.com.br/noticia/26418/fadep-apresenta-proposta-para-curso-de-medicina>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

_____. AMP é contra a abertura de novos cursos de Medicina. **Jornal de Beltrão**. Francisco Beltrão-PR, 18 dez. 2007b. [online]. Disponível em: <<http://www.jornaldebeltroa.com.br/noticia/29300/amp-e-contra-a-abertura-de-novos-cursos-de-medicina>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

_____. Sudoeste mobilizado por curso de Medicina. **Jornal de Beltrão**. Francisco Beltrão-PR, 28 mai. 2010a. [online]. Disponível em: <<http://www.jornaldebeltroa.com.br/noticia/50744/sudoeste-mobilizado-por-curso-de-medicina>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

_____. Campanha por Medicina inicia dia 9 de julho. **Jornal de Beltrão**. Francisco Beltrão-PR, 17 jun. 2010b. [online]. Disponível em: <<http://www.jornaldebeltroa.com.br/noticia/51413/campanha-por-medicina-inicia-dia-9-de-julho>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

_____. Lançamento do curso de Medicina em Beltrão. **Jornal de Beltrão**. Francisco Beltrão-PR, 09 jul. 2010c. [online]. Disponível em: <<http://www.jornaldebeltroa.com.br/noticia/52344/lancamento-do-curso-de-medicina-em-beltrao>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

_____. Curso de Medicina é aprovado por conselho. **Jornal de Beltrão**. Francisco Beltrão-PR, 30 set. 2010d. [online]. Disponível em: <<http://www.jornaldebeltroa.com.br/noticia/55268/curso-de-medicina-e-aprovado-por-conselho>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

_____. Na Câmara, estudantes de Medicina pedem apoio aos vereadores. **Jornal de Beltrão**. Francisco Beltrão-PR, 07 mar. 2017. [online]. Disponível em: <<http://www.jornaldebeltroao.com.br/noticia/256539/na-camara-estudantes-de-medicina-pedem-apoio-aos-veredores>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

KRAMER, S. Propostas pedagógicas ou curriculares: subsídios para uma leitura crítica. **Educação & Sociedade**, Campinas, ano XVIII, n. 60, dez., p. 15-35, 1997.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa: Government of Canada, 1974.

LAMPERT, J. B. Currículo de graduação e o contexto da formação do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-19, 2001.

LAMPERT, J. B. *et al.* Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, supl. 1, p. 19-34, 2009.

LAMPERT, J. B.; COSTA, N. M. S. Avaliação institucional: avaliação e acompanhamento das mudanças nos cursos de graduação da área da saúde (CAES/ABEM). In: LAMPERT, J. B.; BICUDO, A. M. (Org.). **10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, p. 23-40, 2014.

LE GOFF, J. **História e memória**. Tradução: Bernardo Leitão [*et al.*]. 4ª ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 1996 (Coleção Repertórios).

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUDMERER, K. M. Commentary: understanding the Flexner Report. **Academic Medicine**, v. 85, n. 2, fev., p. 193-196, 2010.

LUNA, R. L. Um novo paradigma de ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 36-41, 2001.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Osvaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2009. [online]. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pedcom.html>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

MINAYO, M. C.; HARTZ, Z. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

NALON, T.; FOREQUE, F. Dilma pede desculpas a médico cubano hostilizado em Fortaleza. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 22 out. 2013. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br>>. Acesso em: 05 ago. 2017.

NOGUEIRA, M. I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 262-270, 2009.

OLIVEIRA, M. L. *et al.* PET-Saúde: (in)formar e fazer como processo de aprendizagem em serviços de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 105-111, 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. United Nations Development Programme. **Human development report 2016: human development for everyone**. Nova York, 2016. Disponível em: <<http://hdr.undp.org>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. World Health Organization: technical report series. **Measurement of levels of health: report of a study group**. Genebra, n. 37, 1957.

_____. **Doctors for Health: a WHO global strategy for changing medical education and medical practice for health for all**. Genebra, 1996.

PADILHA, R. Q.; FEUERWERKER, L. C. M. As políticas públicas e a formação de médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 3-4, 2002.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PARANÁ. Resolução nº 263/2010, de 17 de novembro de 2010. Constitui Grupo de Trabalho com o objetivo de estudar a viabilidade de implementação do curso de Medicina na UNIOESTE, no Campus de Francisco Beltrão. **Diário Oficial do Paraná**. Curitiba, 17 nov. 2010, nº 8344, p. 13-14.

_____. **Índice de desenvolvimento humano municipal segundo os municípios do Paraná: 1991/2000/2010**. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Curitiba, 2011a. [online]. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/pdf/indices/IDHM_municipios_pr.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2017.

_____. Decreto nº 3320/2011, de 24 de novembro de 2011. Autoriza a implantação do Curso de Medicina na Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, campus de Francisco Beltrão. **Diário Oficial do Paraná**. Curitiba, 24 nov. 2011b, nº 8595, p. 4.

PEDRON, F. Proposta para abrir curso Medicina surgiu de pergunta “provocativa”. **Jornal de Beltrão**. Francisco Beltrão, 26 nov. 2011. [online]. Disponível em: <<http://www.jornaldebeltroa.com.br/noticia/69193/proposta-para-abrir-curso-medicina-surgiu-de-pergunta-provocativa>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F.; TOLEDO, R. F. A educação e a comunicação para a promoção da saúde. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G. (Org.). **Saúde Pública:**

bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 165-177.

PEREIRA, N. Por falta de estrutura, alunos de Medicina estão fazendo estágio em outras cidades. **Jornal de Beltrão**. Francisco Beltrão, 18 fev. 2017. [online]. Disponível em: <<http://www.jornaldebetrão.com.br/noticia/255841/por-falta-de-estrutura-alunos-de-medicina-estao-fazendo-estagio-em-outras-cidades>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

PERIM, G. L. *et al.* A avaliação institucional no curso de Medicina da Universidade de Londrina: uma experiência inovadora. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 217-229, 2008.

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. G. C. **Docência no ensino superior**. São Paulo: Cortez, 2008.

PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A. **Recursos críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988)**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCISCO BELTRÃO. **Lei nº 3890/2011, de 03 de novembro de 2011**. Autoriza doação de área de terras para a UNIOESTE - Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Francisco Beltrão e dá outras providências. Francisco Beltrão, 03 nov. 2011.

RAMOS, M. N. Pedagogia das competências. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Osvaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2009. [online]. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pedcom.html>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

REDE UNIDA. Contribuição para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área de saúde. **Revista Olho Mágico**. Londrina, n. 16, p. 11-28, 1998.

REGO, S. Currículo paralelo em Medicina, experiência clínica e PBL: uma luz no fim do túnel? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 3, p. 35-48, 1998.

RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

RODRIGUEZ, C. A.; POLI NETO, P.; BEHRENS, M. A. Paradigmas educacionais e a formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 234-241, 2004.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 71-88, 1999.

SANTOS, L. L. C. P. Saberes escolares e o mundo do trabalho. In: FERRETTI, C. J.; SILVA JUNIOR, J. R.; SALES, M. R. N. (Org.). **Trabalho, formação e currículo: para onde vai a escola?** São Paulo: Xamã, 1999. p. 63-74.

SASSI, A. P. **Formação identitária dos estudantes de medicina: novo currículo, novas identidades?** Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

SAVIANI, Dermeval. **Escola e democracia**. 32ª ed. Campinas: Autores Associados, 1999.

SCHEFFER, M. C.; DAL POZ, M. R. The privatization of medical education in Brazil: trends and challenges. **Human Resources for Health**, 2015, 13:96.

SILVA, T. T. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo**. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

SILVA, A. L. R. As relações entre os Estados Unidos e o Brasil durante o regime militar (1964-1985). **Ciências & Letras**, Porto Alegre, n. 37, jan./jun., p. 251-278, 2005.

TAVARES, C. H. F. *et al.* O currículo paralelo dos estudantes da terceira série do curso médico da Universidade Federal de Alagoas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 245-253, 2007.

TEIXEIRA, A. A universidade de ontem e de hoje. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 95, jul./set., p. 27-47, 1964.

TEIXEIRA, A. **Pequena introdução à filosofia da educação: a escola progressiva ou a transformação da escola**. 6ª ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

TEIXEIRA, L. A.; EDLER, F. C. **História e cultura da medicina no Brasil**. São Paulo: Aori, 2012.

TESSER, L. Pedidos do curso de Medicina da Unioeste têm novos encaminhamentos. **Jornal de Beltrão**. Francisco Beltrão, 22 mar. 2017. [online]. Disponível em: <<http://www.jornaldebetrão.com.br/noticia/257203/pedidos-do-curso-de-medicina-da-unioeste-tem-novos-encaminhamentos>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

TYLER, R. W. **Basic principles of curriculum and instruction**. Chicago: University of Chicago Press, 1949.

UNESCO. **Conferência Mundial sobre Educação Superior**. Paris, França, 1998. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direito-a-Educacao/declaracao-mundial-sobre-educacao-superior-no-seculo-xxi-visao-e-acao.html>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

UNESCO. **Educação: um tesouro a descobrir: Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XX**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590por.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

UNIOESTE. Resolução nº 319/2005. **Aprova regulamento do programa institucional de ações relativas às pessoas com necessidades especiais - PEE**. Cascavel, Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão - CEPE, 20 out. 2005.

_____. **Ata da Reunião do Conselho de Campus da UNIOESTE - Campus Francisco**

Beltrão. 29 set. 2010a. Francisco Beltrão: Unioeste, 2010.

