

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Márcia Maciel de Campos

INOVAÇÃO NA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL E ESPANHA
Estudo de caso na Universidade Federal da Fronteira Sul e na Universidade de
Valladolid

Porto Alegre

2016

Márcia Maciel de Campos

INOVAÇÃO NA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL E ESPANHA
Estudo de caso na Universidade Federal da Fronteira Sul e na Universidade de
Valladolid

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Educação.

Orientadora:
Profa. Dra. Arabela Campos Oliven

Linha de Pesquisa:
Universidade: teoria e prática

CIP - Catalogação na Publicação

Maciel de Campos, Márcia

INOVAÇÃO NA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL E ESPANHA:
Estudo de caso na Universidade Federal da Fronteira
Sul e na Universidade de Valladolid / Márcia Maciel
de Campos. -- 2016.
222 f.

Orientador: Arabela Campos Oliven.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós-
Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Formação Médica. 2. Inovação Pedagógica. 3.
Pedagogia Universitária. 4. Mais Médicos. 5. Espaço
Europeu de Educação Superior. I. Campos Oliven,
Arabela, orient. II. Título.

Márcia Maciel de Campos

INOVAÇÃO NA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL E ESPANHA
Estudo de caso na Universidade Federal da Fronteira Sul e na Universidade de
Valladolid

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Educação.

Defendida em 27 de julho de 2016.

Profa. Dra. Arabela Campos Oliven - Orientadora

Profa. Dra. Denise Balarine Cavalheiro Leite - UFRGS

Profa. Dra. Cleoni Maria Barboza Fernandes - PUC/RS

Profa. Dra. Solange Maria Longhi - UPF

AGRADECIMENTOS

Ao concluir esta tese, quero manifestar meus sinceros sentimentos de gratidão

...à Professora Arabela, pela parceria ao longo desses quatro anos. Pela confiança em me aceitar como orientanda, pelo seu apoio e incentivo constante, pela sua disponibilidade incansável, suas orientações, conselhos, discussões teóricas e sugestões, e por suas críticas feitas com delicadeza e a firmeza necessária. Agradeço pelos ensinamentos que ultrapassaram a construção da tese. Com sua sabedoria de vida e humanidade, por diversas vezes me ajudou a pensar antes de agir, a contemplar as situações por outro ângulo, me ensinou a alinhar as velas e encontrar o melhor rumo na tese e na vida. Eu tive o privilégio de conviver, aprender e admirar esta pessoa gentil e inteligente, que com competência e generosidade repartiu comigo seus saberes, conhecimentos e experiência. Gratidão por ter estado ao meu lado nos momentos em que precisei. Sua atenção, escuta sensível, interesse, respeito e serenidade, foram alicerces fundamentais para o êxito desta tese. Muito obrigada!

...aos colegas e professores da Linha de Pesquisa Universidade Teoria e Prática, pelo apoio e parceria ao longo destes anos, pela partilha de saberes e estímulo em todos os momentos de desafios.

...à CAPES que através do PPGEDU/UFRGS me concedeu a bolsa de doutorado, dando assim, as condições para o desenvolvimento dos estudos desta tese, com a necessária dedicação.

...ao Programa *Erasmus Mundus* e à Secretaria de Relações Exteriores (RELINTER) da UFRGS, que proporcionaram as condições financeiras e estruturais para a realização do meu estágio doutoral junto à *Universidad de Valladolid/Espanha*.

...ao Professor Dr. Bartolomé Rubia Avi pelo acompanhamento e interlocução, junto à *Universidad de Valladolid (UVa)*. Também pelo convite para participar do Projeto de Inovação Docente e sua equipe de pesquisadores, da Faculdade de Medicina/UVa.

...à equipe de professores da disciplina Inovação Biomédica e Novas Tecnologias da Faculdade de Medicina/UVa, pela acolhida na equipe, partilha de saberes, pela oportunidade de troca e experiências junto ao grupo.

...à equipe docente, discente, equipe administrativa, coordenação e direção da Universidade Federal da Fronteira Sul/PF que participaram desta tese, colaborando de diversas formas para a realização da pesquisa de campo e levantamento de dados.

...à todas as pessoas que entraram na minha vida, ao longo do percurso de construção desta tese, e que de uma forma ou de outra, pude contar com o apoio e amizade delas, tanto no Brasil, como na Espanha.

...aos meus filhos, amigos e familiares, que foram pacientes, generosos, me deram suporte nos momentos difíceis, oferecendo cooperação, carinho e compreensão constantes. Amo vocês.