_____. Resolução nº 107/2010. **Aprova a proposta de expansão de vagas do curso de Medicina, do campus de Cascavel, para o campus de Francisco Beltrão.** Cascavel, Conselho Universitário - COU, 11 nov. 2010b.

_____. **Projeto político-pedagógico do curso de Medicina da Universidade do Oeste do Paraná - Campus Francisco Beltrão.** Francisco Beltrão: Unioeste, 2013.

_____. Resolução nº 138/2014, de 07 de agosto de 2014. **Aprova as diretrizes para o ensino de graduação da Unioeste.** Cascavel, Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão, 07 de agosto de 2014a.

_____. Edital nº 101/2014. **Resultado final da prova didática com arguição e da avaliação de curriculum vitae dos candidatos para o 3º Processo Seletivo Simplificado para contratação de docente por prazo determinado da Unioeste - PSS3-2014.** Cascavel, 23 de dezembro de 2014b.

_____. Edital nº 018/2016. **Resultado final do 2º Processo Seletivo Simplificado para contratação de docente por prazo determinado da Unioeste - PSS2-2015.** Cascavel, 29 de fevereiro de 2016a.

_____. Resolução nº 092/2016, de 30 de junho de 2016. **Aprova o regulamento para criação de cursos de graduação e expansão de vagas na Unioeste.** Cascavel, Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão, 30 de junho de 2016b.

_____. Edital nº 104/2016. **Resultado final do 1º Processo Seletivo Simplificado para contratação de docente por prazo determinado da Unioeste - PSS1-2016.** Cascavel, 29 de setembro de 2016c.

VICARI, B. A visão “estruturalista” do mundo. **Jornal de Beltrão.** Francisco Beltrão, 26 out. 2011a. [online]. Disponível em: <<http://www.jornaldebeltroa.com.br/colunista/blog-do-bada/6830/a-visao-estruturalista-do-mundo>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

VICARI, B. Pressão política, com aspas e sem aspas. **Jornal de Beltrão.** Francisco Beltrão, 30 nov. 2011b. [online]. Disponível em: <<http://www.jornaldebeltroa.com.br/colunista/blog-do-bada/6949/pressao-politica-com-aspas-e-sem-aspas>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e qualidade de vida. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G. (Org.). **Saúde Pública: bases conceituais.** São Paulo: Atheneu, 2008. p. 149-163.

WHITE, K. L.; WILLIAMS, F.; GREENBERG, B. B. The ecology of medical care. **New England Journal of Medicine**, n. 265, p. 885-892, 1961.

WOLANIUK, E. Medicina: das sangrias às ciências. **Academia Médica**, 2012. Disponível em: <<https://academiamedica.com.br/blog/medicina-das-sangrias-a-ciencia>> Acesso em: 02 ago. 2017.

YAZBECK, D. C. M. *et al.* Novos rumos para a educação médica. **Revista Brasileira de**

Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 26-30, 2000.

ZIONI, F.; ALMEIDA, E. S. de. Políticas públicas e sistemas de saúde: a Reforma Sanitária e o SUS. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G. (Org.). **Saúde Pública**: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 103-118.

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Edital nº 090/2014 da Coordenadoria Geral de Concursos e Processos Seletivos. Relação dos candidatos com requerimentos de inscrição deferida para o 3º Processo Seletivo Simplificado para contratação de docente por prazo determinado da UNIOESTE – PSS3/2014; 169

Portaria nº 0001/2015 do Gabinete da Reitoria. Homologação dos resultados do 3º Processo Seletivo Simplificado de 2014 para Docentes da UNIOESTE.

Anexo 2: Edital nº 001/2016 da Coordenadoria Geral de Concursos e Processos Seletivos. Relação dos candidatos com requerimentos de inscrição deferida para o 2º Processo Seletivo Simplificado para contratação de docente por prazo determinado da UNIOESTE – PSS2/2015; 178

Portaria nº 1585/2016 do Gabinete da Reitoria. Homologação dos resultados do 2º Processo Seletivo Simplificado de 2015 para Docentes da UNIOESTE.

Anexo 3: Edital nº 087/2016 da Coordenadoria Geral de Concursos e Processos Seletivos. Relação dos candidatos com requerimentos de inscrição deferida para o 1º Processo Seletivo Simplificado para contratação de docente por prazo determinado da UNIOESTE – PSS1/2016; 187

Portaria nº 5356/2016 do Gabinete da Reitoria. Homologação dos resultados do 1º Processo Seletivo Simplificado de 2016 para Docentes da UNIOESTE.

Anexo 4: Item IV – Desdobramento das áreas/matérias em disciplinas do PPP-FB; 196

Item V – Distribuição anual das disciplinas do PPP-FB;

Item VI – Carga horária do curso com desdobramento de turmas do PPP-FB

Anexo 1:

- Edital nº 090/2014 da Coordenadoria Geral de Concursos e Processos Seletivos. Relação dos candidatos com requerimentos de inscrição deferida para o 3º Processo Seletivo Simplificado para contratação de docente por prazo determinado da UNIOESTE – PSS3/2014; e
- Portaria nº 0001/2015 do Gabinete da Reitoria. Homologação dos resultados do 3º Processo Seletivo Simplificado de 2014 para Docentes da UNIOESTE.

COORDENADORIA GERAL DE CONCURSOS E PROCESSOS SELETIVOS

EDITAL nº 090/2014-COGEPS

**RELAÇÃO DOS CANDIDATOS COM
REQUERIMENTOS DE INSCRIÇÃO DEFERIDA
PARA O 3º PROCESSO SELETIVO
SIMPLIFICADO PARA CONTRATAÇÃO DE
DOCENTE POR PRAZO DETERMINADO DA
UNIOESTE – PSS3/2014.**

O Coordenador Geral de Concursos e Processos Seletivos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, no uso de suas atribuições estatutárias e regimentais e considerando o disposto nos itens de 1.9.1 a 1.9.4 do Edital nº 170/2014-GRE, de 28 de outubro de 2014 e a validação dos pagamentos da taxa de inscrição pelo sistema de informática da UNIOESTE;

TORNA PÚBLICO:

Art. 1º - A relação dos candidatos com inscrição deferida, com base na confirmação do pagamento da taxa de inscrição pelo sistema de informática da UNIOESTE para o 3º Processo Seletivo Simplificado para Contratação de Docente por Prazo Determinado (**PSS3-2014**), conforme aparece descrito no anexo único deste edital.

Art. 2º - Recursos contra o deferimento ou indeferimento de inscrição podem ser feitos até às 17h do dia 02 de dezembro de 2014, por meio do e-mail cogeps@unioeste.br.

Art. 3º - Os recursos serão respondidos até o dia 03 de dezembro de 2014.

Art. 4º - O edital final das inscrições deferidas/indeferidas será publicado no dia 04 de dezembro de 2014.

Publique-se e Cumpra-se.

Cascavel, 28 de novembro de 2014.

CARLOS ROBERTO CALSSAVARA
Coordenador de Concursos e Processos Seletivos
Portaria 0987/2012-GRE

1039- RICARDO MARCONDES MARCACINI	415428944/SP	Inscrição Homologada
Técnicas Básicas de Informática/RT-24		
1033- EVERTON ALVARES CHERMAN	98170448/PR	Inscrição Homologada
509- ITAMAR PENA NIERADKA	58555355/PR	Inscrição Homologada
586- NEWTON SPOLAÔR	95879586/PR	Inscrição Homologada
1040- RICARDO MARCONDES MARCACINI	415428944/SP	Inscrição Homologada
Técnicas de Alta Tensão/RT-9		
191- EDUARDO VELÁZQUEZ CASTILLO	V000754-V/XX	Inscrição Homologada
444- TACIO FONSECA DEMARCHI	29798710-0/SP	Inscrição Homologada
Transferência de Calor/RT-9		
123- MARCIO RENATO MIRAPALHETA MENNA	7054816876/RS	Inscrição Homologada
339- MARCOS AKIRA HATTORI	88190564/PR	Inscrição Homologada

Campus de Francisco Beltrão

Centro de Ciências Humanas (FB)

Ensino de Geografia/RT-24		
483- GELIANE TOFFOLO	69977324/PR	Inscrição Homologada
Fundamentos Teóricos e Metodológicos da Educação/RT-24		
885- ANA CARLA VALGIATI	100802465/PR	Inscrição Homologada
1011- FRANCIELE LORENZI	85108433/PR	Inscrição Homologada
989- MARCIO KRENCHINSKI	15345734/MT	Inscrição Homologada
689- QUELLI CRISTINA DA SILVA	71803716/PR	Inscrição Homologada
925- ZELANDIA CECCONI PEREIRA	1850271/SC	Inscrição Homologada
Fundamentos Teóricos e Metodológicos de Artes e Prática de E/RT-24		
879- KATERINE ZANELLA	102923014/PR	Inscrição Homologada
107- KATYUSCIA SOSNOWSKI	5383297-0/PR	Inscrição Homologada
735- MANOEL DO CARMO DA MOTTA FILHO	98255150/PR	Inscrição Homologada
Geografia Física/RT-24		
79- ANDRESSA FACHIN	96106084/PR	Inscrição Homologada
760- ELIZANDRA CARLA BERTUOL	77104607/PR	Inscrição Homologada
761- RAFAELA ANA RECH RODRIGUES	7.641.219-7/PR	Inscrição Homologada
852- RAFAELA HARUMI FUJITA	75844964/PR	Inscrição Homologada
490- VERIDIANE CAMARGO DA SILVA	105008562/PR	Inscrição Homologada
Geografia Humana/RT-24		
1139- JOÃO LUCIANO BANDEIRA	8219479-7/PR	Inscrição Homologada
1023- LUÍS CARLOS BRAGA	8479398-1/PA	Inscrição Homologada
794- WILIAN PADILHA	96628773/PR	Inscrição Homologada
Geotecnologias Aplicadas a Geografia/RT-24		
554- GABRIELA GERON	94242894/PR	Inscrição Homologada

Centro de Ciências Sociais Aplicadas (FB)

Anatomia Humana/RT-24		
907- CAROLINE ZANELLA CAGNINI	8.453.325-4/PR	Inscrição Homologada
44- CLAUDIA FIEIRA	93124014/PR	Inscrição Homologada
1030- FABIANA FRANCIELLE CULAU LEITE WERNER	60856176/PR	Inscrição Homologada
773- LIA MARA TEOBALDO TIRONI	97124965/PR	Inscrição Homologada
172- RODRIGO BARBOSA DA CRUZ	29301341-X/SP	Inscrição Homologada
Ciências Jurídicas/RT-24		
195- ALLAN ANDREASSA ZANELATO SEREIA	86086921/PR	Inscrição Homologada

654- ANDREIA SANTOS DA ROSA	97298670/PR	Inscrição Homologada
314- BRUNO SMOLAREK DIAS	57672544/PR	Inscrição Homologada
847- CARLOS ALBERTO GALVÃO RIBAS	68409683/PR	Inscrição Homologada
66- FLÁVIA CANDIDO DA SILVA	82100652/PR	Inscrição Homologada
702- JACKELINE MARTHA CORREA SCHNEIDER	81439257/PR	Inscrição Homologada
335- JULIANA FAGUNDES DOS SANTOS	8053695287/RS	Inscrição Homologada
943- KELLY FERREIRA ULIANA DE GOIS	74011972/PR	Inscrição Homologada
873- MARIA APARECIDA DE PAULA LIMA	3.492.906-8/PR	Inscrição Homologada
902- MORENA GABRIELA C. S. P. BATISTA	79943924/PR	Inscrição Homologada
Contabilidade Geral/RT-24		
6- HALLYSON LUAN GIRARDI	10.458.661-9/PR	Inscrição Homologada
881- MAURO ALEXANDRO GIACOBBO	5.083.318-6/PR	Inscrição Homologada
260- NOELI PEDROSO DIAS DACROCE	53702848/PR	Inscrição Homologada
Dermatologia/RT-12		
417- LUCIRENE DA SILVA CRUZ MELLO	06.712.315-8/RJ	Inscrição Homologada
Pneumologia/RT-9		
229- REDIMIR GOYA	11.102.726/SP	Inscrição Homologada
Prática Médica Integrativa III/RT-12		
1159- ARYZONE MENDES DE ARAUJO FILHO	1156979-0/PR	Inscrição Homologada
1156- MARCELO MAGALHÃES LEITE PINTO	130165117/PR	Inscrição Homologada
700- PANAIT KOSMOS NICOLAOU	81992100/PR	Inscrição Homologada
Psicologia/RT-24		
691- ÁLABA CRISTINA PEREIRA	6495987-5/PR	Inscrição Homologada
249- ANDRÉA CARLA GUIMARÃES DE MEIRA	39719835/PR	Inscrição Homologada
635- ANGELA MORAIS DA SILVA	81814880/PR	Inscrição Homologada
428- DÉBORA BIANCHIN	29810114/PR	Inscrição Homologada
1012- JULIO CESAR DA SILVA MACIEL DE LIMA	78324104/PR	Inscrição Homologada
804- ROSIELI DOS SANTOS LOPES ALVES	6019679/PR	Inscrição Homologada
825- TATIANE PECORARO	84576646/PR	Inscrição Homologada
Serviço Social/RT-24		
969- ANDRESSA BOURSCHET	97395268/PR	Inscrição Homologada
993- IVANA APARECIDA WEISSBACH MOREIRA	4027344961/RS	Inscrição Homologada
1133- LUCIANI APARECIDA BERTI	78543850/PR	Inscrição Homologada
399- MARIA CRISTINA ARAUJO DE BRITO CUNHA	560037/AM	Inscrição Homologada
1125- MONICA PEREIRA	83915684/PR	Inscrição Homologada
226- ODENIR DIAS TEIXEIRA NINA	21077321/PR	Inscrição Homologada
Sociologia/RT-40		
1114- ANDERSON DE CARVALHO FUJIKAWA	8.403.204-2/PR	Inscrição Homologada
213- ANDRÉ BARSCH ZIEGMANN	8.107.479-8/PR	Inscrição Homologada
915- CRISTIANO DESCONSI	8056799235/RS	Inscrição Homologada
964- DANIEL PÍCARO CARLOS	287037009/SP	Inscrição Homologada
430- LIA MARA SOSTER	79293300/PR	Inscrição Homologada
1166- REGINA MARIA DE MENEZES	339456231/SP	Inscrição Homologada
Técnica Cirúrgica/RT-12		
1160- ARYZONE MENDES DE ARAUJO FILHO	1156979-0/PR	Inscrição Homologada

Campus de Marechal Cândido Rondon

Centro de Ciências Agrárias (MCR)

Alimentos e Alimentação/RT-40

GABINETE DA REITORIA

PORTARIA Nº 0001/2015-GRE

DATA: 05 de janeiro de 2015.

SÚMULA: Homologa os resultados do 3º Processo Seletivo Simplificado/2014 para Docentes da Unioeste.

O Reitor da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, no uso das atribuições Estatutárias e Regimentais, considerando o Edital nº 170/2014-GRE, de 28 de outubro de 2014; retificado pelos Editais nºs. 172/2014-GRE, de 30 de outubro de 2014; 175/2014-GRE, de 30 de outubro de 2014; 178/2014-GRE, de 03 de novembro de 2014; 182/2014-GRE, de 06 de novembro de 2014; e 188/2014-GRE, de 17 de novembro de 2014; considerando o Edital nº 101/2014-COGEPS, de 23 de dezembro de 2014,

RESOLVE:

Art.1º Homologar os resultados do **3º Processo Seletivo Simplificado/2014 da Unioeste**, para contratação de professor temporário, por ordem de classificação, nas áreas/matérias pertinentes aos Centros, conforme relação anexa.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DA REITORIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE, CASCAVEL – PARANÁ.

Publique-se. Cumpra-se.

PAULO SÉRGIO WOLFF
Reitor

Área/matéria:	Transferência de Calor		
Vagas e Regime:	Uma vaga – RT-9 - Cadastro de Reserva		
Candidatos	NOTA FINAL	RESULTADO	
Marcio Renato Mirapalheta Menna	6,03	1º lugar	

3. CAMPUS DE FRANCISCO BELTRÃO:

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS – CCH

Área/matéria:	Ensino de Geografia		
Vagas e Regime:	Uma vaga – RT-24		
Candidatos	NOTA FINAL	RESULTADO	
Geliane Toffolo	6,12	1º lugar	

Área/matéria:	Fundamentos Teóricos e Metodológicos da Educação		
Vagas e Regime:	Duas vagas – RT-24 - Cadastro de Reserva		
Candidatos	NOTA FINAL	RESULTADO	
Franciele Lorenzi	6,71	1º lugar	
Ana Carla Valgiati	6,66	2º lugar	

Área/matéria:	Fundamentos Teóricos e Metodológicos de Artes e Prática de Ensino		
Vagas e Regime:	Uma vaga – RT-24 - Cadastro de Reserva		
Candidatos	NOTA FINAL	RESULTADO	
Katyuscia Sosnowski	8,36	1º lugar	
Manoel do Carmo da Motta Filho	6,81	2º lugar	

Área/matéria:	Geografia Física		
Vagas e Regime:	Duas vagas – RT-24 - Cadastro de Reserva		
Candidatos	NOTA FINAL	RESULTADO	
Rafaela Harumi Fujita	7,48	1º lugar	
Rafaela Ana Rech Rodrigues	6,16	2º lugar	

Área/matéria:	Geografia Humana		
Vagas e Regime:	Uma vaga – RT-24 - Cadastro de Reserva		
Candidatos	NOTA FINAL	RESULTADO	
João Luciano Bandeira	6,93	1º lugar	
Wiliam Padilha	6,68	2º lugar	

Área/matéria:	Geotecnologias Aplicadas a Geografia		
Vagas e Regime:	Uma vaga – RT-24 - Cadastro de Reserva		
Candidatos	NOTA FINAL	RESULTADO	
Gabriela Geron	6,11	1º lugar	

CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS - CCSA

Área/matéria:	Anatomia Humana		
Vagas e Regime:	Uma vaga – RT-24 - Cadastro de Reserva		
Candidatos	NOTA FINAL	RESULTADO	
Rodrigo Barbosa da Cruz	7,71	1º lugar	

Área/matéria:	Ciências Jurídicas		
Vagas e Regime:	Uma vaga – RT-24 - Cadastro de Reserva		
Candidatos	NOTA FINAL	RESULTADO	
Bruno Smolarek Dias	9,16	1º lugar	
Morena Gabriela C. S. P. Batista	7,35	2º lugar	
Maria Aparecida de Paula Lima	6,04	3º lugar	

Área/matéria:	Contabilidade Geral		
Vagas e Regime:	Uma vaga – RT-24		
Candidatos	NOTA FINAL	RESULTADO	
Mauro Alexandro Giacobbo	6,43	1º lugar	
Hallyson Luan Girardi	6,03	2º lugar	
Noeli Pedroso Dias Dacroce	6,02	3º lugar	