Ao término de um período de decadência sobrevém o ponto de mutação. A luz poderosa que fora banida ressurgiu. Há movimento, mas este não é gerado pela força... O movimento é natural, surge espontaneamente. Por esta razão, a transformação do antigo torna-se fácil. O velho é descartado e o novo é introduzido. Ambas as medidas se harmonizam com o tempo, não resultando daí, portanto, nenhum dano.

I CHING (O Ponto de Mutação – Fritjof Capra)

RESUMO

A tese analisa mudanças que estão ocorrendo nos cursos de medicina no Brasil, a partir do Programa Mais Médicos e dos Novos Parâmetros Curriculares, e na Espanha, a partir da criação do Espaço Europeu de Educação Superior (EEES), visando desenvolver um novo perfil médico. No Brasil, visa-se uma formação geral, humanista, que qualifique médicos para atuar principalmente na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Na Espanha, investe-se na formação de um médico que associe a pesquisa à sua prática, criando um profissional mais competitivo. Do currículo de dois cursos foram selecionadas as disciplinas de Saúde Coletiva e Seminário Integrador, na Universidade Federal da Fronteira Sul, e Inovação Biomédica e Novas Tecnologias, na Universidade de Valladolid. Foram realizadas observações em aula, entrevistas com professores e aplicados questionários com alunos dos dois cursos. Utilizou-se a metodologia de Estudo de Caso (YIN, 2005; STAKE, 2010), com apoio no estudo comparado (BADIE; HERMET, 1993). A concepção de inovação nesta tese se sustenta em autores como Santos, Lucarelli, Leite, Cunha, dentre outros. Considera-se inovação em educação: um movimento de ruptura com o modelo de conhecimento hegemônico da ciência; que seja promotora de participação e protagonismo dos sujeitos; de relações sustentadas na cooperação e solidariedade; de partilha de saberes e de poderes; integração de teoria e prática e de ensino e trabalho; que pode ocorrer em diferentes cenários de aprendizagem. A inovação pedagógica também foi considerada em relação ao grau de distanciamento com o padrão tradicional de formação médica. Acredita-se que o que está em jogo, em especial no cenário brasileiro, é a disputa entre dois modelos de atenção e formação médica. Foi possível identificar a coexistência de dois modelos de formação nos casos estudados: o biomédico, tradicional, presente na racionalidade médica e nas práticas pedagógicas, bem como na resistência de alguns alunos e professores, que não aceitam a proposta voltada para Atenção Básica, integralidade e humanização, no caso brasileiro; e, no caso espanhol, a tensão aparece igualmente na resistência e descrença à inovações de práticas pedagógicas e propostas fora do modelo hegemônico da ciência. Para análise do campo médico e de certas resistências encontradas na formação no Brasil e Espanha foram utilizados conceitos de Bourdieu.

Palavras-chave: **Formação Médica. Pedagogia Universitária. Inovação como Ruptura. Programa Mais Médicos. Espaço Europeu de Educação Superior**

ABSTRACT

The thesis analyzes the changes taking place in Medicine courses in Brazil through the “More Doctors” Program and the New Curricular Parameters; and in Spain, through the creation of the European Higher Education Area (EHEA), aiming to develop a new medical profile. In Brazil, it aims a general, humanist education that qualifies doctors to act mainly in Basic Health Care from Brazilian Unified Health System (SUS). In Spain, they invest in the education of a physician who associates research to his or her practice, creating a more competitive professional. From the curriculum of two courses, the subjects of Collective Health and Integrator Seminar, at the Federal University of Fronteira Sul, and Biomedical Innovation and New Technologies, at the University of Valladolid, were selected. Class observations, interview with professors were made and questionnaires with students from the two courses were applied. Case Study Method was used (YIN, 2005; STAKE, 2010), through a comparative approach (BADIE; HERMET, 1993). The conception of innovation in this thesis is supported by authors such as Lucarelli, Leite, Cunha, among others. It is considered innovation in education: a rupture movement with the hegemonic Science knowledge model; that promotes participation; of relations based on cooperation and solidarity; of knowledge and power sharing; integration of theory and practice and of teaching and working. It may occur in different learning scenarios. The pedagogical innovation was also considered in relation to the degree of detachment with the traditional pattern of medical education. It is believed that what is at stake, especially in Brazilian scenario, is the dispute between two models of care and medical education. It was possible to identify the coexistence of two education models in the two cases studied: the biomedical, traditional, present in medical rationality and in pedagogical practices, as well as in the resistance of some students and professor, who do not accept the proposal focused on Basic Health Care, integrality and humanization, in Brazilian case; in the Spanish case, the tension also appears in the resistance and disbelief to the innovation of pedagogical practices and in the proposals out of the hegemonic Science model. For analysis of medical field and of certain resistances found in education in Brazil and Spain, Bourdieu’s concepts were used.