Área/matéria:	Dermatologia		
Vagas e Regime:	Uma vaga – RT-12		
Candidatos	NOTA FINAL	RESULTADO	
Lucirene da Silva Cruz Mello	6,44	1º lugar	

Área/matéria:	Pneumologia		
Vagas e Regime:	Uma vaga – RT- 9		
Candidatos	NOTA FINAL	RESULTADO	
Redimir Goya	6,95	1º lugar	

Área/matéria:	Prática Médica Integrativa III		
Vagas e Regime:	Seis vagas – RT- 12		
Candidatos	NOTA FINAL	RESULTADO	
Anait Kosmos Nicolaou	7,99	1º lugar	
Marcelo Magalhães Leite Pinto	6,44	2º lugar	
Aryzone Mendes de Araujo Filho	6,32	3º lugar	

Área/matéria:	Psicologia		
Vagas e Regime:	Uma vaga – RT- 24		
Candidatos	NOTA FINAL	RESULTADO	
Alaba Cristina Pereira	6,73	1º lugar	
Angela Moraes da Silva	6,50	2º lugar	

Área/matéria:	Serviço Social	
Vagas e Regime:	Uma vaga – RT- 24	
Candidatos	NOTA FINAL	RESULTADO
Monica Pereira	7,13	1º lugar
Odenir Dias Teixeira Nina	7,00	2º lugar
Luciani Aparecida Berti	6,31	3º lugar

Área/matéria:	Sociologia	
Vagas e Regime:	Uma vaga – RT- 40	
Candidatos	NOTA FINAL	RESULTADO
Anderson de Carvalho Fujikawa	6,32	1º lugar
Cristiano Desconsi	6,16	2º lugar

Área/matéria:	Técnica Cirúrgica	
Vagas e Regime:	Uma vaga – RT- 12	
Candidatos	NOTA FINAL	RESULTADO
Aryzone Mendes de Araujo Filho	6,08	1º lugar

4. CAMPUS DE MARECHAL CÂNDIDO RONDON

CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS – CCA

Área/matéria:	Alimentos e Alimentação	
Vagas e Regime:	Uma vaga – RT- 40 - Cadastro de Reserva	
Candidatos	NOTA FINAL	RESULTADO
Silvana Teixeira Carvalho	8,54	1º lugar
Liliane Maria Plano Gonçalves	7,29	2º lugar
Taciana Maria Moraes de Oliveira	6,69	3º lugar

Área/matéria:	Ciências das Plantas Daninhas	
Vagas e Regime:	Uma vaga – RT- 12	
Candidatos	NOTA FINAL	RESULTADO
Fabiano Aparecido Rios	7,12	1º lugar
Rafael Roberto Dallegre Negretti	6,03	2º lugar

Área/matéria:	Mecanização Agrícola e Fertilidade do Solo	
Vagas e Regime:	Uma vaga – RT- 40	
Candidatos	NOTA FINAL	RESULTADO
Tatiane Ohland	8,23	1º lugar
Veruschka Rocha Medeiros Andreolla	7,23	2º lugar
Leandro Meert	7,01	3º lugar

Anexo 2:

- Edital nº 001/2016 da Coordenadoria Geral de Concursos e Processos Seletivos. Relação dos candidatos com requerimentos de inscrição deferida para o 2º Processo Seletivo Simplificado para contratação de docente por prazo determinado da UNIOESTE – PSS2/2015; e
- Portaria nº 1585/2016 do Gabinete da Reitoria. Homologação dos resultados do 2º Processo Seletivo Simplificado de 2015 para Docentes da UNIOESTE.

COORDENADORIA GERAL DE CONCURSOS E PROCESSOS SELETIVOS

EDITAL nº 001/2016-COGEPS

**RELAÇÃO DOS CANDIDATOS COM
REQUERIMENTOS DE INSCRIÇÃO DEFERIDA
PARA O 2º PROCESSO SELETIVO
SIMPLIFICADO PARA CONTRATAÇÃO DE
DOCENTE POR PRAZO DETERMINADO DA
UNIOESTE – PSS2/2015.**

O Coordenador Geral de Concursos e Processos Seletivos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, no uso de suas atribuições estatutárias e regimentais e considerando o disposto nos itens de 1.6.1 a 1.6.4 do Edital nº 155/2015-GRE, de 17 de dezembro de 2015 e a validação dos pagamentos da taxa de inscrição pelo Núcleo de Tecnologia de Informação e pela Coordenadoria Geral de Concursos e Processos Seletivos da UNIOESTE;

TORNA PÚBLICO:

Art. 1º - A relação dos candidatos com inscrição deferida, com base na confirmação do pagamento da taxa de inscrição pelo Núcleo de Tecnologia de Informação da UNIOESTE, para o 2º Processo Seletivo Simplificado para Contratação de Docente por Prazo Determinado (**PSS2-2015**), conforme aparece descrito no anexo único deste edital.

Art. 2º - Os candidatos poderão interpor recursos, caso o seu nome não figurar neste Edital de deferimento de inscrição até **às 17h do dia 28 de janeiro de 2016**, por meio do e-mail cogeps@unioeste.br.

Art. 3º - Os recursos serão respondidos **até o dia 29 de janeiro de 2016** e esta Coordenadoria fará a inclusão dos candidatos no edital final de deferimento de inscrições, caso o recurso seja procedente.

Art. 4º - O edital final das inscrições deferidas será publicado no dia 02 de fevereiro de 2016.

Publique-se e Cumpra-se.

Cascavel, 26 de janeiro de 2016.

CARLOS ROBERTO CALSSAVARA
Coordenador de Concursos e Processos Seletivos
Portaria nº 0987/2012-GRE

Física Geral e Tecnológica/RT-9		
1066- JESSÉ GILIARD DE CASTRO	83076682/PR	Inscrição Homologada
1323- LUCAS WOLF	5086978301/RS	Inscrição Homologada
274- RICARDO JOSÉ FERRACIN	13954954/SP	Inscrição Homologada
Técnicas Básicas de Informática/RT-24		
1239- ISABEL FERNANDES DE SOUZA	300371473/RJ	Inscrição Homologada
52- ITAMAR PENA NIERADKA	58555355/PR	Inscrição Homologada
518- MARCOS VINICIUS ALVES BALSAMO	91957248/PR	Inscrição Homologada
1269- NEWTON SPOLAÔR	95879586/PR	Inscrição Homologada
1002- PAULO SALDANHA DA SILVA	97870543/PR	Inscrição Homologada
453- VALDERI REIS QUIETINHO LEITHARDT	63027448/PR	Inscrição Homologada
Transferência de Calor/RT-9		
903- JOÃO CARLOS POZZOBON	107192824/PR	Inscrição Homologada
1534- REINALDO CESAR	277156919/SP	Inscrição Homologada

Campus de Francisco Beltrão

Centro de Ciências da Saúde

Engenharia/RT-12		
Não houve inscritos		
Biologia e Biofísica/RT-24		
572- ADRIANO FAVERO	8109096-3/PR	Inscrição Homologada
118- ALEXSANDRO LNUCCA	69891780/PR	Inscrição Homologada
1472- CLAUDIA FIBIRA	93124014/PR	Inscrição Homologada
1130- EDSON BERTOLDO	82861696/PR	Inscrição Homologada
298- FELIPE BEIJAMINI	75213760/PR	Inscrição Homologada
109- GABRIELA LIBARDONI	12778109-5/PR	Inscrição Homologada
370- NEWTON JOSÉ DE JESUS SILVA	11241298/MG	Inscrição Homologada
250- REGINA FERRONATTO SYGEL	88386442/PR	Inscrição Homologada
Cardiologia/RT-9		
1578- RICARDO VANZIN DA ROCHA	70012537/PR	Inscrição Homologada
1396- RINALDO LUIZ WOLKER	60658994/PR	Inscrição Homologada
Doenças Transmissíveis/RT-9		
1153- VALDIR SPADA JUNIOR	80656130/PR	Inscrição Homologada
Gastroenterologia/RT-9		
Não houve inscritos		
Ginecologia e Obstetrícia/RT-24		
868- MARCELO GRESSLER RIGHI	48003664/PR	Inscrição Homologada
1263- VALDEMIR CELSO CAVINATO	6412925-2/PR	Inscrição Homologada
Hematologia/RT-9		
Não houve inscritos		
Medicina Legal/RT-9		
1587- GEORGE ALLAN MARROCOS ARISTIDES	crm1947ro/RO	Inscrição Homologada
Oftalmologia/RT-12		
861- EDUARDO HENRIQUE MARQUES MENEZES	2653898/SC	Inscrição Homologada
894- GABRIELA TRAIANO	69571034/PR	Inscrição Homologada
952- MARCELO LUIZ KURESKI	3964189-5/PR	Inscrição Homologada
Ortopedia/RT-24		
309- DIOGO HIROSHI BECON KUSSAKAWA	61403760/PR	Inscrição Homologada
804- GUSTAVO ADOLFO RODRIGUES DE MIRANDA	M-5532972/PR	Inscrição Homologada
913- GUSTAVO VICENZI	73553636/PR	Inscrição Homologada
Pediatria/RT-12		
49- GREICE ISABEL BIRCK	1065685578/RS	Inscrição Homologada

922- IRIDES APARECIDA CAVALARI	3195982-9/PR	Inscrição Homologada
Prática Médica Integrativa/RT-12		
1452- ANDRE KIOSHI PRIANTE KAYANO	32991434-0/SP	Inscrição Homologada
812- ELIANA FAVERO	41532580/PR	Inscrição Homologada
1116- GUSTAVO VICENZI	73553636/PR	Inscrição Homologada
490- JOANA PEROTTA	6834184-1/PR	Inscrição Homologada
577- VICENTE DE ALBUQUERQUE MARANHÃO LEAL	1855836/RJ	Inscrição Homologada
Psiquiatria/RT-9		
1588- GEORGE ALLAN MARROCOS ARISTIDES	crm1947ro/RO	Inscrição Homologada
192- ROBERTO AUGUSTO SCHIRRE	84691992/PR	Inscrição Homologada
Reumatologia/RT-12		
Não houve inscritos		
Técnica Dietética - Ética e Orientação Profissional/RT-12		
426- ADRIELE CRISTINA ALVES SCHNEIDER	85501828/PR	Inscrição Homologada
436- ANGELA CRISTINA WEISSHEIMER	21441228/PR	Inscrição Homologada
542- DEBORA GIARETTA ZATTA	83121211/PR	Inscrição Homologada
521- KETLYN LUCYANI OLENKA	68599040/PR	Inscrição Homologada
777- LIGIA MACHADO PRIETO	125948979/RS	Inscrição Homologada
486- NATIANE FRANCOZI	104899374/PR	Inscrição Homologada
747- RAQUEL GORETI ECKERT	9.429.388-0/PR	Inscrição Homologada

Centro de Ciências Humanas (FB)

Ensino de Geografia/RT-24		
467- ALCIMAR PAULO FREISLEBEN	1085747051/RS	Inscrição Homologada
324- GABRIELA GERON	94242894/PR	Inscrição Homologada
226- GELIANE TOFFOLO	69977324/PR	Inscrição Homologada
970- JAMES LUNARDI	1076886629/RS	Inscrição Homologada
285- RENATA MARIA DE ALMEIDA	92814017/PR	Inscrição Homologada
Fundamentos da Educação/RT-24		
1137- BRUNO FERNANDES DE OLIVEIRA	45.079.887-2/SP	Inscrição Homologada
346- CLAUDINÉIA APARECIDA NUNES	93601483/PR	Inscrição Homologada
74- DARCI BUBENIAK	73013984/PR	Inscrição Homologada
536- DENNER WYNDERSON WEBER	132073597/PR	Inscrição Homologada
1051- JOÃO PAULO DANIELI	86396050/PR	Inscrição Homologada
1259- ROSANE BERTÉ	130353177/PR	Inscrição Homologada
Fundamentos Teóricos e Metodológicos da Educação/RT-24		
358- CARLA CATTELAN	95688675/PR	Inscrição Homologada
1544- ERITÂNIA SILMARA DE BRITTO	95438440/PR	Inscrição Homologada
1485- FRANCIELE LORENZI	85108433/PR	Inscrição Homologada
175- INES FATIMA DE ANDRADE HELLMANN	37298557/PR	Inscrição Homologada
375- JOELMA LUÍSA SCHWEIG	82128093/PR	Inscrição Homologada
1492- JULIANO ANDRÉ DROTTI DA SILVA	77051520/PR	Inscrição Homologada
1415- LUCIANE DA SILVA SCHNEIDER	81183856/PR	Inscrição Homologada
717- MARCIA BERTONCELI	10847201-4/PR	Inscrição Homologada
277- MARIANE BERTONCELI	108472006/PR	Inscrição Homologada
1008- MICHELI TASSIANA SCHMITZ	9.842.875-5/PR	Inscrição Homologada
501- PAULO MARCOS MARCELINO DE ALMEIDA	37136344/PR	Inscrição Homologada
Geografia Física/RT-24		
338- ADELIR KLIPPEL	41208880/PR	Inscrição Homologada
601- ANDRESSA FACHIN	96106084/PR	Inscrição Homologada
454- ARIADNE SÍLVIA DE FARIAS	66278190/PR	Inscrição Homologada
1427- CAMILA AL ZAHER	33359245-1/SP	Inscrição Homologada
762- ELIZANDRA CARLA BERTUOL	77104607/PR	Inscrição Homologada

GABINETE DA REITORIA

PORTARIA Nº 1585/2016-GRE

DATA: 02 de março de 2016.

SÚMULA: Homologa os resultados do 2º Processo Seletivo Simplificado/2015 para Docentes da Unioeste.

O Reitor da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, no uso das atribuições Estatutárias e Regimentais e considerando;

- o Edital nº 0155/2015-GRE, de 17 de dezembro de 2015;
- o Edital nº 157/2015-GRE, de 22 de dezembro de 2015;
- o Edital nº 018/2016-COGEPS, de 29 de fevereiro de 2016,

RESOLVE:

Art. 1º Homologar os resultados do **2º Processo Seletivo Simplificado/2015 da Unioeste**, para contratação de professor temporário, por ordem de classificação, nas áreas/matérias pertinentes aos Centros, conforme relação anexa.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DA REITORIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE, CASCAVEL – PARANÁ.

Publique-se. Cumpra-se.

PAULO SÉRGIO WOLFF
Reitor

CAMPUS DE FRANCISCO BELTRÃO:**CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS – CCH**

Área/matéria:	Geografia Física		
Vaga e Regime:	Três Vagas – RT 24		
Insc. nº	Candidato (a):	MF	Result
338	Adelir Klipel	7,33	1º
454	Ariadne Silva de Farias	6,92	2º
896	Paulo Cesar Zangalli Junior	6,39	3º

Área/matéria:	Ensino de Geografia		
Vaga e Regime:	Duas Vagas – RT 24		
Insc. nº	Candidato (a):	MF	Result
226	Geliane Toffolo	6,52	1º
467	Alcimar Paulo Freisleben	6,04	2º

Área/matéria:	Fundamentos Teóricos e Metodológicos da Educação		
Vaga e Regime:	Duas Vagas – RT 24		
Insc. nº	Candidato (a):	MF	Result
358	Carla Cattelan	7,56	1º
277	Mariane Bertoni	6,42	2º
1485	Franciele Lorenzi	6,30	3º
1008	Micheli Tassiana Schmitz	6,18	4º
1544	Eritânia Silmara de Britos	6,10	5º
717	Marcia Bertoni	6,00	6º

Área/matéria:	Fundamentos da Educação		
Vaga e Regime:	Uma Vaga – RT 24		
Insc. nº	Candidato (a):	MF	Result
1259	Rosane Berté	6,65	1º
74	Darci Bubniak	6,21	2º

Área/matéria:	Língua Portuguesa		
Vaga e Regime:	Uma Vaga – RT 24		
Insc. nº	Candidato (a):	MF	Result
483	Anilton Nunes dos Reis	6,06	1º

Área/matéria:	Libras		
Vaga e Regime:	Uma Vaga – RT 24		
Insc. nº	Candidato (a):	MF	Result
449	Marcos Pretto	6,18	1º

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS

Área/matéria:	Prática Médica Integrativa		
Vaga e Regime:	Seis Vagas – RT 12		
Insc. nº	Candidato (a):	MF	Result
1452	André Kioshi Priante Kayano	6,82	1º
490	Joana Perotta	6,54	2º
1116	Gustavo Vicenzi	6,31	3º

Área/matéria:	Cardiologia		
Vaga e Regime:	Uma Vaga – RT 9		
Insc. nº	Candidato (a):	MF	Result
1396	Rinaldo Luiz Wolker	7,00	1º

Área/matéria:	Ginecologia e Obstetrícia		
Vaga e Regime:	Uma Vaga – RT 24		
Insc. nº	Candidato (a):	MF	Result
868	Marcelo Gressler Righi	6,73	1º
1263	Valdemir Celso Cavinato	6,02	2º

Área/matéria:	Doenças Transmissíveis		
Vaga e Regime:	Uma Vaga – RT 9		
Insc. nº	Candidato (a):	MF	Result
1153	Valdir Spada Junior	6,36	1º

Área/matéria:	Pediatria		
Vaga e Regime:	Três Vagas – RT 12		
Insc. nº	Candidato (a):	MF	Result
922	Irides Aparecida Cavalari	6,49	1º
49	Greice Isabel Birck	6,04	2º

Área/matéria:	Oftalmologia		
Vaga e Regime:	Uma Vaga – RT 12		
Insc. nº	Candidato (a):	MF	Result
861	Eduardo Henrique Marques Menezes	7,04	1º
894	Gabriela Traiano	7,02	2º

952	Marcelo Luiz Kureski	7,00	3º
-----	----------------------	------	----

Área/matéria:	Ortopedia		
Vaga e Regime:	Uma Vaga – RT 24		
Insc. nº	Candidato (a):	MF	Result
309	Diogo Hiroshi Becon Kussakawa	6,71	1º

Área/matéria:	Técnica Dietética/Ética e Orientação Profissional		
Vaga e Regime:	Uma Vaga – RT 12		
Insc. nº	Candidato (a):	MF	Result
521	Ketlyn Lucyani Olenka	6,61	1º
777	Ligia machado Prieto	6,17	2º
542	Debora Giarretta Zatta	6,05	3º

Área/matéria:	Psiquiatria		
Vaga e Regime:	Uma Vaga – RT 9		
Insc. nº	Candidato (a):	MF	Result
192	Roberto Augusto Schirr	7,10	1º

Área/matéria:	Biologia e Biofísica		
Vaga e Regime:	Uma Vaga – RT 24		
Insc. nº	Candidato (a):	MF	Result
298	Felipe Beijamini	8,04	1º

CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS - CCSA

Área/matéria:	Administração - B		
Vaga e Regime:	Uma Vaga – RT 24		
Insc. nº	Candidato (a):	MF	Result
881	Hilson Pascotto	7,97	1º
1098	Nelson Alpini	6,92	2º
955	Charles Dal Zotto	6,42	3º
648	Marcia Bonifácio Stooc	6,11	4º

Área/matéria:	Administração - A		
Vaga e Regime:	Uma Vaga – RT 24		
Insc. nº	Candidato (a):	MF	Result
1231	Mauricio Ghedin Rodrigues	7,25	1º
710	Guilherme Wittmann	6,86	2º
1493	Juliana Santi Botton	6,48	3º
376	Claudia Lais Reinher	6,44	4º
1099	Nelson Alpini	6,14	5º

Anexo 3:

- Edital nº 087/2016 da Coordenadoria Geral de Concursos e Processos Seletivos. Relação dos candidatos com requerimentos de inscrição deferida para o 1º Processo Seletivo Simplificado para contratação de docente por prazo determinado da UNIOESTE – PSS1/2016.
- Portaria nº 5356/2016 do Gabinete da Reitoria. Homologação dos resultados do 1º Processo Seletivo Simplificado de 2016 para Docentes da UNIOESTE.