Keywords: Medical Education. University Pedagogy. Innovation as Rupture. More Doctors Program. European Higher Education Area

RESUMEN

Esta tesis analiza los cambios que están ocurriendo en los cursos de medicina en Brasil, a partir del Programa Más Médicos y los Nuevos Parámetros Curriculares; y en España, a partir de la creación del Espacio Europeo de la Educación Superior (EEES), con el objetivo de desarrollar un nuevo perfil médico. En Brasil, se objetiva una formación general, humanista, que cualifique médicos para actuar principalmente en la Atención Básica del Sistema Único de Salud (SUS). En España, se objetiva la formación de un médico que asocie la investigación a su práctica, creando un profesional más competitivo. Del currículo de los dos cursos, fueron seleccionadas las asignaturas de Salud Colectiva y Seminario Integrador en la Universidad Federal da Fronteira Sul, e Innovación Biomédica y Nuevas Tecnologías en la Universidad de Valladolid. Fueron realizadas observaciones en clase, entrevistas con profesores y se aplicaron cuestionarios con alumnos de los dos cursos. Fue utilizada la metodología Estudio de Caso (YIN, 2005; STAKE, 2010), con apoyo en el estudio comparado (BADIE; HERMET, 1993). La concepción de innovación en esta tesis, está sustentada en autores como Santos, Lucarelli, Leite, Cunha, entre otros. Se considera innovación en educación: un movimiento de ruptura con el modelo de conocimiento hegemónico de la ciencia; que promueva la participación y la protagonización de los sujetos; de relaciones sustentadas en la cooperación y la solidaridad; de compartir saberes y poderes; integración de teoría y práctica, y de enseñanza y trabajo; y, pudiendo ocurrir en diferentes escenarios del aprendizaje. La innovación pedagógica también fue considerada en relación al grado de distanciamiento con el modelo tradicional de la formación médica. Se cree que lo que está en juego, en especial en el escenario brasileño, es la disputa entre dos modelos de atención y formación médica. Fue posible identificar la existencia de dos modelos de formación en los casos estudiados: el biomédico, tradicional, presente en la racionalidad médica y en las prácticas pedagógicas, así como, la resistencia de algunos alumnos y profesores, que no aceptan la propuesta enfocada en la Atención Básica, integralidad y humanización, en el caso brasileño; y, en el caso español, la tensión aparece de igual forma en la resistencia y descreimiento con respecto a las innovaciones de prácticas y propuestas fuera del modelo hegemónico de la ciencia. Para el análisis del campo médico y de ciertas resistencias encontradas en la formación, en Brasil y España, fueron utilizados los conceptos de Bourdieu.

Palabras clave: **Formación Médica. Pedagogía Universitaria. Innovación como Ruptura. Programa Más Médicos. Espacio Europeo de la Educación Superior**

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa da distribuição de médicos/1000 habitantes no Brasil.....	58
Figura 2	Sala de aula na Faculdade de Medicina da UVa.....	210
Figura 3	Laboratório Multimídia na Faculdade de Medicina da UVa.....	210
Figura 4	Biblioteca Reina Sofia.....	211
Figura 5	Exemplos de salas de aula da Universidade de Valladolid.....	211
Figura 6	Exemplos de salas de aula da Universidade de Valladolid.....	212
Figura 7	Pesquisadores do Projeto de Inovação e docentes da disciplina IBNT/UVa ..	212
Figura 8	Seminário Maior Nossa Senhora Aparecida.....	213
Figura 9	Laboratório com estudantes do Curso Técnico em Nutrição e Dietética de Escola Estadual, no Campus de Passo Fundo.....	213
Figura 10	Curso Livre de Educação Popular em Saúde no Campus de PF.....	214

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Relação médicos/1000 habitantes em alguns países.....	57
Tabela 2	Matrículas em cursos de Medicina em 2001 e 2011 (Mulheres, Homens e Total) – Censo da Educação Superior – INEP.....	59
Tabela 3	Distribuição de ingressos em 2013/2 e 2014/2, por critérios de grupos.....	83

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição de matrículas no ensino médio por categoria administrativa das instituições, nos estados da Região Sul do Brasil – Censo Escolar 2011.....	82
Quadro 2	Perfil dos alunos dos 27 alunos participantes da pesquisa, pertencentes à turma de 2013/2.....	86
Quadro 3	Perfil dos alunos dos 27 alunos participantes da pesquisa, pertencentes à turma de 2015/2.....	86
Quadro 4	Experiência pessoal, desafios e dificuldades no curso (alunos da turma 2013/2).....	89
Quadro 5	Experiência pessoal, desafios e dificuldades no curso (alunos da turma de 2015/2).....	90
Quadro 6	Qual perfil médico a UFFS/PF está formando na opinião dos alunos.....	92
Quadro 7	Como a Disciplina Seminário Integrador se diferencia, contribui para tua formação e como SI pode melhorar?.....	93
Quadro 8	Como a Disciplina Saúde Coletiva se diferencia, contribui para tua formação, e como SC pode melhorar?.....	96
Quadro 9	Aula 1.....	153
Quadro 10	Aula 2.....	154
Quadro 11	Aula 3.....	154
Quadro 12	Aula 4.....	155
Quadro 13	Aula 5.....	156
Quadro 14	Perfil acadêmico dos docentes entrevistados.....	165
Quadro 15	Comparação entre os casos Brasil e Espanha.....	175

LISTA DE SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Ensino Médico
CCAA	Comunidades Autônomas
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas
CND	Conferência Nacional de Decanos de Faculdades de Medicina Espanholas
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRM	Conselho Regional de Medicina
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ECTS	Sistema Europeu de Transferência de Créditos
EEES	Espaço Europeu de Educação Superior
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
GEU	Grupo de Estudos sobre Universidade
INOVAVAL	Grupo de Pesquisa Inovação e Avaliação da Universidade
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBNT	Investigações Biomédicas e Novas Tecnologias
IES	Instituições de Ensino Superior
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MEC	Ministério da Educação e Cultura
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAI	Planejamento Agrônomo Integrado
PIB	Produto Interno Bruto
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RS	Rio Grande do Sul
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SC	Saúde Coletiva
SI	Seminário Integrador
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SSAM	Sistema Supletivo de Assistência Médica
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
UVa	Universidade de Valladolid

SUMÁRIO

1	APRESENTANDO A PESQUISA	16
2	FUNDAMENTOS DA PESQUISA	28
2.1	A CIÊNCIA MODERNA E O MODELO ATUAL DE MEDICINA	28
2.2	O MODELO TRADICIONAL DE ATENÇÃO E FORMAÇÃO MÉDICA ...	31
2.3	A EMERGÊNCIA DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO E FORMAÇÃO MÉDICA	32
3	CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA	35
3.1	O SUS E A FORMAÇÃO EM SAÚDE	35
3.2	O CAMPO MÉDICO – BOURDIEU	37
3.3	CONTEXTO ATUAL DA UNIVERSIDADE	42
3.4	INOVAÇÃO NA PEDAGOGIA UNIVERSITÁRIA.....	47
3.5	CONTEXTO SOCIOECONÔMICO DO BRASIL E ESPANHA: ALGUNS DADOS	52
3.6	CONTEXTO ATUAL DA EDUCAÇÃO SUPERIOR E SAÚDE NO BRASIL	53
3.7	CONTEXTO ATUAL DA FORMAÇÃO MÉDICA NA ESPANHA	60
3.8	SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL E NA ESPANHA	66
3.8.1	Serviços de atendimento em saúde na Espanha e no Brasil	69
4	OPÇÕES METODOLÓGICAS	72
4.1	OBJETIVOS DA PESQUISA	72
4.2	SUJEITOS DA PESQUISA.....	73
4.3	PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DA PESQUISA.....	73
4.4	CARACTERIZANDO A PESQUISA.....	74
4.5	CAMINHO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....	74
5	DESENVOLVIMENTO.....	76
5.1	ESTUDO DE CASO NO BRASIL.....	76
5.1.1	Universidade Federal da Fronteira Sul.....	77
5.1.2	O Curso de Medicina da UFFS/PF.....	78
<i>5.1.2.1</i>	<i>Política de Ingresso na UFFS.....</i>	<i>82</i>
5.1.3	Coleta e trabalho dos dados do caso da UFFS.....	84
<i>5.1.3.1</i>	<i>Perfil dos alunos que participaram da pesquisa</i>	<i>85</i>
<i>5.1.3.2</i>	<i>Resultados dos questionários dos alunos que participaram da pesquisa.....</i>	<i>87</i>