COORDENADORIA GERAL DE CONCURSOS E PROCESSOS SELETIVOS

EDITAL nº 087/2016-COGEPS

**RELAÇÃO DOS CANDIDATOS COM
REQUERIMENTOS DE INSCRIÇÃO DEFERIDA
PARA O 1º PROCESSO SELETIVO
SIMPLIFICADO PARA CONTRATAÇÃO DE
DOCENTE POR PRAZO DETERMINADO DA
UNIOESTE – PSS1/2016.**

O Coordenador Geral de Concursos e Processos Seletivos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, no uso de suas atribuições estatutárias e regimentais e considerando o disposto nos itens de 1.4.1 a 1.4.6 do Edital nº 101/2016-GRE, de 15 de julho de 2016 e a validação dos pagamentos da taxa de inscrição pelo Núcleo de Tecnologia de Informação e pela Coordenadoria Geral de Concursos e Processos Seletivos da UNIOESTE;

TORNA PÚBLICO:

Art. 1º - A relação dos candidatos com inscrição deferida, com base na confirmação do pagamento da taxa de inscrição pelo Núcleo de Tecnologia de Informação da UNIOESTE, para o 1º Processo Seletivo Simplificado para Contratação de Docente por Prazo Determinado (**PSS1-2016**), conforme descrito no anexo único deste edital.

Art. 2º - Os candidatos poderão interpor recursos, caso o seu nome não figurar neste Edital de deferimento de inscrição até às 17h do dia 12 de agosto de 2016, por meio do e-mail cogepeps@unioeste.br.

Art. 3º - Os recursos serão respondidos até às 17h do dia 15 de agosto de 2016 e esta Coordenadoria fará a inclusão dos candidatos no edital final de deferimento de inscrições, caso o recurso seja procedente.

Art. 4º - O edital final das inscrições deferidas será publicado no dia 15 de agosto de 2016.

Art. 5º - A divulgação do ensalamento para a realização da **Prova Didática com arguição** será publicado **até às 17h do dia 16 de agosto de 2016.**

Publique-se e Cumpra-se.

Cascavel, 08 de agosto de 2016.

CARLOS ROBERTO CALSSAVARA
Coordenador de Concursos e Processos Seletivos
Portaria nº 0987/2012-GRE

Anexo ao ANEXO DO EDITAL nº 087/2016-COGEPS
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 2016 PARA CONTRATAÇÃO DE DOCENTE

Nº e Nome do candidato	RG	Situação
------------------------	----	----------

campus de Cascavel

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (Csc)

<u>Coestatística/RT-12</u>		
12- ANA CLAUDIA DE ALMEIDA	96181990/PR	
120- ANDRE HIPOLITO XAVIER	89459087/PR	
70- JASCIELI CARLA BORTOLINI	8.068.083-0/PR	
71- JOSE CAMILO HURTADO GUERRERO	2025555-1/AM	
62- JULIANA DÉO DIAS	351627339/SP	
66- JULIANA STRIEDER PHILIPPSEN	76165475/PR	
<u>Ética de Ensino/RT-40</u>		
59- RAFAELA BRAMATTI SILVA RAZINI OLIVEIRA	83156112/PR	
132- WESLEY MARTINS	106885788/PR	

campus de Foz do Iguaçu

Centro de Ciências Sociais Aplicadas (Foz)

<u>Administração da Produção/RT-24</u>		
2- ADEMAR ALCINDO ROEHRS	44162237/PR	
101- CÍCERO SIMÕES BORGES	222964132/RJ	
3- KARL STOECKL	44143151/PR	
102- LEANDRO SCHERER	56485732/PR	
29- LEONIDAS LOPES DE CAMARGO	864736-4/PR	
86- LÍCIANE ROLING	7.247.256-0/PR	
<u>Contabilidade Geral (Ciências Contábeis)/RT-12</u>		
72- ANDRÉ SEKUNDA GALLINA	86712172/PR	
23- CRISTIANO FELIPE TARINI	94629756/PR	
64- DIEGO MESSIAS	95032389/PR	
111- GUILHERME EDUARDO DE SOUZA	86944111/PR	
46- JORGE GUSTAVO AGUIRRE BORJA	62273704/PR	
6- PATRÍCIA CRISTINA VINCENZI LAUER	96103000/PR	
40- RICARDO SANTANA DE ALMEIDA	90296140/PR	
103- SANDRO RIZZON VIEIRA	77035583/PR	

Centro de Engenharias e Ciências Exatas (Foz)

<u>Equinas de Fluxo/RT-12</u>		
114- EDUARDO ATTUY CARVALHO	109768685/PR	
41- VINICIUS TERNA MACHADO	95764819/PR	
<u>Temática A/RT-24</u>		
60- RONALDO RODRIGUES DE MENEZES	82668969/PR	

campus de Francisco Beltrão

Centro de Ciências da Saúde

<u>Patologia e Fisiologia Patológica/RT-24</u>		
16- MATHEUS VIEIRA DA COSTA	330057169/SP	
<u>Patologia Humana/RT-40</u>		
134- ALINE BICHET NESS	1060267299/RS	

36- ANA FLÁVIA MARCAL PESSOA	548383030/SP	
115- ANA PAULA MATHACK GAUER	4970813/SC	
91- ANGELA ARIANE DALZOTO GRANISKA	99743247/PR	
110- CAMILA ZANOTTO	95264328/PR	
95- CASSIANE MERIGO DO NASCIMENTO	9722241-0/PR	
98- ELAINE FLÁMIA TONIOLO	60.295.785-0/SP	
129- EVANDRO JOSÉ BERALDI	95500269/PR	
35- FRANCIANE RIOS SENER	3064354289/RS	
67- IVANELIZA SIMONATO DE ASSIS	62273089/PR	
99- JUCIMAR MILAN	3574788/SC	
14- JULIANO ALVES PEREIRA	82892265/PR	
73- KEITH JIMMY GONCALVES	62673761/PR	
123- LIA MARA TEOBALDO TIRONI	97124965/PR	
33- MARCELO BIONDARO GÓIS	87021610/PR	
10- MARIELLY CORADIN DE MOURA	102609573/PR	
56- MARILEZIA FERREIRA DE SOUZA	95066712/PR	
1- MICHEL BARBOSA DE ARAUJO	339058456/SP	
31- REGINA INÊS KUNZ	3075599674/RS	
127- SANDRA ROZANSKI	96332815/PR	
119- WENDELL SANTOS MAGALHÃES	12344599/MG	
ngiologia/RT-12		
57- MARCIO CERBAZZI TAVARES CARDOSO	116665340/RJ	
lofisica e Biologia/RT-40		
44- ADRIANO FAVERO	81090963/PR	
47- ANDRÉ LUIS KLEIN	91167883/PR	
45- ANTONIO CARLOS BRAGATO BERGAMASCHI	283159270/SP	
116- ARIANE SPIASSI	1087683891/RS	
54- AUDREI PAVANELLO	9.571.862-0/PR	
21- EDSON BERTOLDO	82861696/PR	
85- EDUARDO PEROVANO SANTANA	2078691/ES	
87- ELIAS ANDRADE CORTEZ	RNE VOO4356-Q/XX	
82- FABIANA DOS SANTOS RANDO	439521877/SP	
61- FERNANDO RODRIGO TRECO	337965651/SP	
93- GUSTAVO SÉRGIO SANCINETTI	29869681-2/SP	
19- JULIANA MOCO CORRÊA	68583365/PR	
49- KARLA JOSEANE PEREZ	4302598/SC	
96- LUCIANA GRACIANO	81131830/PR	
84- MADLA ADAMI PASSOS MENEZES DE OLIVEIRA	67250478/PR	
112- MAELIN DA SILVA	93520394/PR	
90- MÁRCIA SILVANA FREIRE FRANCO	1504463/MS	
4- MARIA ANTONIA MICHELS DE SOUZA	111219621/PR	
5- MATEUS PRATES MORI	94530261/PR	
109- MICHELLE ZIBETTI TADRA SPEIR	72266862/PR	
107- RODRIGO FERNANDO MORO RIOS	70559382/PR	
128- SANDRA ROZANSKI	96332815/PR	
83- TAÍS REGINA CATCHMA	100735067/PR	
17- VANESSA JACOB VICTORINO	91947269/PR	
106- VANIA CARLA SILVA PANKIEVICZ	6606533-2/PR	
117- WENDELL SANTOS MAGALHÃES	12344599/MG	
astroenterologia/RT-9		
Não houve inscritos	-	
matologia/RT-9		

Não houve inscritos	-	
Medicina Legal/RT-9		
Não houve inscritos	-	
Otorrinolaringologia/RT-9		
89- MARCIO PEDRO MARTINS	45266630/PR	
Pediatria/RT-12		
Não houve inscritos	-	
Prática Médica Integrativa/RT-12		
34- ALESSANDRA GUIMARÃES	82797440/PR	
133- ALINE BICHET NESS	1060267299/RS	
97- ARYZONE MENDES DE ARAUJO FILHO	1156979-0/PR	
55- ERICK DICK RAMOS	75912790/PR	
39- REDIMIR GOYA	11102726/SP	
43- RODRIGO ALOACYR DE CAMARGO SILVA	000837887/MS	
13- RODRIGO EVARISTO DE OLIVEIRA JUNIOR	87416240/PR	

campus de Marechal Cândido Rondon

Centro de Ciências Sociais Aplicadas (MCR)

Análise de Custos/RT-24		
75- CELSO JOSÉ FARIAS	77773061/PR	
92- DENIZE CAVICHOLI	102362578/PR	
94- JONATAN MARLON KONRAHT	10055871-8/PR	
18- LEILA APARECIDA SCHERER WEISS	81523983/PR	

GABINETE DA REITORIA

PORTARIA Nº 5356/2016-GRE

DATA: 30 de setembro de 2016.