5.1.3.3	<i>Avaliação dos alunos para disciplina de Seminário Integrador.....</i>	92
5.1.3.4	<i>Avaliação dos alunos para a disciplina de Saúde Coletiva.....</i>	95
5.1.3.5	<i>Quem são os alunos da turma de 2013/2 que participaram da pesquisa?.....</i>	99
5.1.3.6	<i>Quem são os alunos da turma de 2015/2 que participaram da pesquisa?.....</i>	101
5.1.3.7	<i>Outras questões e comentários dos alunos da turma de 2013/2 e da turma 2015/2.....</i>	101
5.1.4	Observações de Aulas.....	108
5.1.4.1	<i>A Disciplina Seminário Integrador.....</i>	108
5.1.4.2	<i>A Disciplina de Saúde Coletiva.....</i>	113
5.1.5	Entrevista Docente.....	127
5.2	O CASO ESPANHOL.....	143
5.2.1	A Universidade de Valladolid.....	143
5.2.2	A Faculdade de Medicina da UVa.....	145
5.2.3	Crítérios de acesso ao ensino superior espanhol.....	145
5.2.4	A Disciplina Investigación Biomedica y Nuevas Tecnologías (IBNT).....	147
5.2.5	Inserção no Projeto IBNT.....	148
5.2.6	Trabalho de campo.....	149
5.2.7	Descrição das observações e percepções obtidas junto à equipe de pesquisa durante as reuniões.....	151
5.2.8	Observações das aulas da disciplina IBNT.....	152
5.2.8.1	<i>Análise das observações de aula.....</i>	157
5.2.9	Questionário dos alunos da disciplina IBNT.....	159
5.2.9.1	<i>Questões do questionário e os comentários.....</i>	160
5.2.10	Apresentação dos resultados da entrevista com os docentes da IBNT.....	164
6	COMPARAÇÃO ENTRE OS DOIS CASOS.....	175
6.1	ANÁLISE COMPARATIVA	178
7	CONCLUSÃO.....	186
	REFERÊNCIAS.....	190
	ANEXOS.....	204

1 APRESENTANDO A PESQUISA

A busca por inovação pedagógica no ensino superior tem guiado minhas práticas de pesquisa e estimulado ainda mais minha curiosidade epistemológica. A razão da motivação para a escolha do tema desenvolvido na pesquisa pode estar na minha trajetória dentro da universidade, mas também está na utopia de que ensinar e aprender, como práticas sociais inerentes à vida humana, podem e devem ser uma experiência criativa, prazerosa e estimulante. A etimologia da palavra utopia, em grego, significa o não-lugar¹. Em educação, partindo de sua etimologia, pode ser considerado o que não está instituído ou o que está fora do lugar da prática tradicional (interpretações próprias). Mas utopia “é o termo pelo qual podemos conceber o plano desejável de uma sociedade extremamente harmônica, estável e funcional, comprometida com o bem-estar da coletividade”². Portanto, a ação pedagógica deverá ser repensada, modificada, inovada e ressignificada, sempre que o sentido em suas práticas não for o bem comum, haja vista a importância do conhecimento e da aprendizagem para nosso desenvolvimento como seres humanos e cidadãos.

É neste sentido que a inovação pedagógica como ruptura pode ser associada à ideia de “utopia concreta” de Freire:

O sonho viável exige de mim pensar diariamente a minha prática; exige de mim a descoberta, a descoberta constante dos limites da minha própria prática, que significa perceber e demarcar a existência do que eu chamo espaços livres a serem preenchidos. O sonho possível tem a ver com os limites destes espaços e esses limites são históricos. (...) A questão do sonho possível tem a ver exatamente com a educação libertadora, não com a educação domesticadora. A questão dos sonhos possíveis, repito, tem a ver com a educação libertadora enquanto prática utópica. Mas não utópica no sentido do irrealizável; não utópica no sentido de quem discursa sobre o impossível, sobre os sonhos impossíveis. Utópico no sentido de que é esta uma prática que vive a unidade dialética, dinâmica, entre a denúncia e o anúncio, entre a denúncia de uma sociedade injusta e espoliadora e o anúncio do sonho possível de uma sociedade que pelo menos seja menos espoliadora, do ponto de vista das grandes massas populares que estão constituindo as classes sociais dominadas (BRANDÃO; CHAUI; FREIRE, 1982, p.100).