SÚMULA: Homologa os resultados do 1º Processo Seletivo Simplificado/2016 para Docentes da Unioeste.

O Reitor da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, no uso das atribuições Estatutárias e Regimentais e considerando;
considerando o Edital nº 0101/2016-GRE, de 15 de julho de 2016;
considerando o Edital nº 103/2016-COGEPS, de 26 de setembro de 2016;
considerando o Edital nº 104/2016-COGEPS, de 29 de setembro de 2016,

RESOLVE:

Art. 1º Homologar os resultados do **1º Processo Seletivo Simplificado/2016 da Unioeste**, para contratação de professor temporário, por ordem de classificação, nas áreas/matérias pertinentes aos Centros, conforme relação anexa.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DA REITORIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE, CASCAVEL – PARANÁ.

Publique-se. Cumpra-se.

PAULO SÉRGIO WOLFF
Reitor

Área/matéria:	Matemática "A"		
Vaga/Regime:	Uma Vaga – RT 24		
Inscrição nº	Candidato (a):	Nota	Res.
60	Ronaldo Rodrigues de Menezes	64,90	1º

3. CAMPUS DE FRANCISCO BELTRÃO:

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS

Área/matéria:	Anatomia e Fisiologia Patológica		
Vaga/Regime:	Uma Vaga – RT 24		
Inscrição nº	Candidato (a):	Nota	Res.
16	Matheus Vieira da Costa	71,14	1º

Área/matéria:	Anatomia Humana		
Vaga/Regime:	Uma Vaga – RT 40		
Inscrição nº	Candidato (a):	Nota	Res.
31	Regina Inês Kunz	78,24	1º
95	Cassiane Merigo do Nascimento	77,65	2º
129	Evandro José Beraldi	70,44	3º
14	Juliano Alves Pereira	69,50	4º
73	Keith Jimmy Gonçalves	69,46	5º
99	Jucimar Milan	68,18	6º
33	Marcelo Biondaro Góis	65,74	7º
138	Daiane Lazzeri de Medeiros	60,78	8º

Área/matéria:	Biofísica e Biologia		
Vaga/Regime:	Uma Vaga – RT 40		
Inscrição nº	Candidato (a):	Nota	Res.
61	Fernando Rodrigo Treco	85,17	1º
49	Karla Joseane Perez	77,00	2º
109	Michelle Zibetti Tadra Sfeir	76,39	3º
17	Vanessa Jacob Vitorino	75,40	4º
47	André Luis Klein	74,86	5º
21	Edson Bertoldo	70,97	6º
106	Vania Carla Silva Pankievicz	69,69	7º
93	Gustavo Sérgio Sancinetti	68,85	8º
96	Luciana Graciano	66,65	9º

Área/matéria:	Otorrinolaringologia		
Vaga/Regime:	Uma Vaga – RT 9		
Inscrição nº	Candidato (a):	Nota	Res.
89	Marcio Pedro Martins	70,05	1º

Área/matéria:	Prática Médica Integrativa		
Vaga/Regime:	Uma Vaga – RT 12		
Inscrição nº	Candidato (a):	Nota	Res.
43	Rodrigo Aloacyr de Camargo Silva	70,04	1º
13	Rodrigo Evaristo de Oliveira Junior	69,50	2º
39	Redimir Goya	68,76	3º
97	Aryzone Mendes de Araujo Filho	66,10	4º

4. CAMPUS DE MARECHAL CÂNDIDO RONDON:

CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS – CCSA

Área/matéria:	Análise de Custos		
Vaga/Regime:	Uma Vaga – RT 24		
Inscrição nº	Candidato (a):	Nota	Res.
94	Jonatan Marlon Konraht	69,75	1º
92	Denize Cavichioli	61,54	2º
75	Celso José Farias	60,14	3º

Anexo 4:

- Item IV – Desdobramento das áreas/matérias em disciplinas do PPP-FB;
- Item V – Distribuição anual das disciplinas do PPP-FB; e
- Item VI – Carga horária do curso com desdobramento de turmas do PPP-FB

IV- DESDOBRAMENTO DAS ÁREAS/MATÉRIAS EM DISCIPLINAS

Área/Matéria	Código	Disciplinas	C/H
01. De Formação Geral			
<i>Forma o perfil nacional, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais</i>		Anatomia Humana	374
		Biofísica	68
		Biologia Celular, Tecidual e do Desenvolvimento Humano.	204
		Bioquímica	102
		Farmacologia	102
		Fisiologia Humana	204
		Genética Humana	68
		Microbiologia	102
		Imunologia	68
		Parasitologia	68
		Língua Brasileira de Sinais-LIBRAS	68
Subtotal			1428

2. De Formação Diferenciada			
		Anatomia Fisiologia Patológica	170
		Angiologia	68
		Cardiologia	68
		Dermatologia	68
		Diagnóstico por Imagem	68
		Doenças Transmissíveis	68
		Endocrinologia	68
		Gastroenterologia	68
		Ginecologia e Obstetrícia	238
		Hematologia / Oncologia	68
		Medicina Intensiva	68
		Medicina Legal	68
		Nefrologia	68
		Neurologia	102
		Oftalmologia	68
		Ortopedia	102
		Otorrinolaringologia	68
		Pediatria	204
		Pneumologia	68
		Subtotal	1768

5. Atividades Acadêmicas Complementares (mínimo de 5%)			362
TOTAL DO CURSO			7694

Observações:

1. As áreas, matérias e disciplinas de formação geral devem ser idênticas em, no mínimo, oitenta por cento quando se tratar de um mesmo curso oferecido em mais de um *campus*.
2. A carga horária das disciplinas de formação diferenciada deverá ser equivalente a, no máximo, cinquenta por cento da carga horária total do curso.
3. O código das disciplinas poderá ser incluído com uma numeração sequencial, para posterior codificação pela Diretoria de Assuntos Acadêmicos.

5. Atividades Acadêmicas Complementares (mínimo de 5%)			362
TOTAL DO CURSO			7694

Observações:

1. As áreas, matérias e disciplinas de formação geral devem ser idênticas em, no mínimo, oitenta por cento quando se tratar de um mesmo curso oferecido em mais de um *campus*.
2. A carga horária das disciplinas de formação diferenciada deverá ser equivalente a, no máximo, cinquenta por cento da carga horária total do curso.
3. O código das disciplinas poderá ser incluído com uma numeração sequencial, para posterior codificação pela Diretoria de Assuntos Acadêmicos.

V - DISTRIBUIÇÃO ANUAL DAS DISCIPLINAS

Código	Disciplina	Pré-requisito Código	Carga Horária					Forma de
			Total	Teórica	Prática	APS	PCC	Semestral/ Anual
1º ano								
1	Anatomia Humana		374	170	204			Anual
2	Biofísica		68	34	34			Anual
3	Biologia Celular, Tecidual e do Desenvolvimento Humano		204	102	102			Anual
4	Bioquímica		102	68	34			Anual
5	Genética Humana		68	34	34			Anual
6	Prática Médica Integrativa I		204	68	136			Anual
7	Saúde Coletiva I		68	51	17			Anual
Sub-Total			1088	527	561			
2º ano								
8	Anatomia e Fisiologia Patológica	1,3,4,5	170	102	68			Anual
9	Diagnóstico por Imagem	1,3	68	34	34			Anual
10	Farmacologia	1,3,4	102	68	34			Anual
11	Fisiologia Humana	1,3,4	204	170	34			Anual
12	Imunologia	3,4	68	51	17			Anual
13	Microbiologia	3,4	102	68	34			Anual
14	Parasitologia	3	68	34	34			Anual
15	Prática Médica Integrativa II	6	238	102	136			Anual
16	Saúde Coletiva II	7	68	68	-			Anual
Sub-Total			1088	697	391			
3º ano								
17	Cardiologia	8,15	68	51	17			2º. Semestre
18	Dermatologia	8, 15	68	34	34			2º. Semestre
19	Doenças Transmissíveis	8,11,12,13,15	68	34	34			2º. Semestre
20	Endocrinologia	8, 15	68	34	34			1º. Semestre
21	Gastroenterologia	8,15	68	51	17			1º. Semestre
22	Hematologia-Oncologia	8, 15	68	34	34			2º. Semestre
23	Medicina Legal	8	68	51	17			1º. Semestre
24	Nefrologia	8, 15	68	34	34			1º. Semestre
25	Pneumologia	8,15	68	51	17			1º. Semestre

26	Prática Médica Integrativa III	15	272	68	204			Anual
27	Psiquiatria	8,15	68	51	17			2º. Semestre
28	Reumatologia	8, 15	68	34	34			1º. Semestre
29	Língua Brasileira de Sinais - Libras		68	68	-			2º. Semestre
30	Técnica Cirúrgica e Anestesiologia	8,11	102	34	68			Anual
Sub-Total			1190	629	561			
4º ano								
31	Angiologia	8,26,30,10	68	34	34			1º. Semestre
32	Ginecologia e Obstetrícia	8,26,30,10	238	136	102			Anual
33	Medicina Intensiva	8,10,26	68	34	34			Anual
34	Neurologia	8,26,30,10	102	68	34			Anual
35	Oftalmologia	8,26,30,10	68	34	34			1º. Semestre
36	Ortopedia	8,26,30,10	102	68	34			Anual
37	Otorrinolaringologia	8,26,30,10	68	51	17			2º. Semestre
38	Pediatria	8,26,30,10	204	102	102			Anual
39	Prática Médica Integrativa IV	26	170	51	119			Anual
40	Urologia	8,26,30,10	68	34	34			2º. Semestre
Sub-Total			1156	612	544			
5º ano								
	Estágio Supervisionado/Internato Médico:							ANUAL
	Internato Médico Clínica Cirúrgica I	1 a 40	272	34	238			8 semanas
	Internato Médico Clínica Ginecologia/ Obstetrícia I	1 a 40	272	34	238			8 semanas
	Internato Médico Clínica Médica I	1 a 40	272	34	238			8 semanas
	Internato Médico Clínica Pediatria I	1 a 40	272	34	238			8 semanas
	Internato Médico Saúde Coletiva	1 a 40	272	34	238			8 semanas
	Trabalho de Conclusão de Curso - TCC	39	68	0	68			Anual
Sub-Total			1428	170	1258			
6º ano								
	Estágio Supervisionado/Internato Médico:							ANUAL
	Internato Médico Clínica Cirúrgica II	1 a 40	272	34	238			8 semanas
	Internato Médico Clínica Médica II	1 a 40	272	34	238			8 semanas

Internato Médico Ginecologia/ Obstetrícia II	1 a 40	272	34	238			8 semanas
Internato Médico Pediatria II	1 a 40	272	34	238			8 semanas
Internato Médico Pronto Socorro	1 a 40	272	34	238			8 semanas
Sub-total		1360	170	1190			
TOTAL DE DISCIPLINAS		7310	2805	4505			
Atividades Acadêmicas Complementares		384					
TOTAL DO CURSO		7694					

ATIVIDADES COMPLEMENTARES

O Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina possui Atividades Complementares, correspondentes, no mínimo, a 5% da carga horária total do Curso.

As atividades complementares são as seguintes:

- Plantões no Internato Médico aprovado pelo CEPE.
- Monitorias, estágios extracurriculares, atividades de pesquisa e extensão, seminários, palestras, encontros, congressos, eventos em diversas áreas.

Observações:

JUSTIFICATIVA DE SEMESTRALIZAÇÃO:

Com a ampliação da carga horária dos Internatos, com maior carga horária prática, houve a possibilidade de redução da carga horária das disciplinas curriculares, possibilitando a manutenção das disciplinas sem aumentar a carga horária total do Curso. Disciplinas que foram semestralizadas: Cardiologia, Dermatologia, Diagnóstico por Imagem, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia-Oncologia, Medicina Legal, Nefrologia, Pneumologia, Psiquiatria, Reumatologia, Angiologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Urologia, Doenças Transmissíveis e Língua Brasileira de Sinais - Libras.

Internato Médico - incluem estágios supervisionados nas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Pronto-Socorro: houve redução anual da carga horária, porém, com a repetição de cada ciclo, a carga horária dos Internatos obrigatórios aumentou em 17,7% (de 448 para 544 h), contemplando plenamente as diretrizes curriculares do MEC.

VI – CARGA HORÁRIA DO CURSO COM DESDOBRAMENTO DE TURMAS

DISCIPLINA	ANO PE RI OD O	C/H TEÓRICA			C/H PRÁTICA					TCC ESTÁGIO		C/H Total de Ensino
		C/H	C/H Teó- rica	*A/D	Total	C/H Prática	Nº de Grupos	Sub- Total	*A/D	Prática	Nº de alunos	
		Total	2	3	4=2+3	5	6	7=5 x 6	8	9=7+ 8	10	11 12=4+9+11
1º ANO												
Anatomia Humana	1	374	170	170	340	204	4	816	204	1020		
Biologia Celular, Tecidual e Desenvolvimento Humano	1	204	102	102	204	102	4	408	102	510		1360
Bioquímica	1	102	68	68	136	34	2	68	34	102		714
Genética Humana	1	88	34	34	68	34	2	68	34	102		238
Prática Médica Integrativa I	1	204	68	68	136	136	4	544	136	680		170
Biofísica	1	68	34	34	68	34	2	68	34	102		816
Saúde Coletiva I	1	68	51	51	102	17	2	34	17	51		170
Subtotal		1088	527	527	1054	561	20	2006	561	2567		3621
2º ANO												
Anatomia e Fisiologia Patológica	2	170	102	102	204	68	4	272	68	340		544
Fisiologia Humana	2	204	170	170	340	34	2	68	34	102		442
Microbiologia	2	102	68	68	136	34	4	136	34	170		306
Imunologia	2	68	51	51	102	17	4	68	17	85		187
Parasitologia	2	68	34	34	68	34	2	68	34	102		170
Prática Médica Integrativa II	2	238	102	102	204	136	8	1088	272	1360		1584
Diagnóstico por Imagem	2	68	34	34	68	34	2	68	34	102		170
Farmacologia	2	102	68	68	136	34	4	136	34	170		306

VI – CARGA HORÁRIA DO CURSO COM DESDOBRAMENTO DE TURMAS

DISCIPLINA	ANO PE RI OD O	C/H TEÓRICA				C/H PRÁTICA				TCC ESTÁGIO		C/H Total de Ensino		
		C/H	C/H Teo- rica	*A/D	Total	C/H Prática	Nº de Grupos	Sub- Total	*A/D	Total	Nº de alunos			
		Total	2	3	4=2*3	Total	5	6	7=5 x 6	8	9=7+ 8	10	11	12=4+9+11
1º ANO														
Anatomia Humana	1	374	170		340	204	4	816	204		1020			1360
Biologia Celular, Tecidual e Desenvolvimento Humano	1	204	102	102	204	102	4	408	102		510			714
Bioquímica	1	102	68	68	136	34	2	68	34		102			238
Genética Humana	1	68	34	34	68	34	2	68	34		102			170
Prática Médica Integrativa I	1	204	68	68	136	136	4	544	136		680			816
Biofísica	1	68	34	34	68	34	2	68	34		102			170
Saúde Coletiva I	1	68	51	51	102	17	2	34	17		51			153
Subtotal		1088	527	527	1054	561	20	2006	561		2567			3621
2º ANO														
Anatomia e Fisiologia Patológica	2	170	102	102	204	68	4	272	68		340			544
Fisiologia Humana	2	204	170	170	340	34	2	68	34		102			442
Microbiologia	2	102	68	68	136	34	4	136	34		170			306
Imunologia	2	68	51	51	102	17	4	68	17		85			187
Parasitologia	2	68	34	34	68	34	2	68	34		102			170
Prática Médica Integrativa II	2	238	102	102	204	136	8	1088	272		1360			1564
Diagnóstico por Imagem	2	68	34	34	68	34	2	68	34		102			170
Farmacologia	2	102	68	68	136	34	4	136	34		170			306

Subtotal			1156	612	612	1224	544	80	4352	1088	5440			6664
5º ANO														
Internato Médico - Clínica Cirúrgica I	5	272	34	34	68	238	12	2856	714	3570				3638
Internato Médico - Clínica Médica I	5	272	34	34	68	238	12	2856	714	3570				3638
Internato Médico - Pediatria I	5	272	34	34	68	238	12	2856	714	3570				3638
Internato Médico - Saúde Coletiva	5	272	34	34	68	238	12	2856	714	3570				3638
Internato Médico - Ginecologia/Obstetrícia I	5	272	34	34	68	238	12	2856	714	3570				3638
TCC - Trabalho de Conclusão de Curso	5	68			68				272			40	1700	1972
Subtotal		1428	170	170	340	1258	60	14280	3842	17850	40	1700	20162	
6º ANO														
Internato Médico - Ginecologia / Obstetrícia II	6	272	34	34	68	238	12	2856	714	3570				3638
Internato Médico - Pediatria II	6	272	34	34	68	238	12	2856	714	3570				3638
Internato Médico - Pronto Socorro	6	272	34	34	68	238	12	2856	714	3570				3638
Internato Médico - Clínica Cirúrgica II	6	272	34	34	68	238	12	2856	714	3570				3638
Internato Médico - Clínica Médica II	6	272	34	34	68	238	12	2856	714	3570				3638
SUBTOTAL		1380	170	170	340	1190	60	14280	3570	17850				18190
TOTAL		7310	2805	2805	6610	4505		41106	4522	45628	0	1700	59160	

* Em relação à Carga Horária de A/D (Apoio Didático), seguir a Resolução que aprova critérios para a elaboração e a determinação do Índice de Atividades de Centro – IAC.

Caso haja necessidade de aumento de turnos ocasionadas por reprovação, conforme limite máximo de alunos por grupo, prever desdobramento temporário.