No entanto, na educação formal, e neste caso, no ensino superior, na maioria das vezes se perde de vista o componente humano no processo de ensino e aprendizagem, dando mais relevância à finalidade do conhecimento que se produz do que ao processo pedagógico – processo no qual se desenvolvem relações entre os sujeitos, relações de poder, e nestas relações é que se produzem ou reproduzem as condições de emancipação ou submissão dos sujeitos. Por

¹ Segundo o Dicionário Informal (2011).

² Ideia associada ao uso que fez Thomas Morus (1480-1535) em seu livro “Utopia” de 1516, no qual descreve a utopia como um mundo imaginário ideal (DICIONÁRIO INFORMAL, 2011).

esta razão me referi a utopia, não como uma fantasia ou sonho impossível, mas como um projeto em construção. Somente um processo de ensino e aprendizagem que contemple a emancipação dos sujeitos pode ser criativo, estimulante e prazeroso.

Boaventura de Sousa Santos, em 2015, em entrevista a um jornal no Brasil, afirmou que é necessário buscar a “utopia concreta”, como usa Freire. Afirma que tem encontrado diversas experiências pelo mundo que mostram pessoas a construir utopias concretas. “*Procuro aprender com essas iniciativas, ver o que elas podem trazer de novo em termos de organização econômica, direitos humanos e democracia. A utopia hoje para mim é o que está a ser feito*”³.

Estudos de Boaventura de Sousa Santos (1987, 2000)⁴, dentre outros autores, inspiraram, na década de 1990, Leite (1997, 1999, 2001), Lucarelli (1997, 2001) e tantos outros pesquisadores da área da Pedagogia Universitária na interpretação de inovação enquanto ruptura na área da Educação. Santos (2008) descrevia a crise do paradigma dominante, baseado na racionalidade da ciência moderna, constituída no século XVI como modelo das ciências naturais. No século XIX, esta racionalidade científica foi incorporada pelas ciências sociais que emergiram no mesmo século e consolidada no modelo positivista, adotando a metodologia das ciências naturais para os estudos da sociedade.

A racionalidade científica torna-se global, negando outras formas de conhecimento, como o senso comum e os estudos humanísticos (SANTOS, 2008). O autor mencionava a superação da concepção da racionalidade única e a emergência de um novo paradigma, o qual deveria ser também social, para superar a divisão entre ciências naturais e ciências sociais e revalorizar os estudos humanístico.

Neste sentido, Leite (1997) descreve possíveis rupturas com o paradigma dominante no fazer pedagógico dentro da universidade, reconhecidas em algumas situações de mudanças, tais como: nas relações entre os sujeitos protagônicos nos processos de aprendizagem; nas relações de decisão entre a base e a direção na Universidade; mudanças no caráter epistemológico e espacial da pesquisa, ensino e extensão, “numa simbiose produtiva que não destaca relevâncias”; e, nas configurações de docência, possibilitando que diferentes atores – alunos, comunidade, professores, pesquisadores, outros profissionais, participem como “docentes de saberes diferente” (LEITE, 1997, p.32).

Estudos na área da educação têm mostrado experiências inovadoras em educação superior e contribuído com o aprimoramento e caracterização do tema da inovação pedagógica

³ Entrevista concedida para Guilherme Freitas (2015), do jornal O Globo.

⁴ Tema abordado no livro “Um discurso sobre a ciência”, publicado originalmente em Portugal em 1987 (Porto: Afrontamento), posteriormente publicado no Brasil, em 2008.

e ruptura. Leite (2001) esclarece que uma experiência inovadora em educação se caracteriza por apresentar ruptura com as práticas tradicionais de ensino. A inovação pedagógica, é na definição de Leite (2010, p.58), “uma ação criadora de rompimento com os paradigmas tradicionais vigentes no ensino e na pesquisa, ou, uma ação situada no patamar da transição paradigmática, com reconfiguração de saberes e poderes”. Lucarelli (2003) afirma que a inovação pedagógica como ruptura ocorre quando determinada forma de comportamento que se repete ao longo do tempo é interrompido. “Legitima-se, dialeticamente, com a possibilidade de relacionar essa nova prática com as já existentes por meio de mecanismos de oposição, diferenciação ou articulação” (LUCARELLI, 2003, p.359)⁵. Para Cunha (2006, p.359) “O conceito de ruptura nas inovações inclui fortemente uma perspectiva epistemológica. Nesse sentido a inovação se diferencia de rearranjos de métodos ou abordagens. Pressupõem assumir um conceito de conhecimento que rupture com a perspectiva dominante”⁶.

Para Leite (2001), as inovações podem ser de tipo regulatórias, aquelas que são implantadas pelos sistemas, e emancipatórias, que em geral emergem por dentro destes mesmos sistemas, de suas bases. Inovação na educação deve apresentar “[...] uma ruptura clara com os paradigmas vigentes na Universidade (o paradigma positivista seria o mais conhecido) ou, uma transição para um novo padrão ou, ainda uma reconfiguração de saberes/poderes/conhecimentos”. (LEITE, 1999, p. 66).

O sentido dado à inovação nesta tese parte da perspectiva de que nem toda mudança é inovadora, mas para que exista inovação é necessário ocorrer mudança com ruptura. Por essa razão, observar com cautela os processos de mudança instituídos em educação é necessário, mesmo naqueles processos que se autodenominam inovadores, a fim de poder identificar em que medida essas mudanças promovem inovação. Conhecer ou identificar a intencionalidade e as condições por trás da ideia de inovação é um dos indícios que possibilitam verificar a ruptura com os padrões estabelecidos, ou não.

Inovações nas mais diferentes áreas da vida são desejadas e buscadas, mas não é qualquer mudança num dado sistema que agregará satisfação humana. Há muitas 'inovações' que consistem em agregar o uso de novas ferramentas tecnológicas ou a adoção de novos métodos de trabalho, muitas vezes voltadas para aumentar a produtividade. A inovação aqui

⁵ Lucarelli, na Enciclopédia de Pedagogia Universitária (2006, p.359). Disponível em: <http://www.publicacoes.inep.gov.br/resultados.asp?cat=7> www.ufrgs.br/inov

⁶ Nota de Maria Isabel da Cunha sobre o conceito de ruptura na inovação. Enciclopédia de Pedagogia Universitária (2006, p.359). Disponível em: <http://www.publicacoes.inep.gov.br/resultados.asp?cat=7> www.ufrgs.br/inov

buscada resulta da ruptura com o que está estruturado, estabilizado e não oferece mais respostas às demandas sociais por equidade.

A partir da introdução da temática que motivou o desenvolvimento desta tese, apresento a questão que guiou o desenvolvimento da pesquisa, a qual buscarei responder ao final deste estudo: **Inovações pedagógicas, enquanto ruptura, emergiram no processo de mudanças impostas na formação médica, nos casos estudados?** Considero a existência de inovação na educação quando práticas e relações no ensino e na aprendizagem promovem ruptura com os modelos tradicionais. A inovação como ruptura pode ocorrer dentro da prática pedagógica, nos tipos de conhecimento considerado, negado e produzido, nas relações de poder, nas ações dos atores envolvidos, nos efeitos destas ações, etc. A inovação poderá também ser identificada no grau de distanciamento com o padrão destas práticas. Em experiências inovadoras como ruptura podem ocorrer o desenvolvimento de novas práticas de emancipação e empoderamento dos atores envolvidos, o protagonismo de diferentes atores, a distribuição dos poderes no sentido da horizontalidade e a partilha de saberes.

O objeto sobre o qual foi desenvolvida a pesquisa está localizado em dois cursos de medicina. Trata-se das experiências pedagógicas observadas em três disciplinas da formação médica, sendo duas delas observadas no curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), em Passo Fundo/Brasil, e a outra disciplina é do curso de medicina da Universidade de Valladolid (UVa), em Valladolid/Espanha. O objetivo geral foi verificar nos processos de mudanças em andamento e a emergência de inovações pedagógicas como produtoras de novas práticas médicas nos cursos observados. Os objetivos específicos foram: descrever os contextos observados, identificando a construção de processos inovadores; verificar, na participação dos atores, a existência de protagonismo e partilha de saberes e poderes; identificar, nas práticas pedagógicas observadas, a ocorrência de inovação enquanto ruptura com os paradigmas tradicionais da formação médica; e, analisar, nos casos estudados, a emergência de um outro modelo de formação médica.

O interesse por esta temática se deu em meio à polêmica deflagrada após a instituição do Programa Mais Médicos no Brasil em julho de 2013. O Mais Médicos tem como foco a formação de um outro perfil médico, voltado ao atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), um médico generalista habilitado para prestar atenção integral ao paciente. Tem por objetivo aumentar o número de médicos para o preenchimento da demanda em todo território brasileiro de forma equitativa. Algumas das medidas instituídas por esta política pública de saúde foram:

1. A contratação emergencial de médicos brasileiros formados fora do país e de médicos estrangeiros que foram alocados em áreas periféricas ou remotas, geralmente não preenchidas por médicos locais;
2. A revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação Médica e aprovação das novas DCN em 2014;
3. E o controle sobre a abertura de novos cursos de medicina no Brasil por parte do Governo Federal.

A inclusão da experiência da Espanha, decorreu do fato de que no ano de 2014 fui selecionada, para um Estágio Doutoral no Programa Erasmus Mundus Lindo, por essa razão, passei 10 meses na Espanha. Durante minha permanência naquele país, estive vinculada à Universidade de Valladolid, no Programa de Doutorado em Investigação Transdisciplinar em Educação da UVA, sob orientação do coordenador do Programa, Professor Doutor Bartolomé Rubia Avi. Ao chegar, o Professor Bartolomé me convidou a integrar uma equipe de pesquisa, formada por professores do curso de medicina, que estavam desenvolvendo um projeto sobre a disciplina inovadora Investigações Biomédicas e Novas Tecnologias (IBNT), na Universidade de Valladolid. Aceitei o convite com a possibilidade de incluir o estudo da disciplina, como um segundo estudo de caso para minha tese. A experiência acompanhada na Espanha possibilitou enriquecer o estudo do caso brasileiro, uma vez que foi possível contrastar as duas experiências e aprender a partir dos processos desenvolvidos por elas.

Na Espanha, as mudanças na formação médica são provenientes da criação do Espaço Europeu de Educação Superior (EEES), lançado em 2010, o qual tem como objetivos a harmonização dos sistemas de ensino superior, com uma base curricular comum, a validação dos diplomas de ensino superior e a livre circulação profissional em todos os países que assinaram o Tratado de Bolonha. Na experiência acompanhada e estudada na Espanha, seis dos 11 professores da disciplina desenvolveram um projeto de pesquisa para averiguar se estavam conseguindo atingir os objetivos propostos na disciplina IBNT.

A disciplina nova, com uma proposta e formato inovador, foi criada com o objetivo de desenvolver algumas das recomendações do Tratado de Bolonha. Dentre os objetivos da disciplina estava o de inserir os alunos nos caminhos da pesquisa, a fim de que eles possam ter a pesquisa na profissão médica como uma ferramenta de qualificação da sua prática. Ao me inserir nesse projeto passei a acompanhar o desenvolvimento da disciplina e a estudar a prática pedagógica desenvolvida nela. O meu objetivo foi verificar a possibilidade de, na disciplina IBNT, estar em desenvolvimento uma pedagogia inovadora, enquanto ruptura com a pedagogia

tradicional do modelo de formação clássica da medicina na Espanha e, posteriormente, contrastar com o processo de mudança em andamento na formação médica brasileira.

Meu interesse pelas áreas da Educação e Saúde se deu num processo colado às minhas escolhas e aprendizagens acadêmicas, as quais iniciaram com a graduação e seguiu-se com a inserção na pesquisa, no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), bolsa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a partir de 1994. No mesmo período tive a inserção no Grupo de Estudos sobre Universidade (GEU), na Sociologia da Educação, após tive a bolsa de aperfeiçoamento (CNPq) no ano de 1996 e a participação no Grupo de Pesquisa Inovação e Avaliação da Universidade (INOVAVAL), com estudos na área da Educação Superior. A partir dessas experiências fui lapidando meu olhar crítico e questionador acerca das relações e situações que constituíam minhas vivências na área pedagógica como profissional e aluna.

O contato com a área da Saúde como objeto de estudo, começou ainda na graduação em Ciências Sociais, durante a disciplina de Sociologia da Saúde. Nesta disciplina participei de uma investigação sobre as condições da saúde, na qual fizemos observações em hospitais de Porto Alegre quanto aos serviços e recursos disponibilizados para atender à população sem plano de saúde, encaminhados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dentro do espaço e tempo disponibilizados para a realização do trabalho para a disciplina, foi uma experiência rica, pois a situação constatada na ocasião evidenciava uma crise na saúde denunciada enfaticamente pelos meios de comunicação e tantas vezes justificada pela falta de recursos humanos e de investimentos em saúde.

Em um dos hospitais visitados pude observar que em meio à carência de leitos, macas e equipamentos, havia uma ala hospitalar em reforma sendo finalizada, destinada ao atendimento particular e de convênios de saúde. Tal ala estava equipada com todos os recursos necessários, além de conforto nas acomodações, com banheiros privativos e todos os utensílios aparentemente novos. Uma contradição clara, tornando evidente a disparidade dos recursos e infraestrutura disponibilizada ao atendimento em saúde neste hospital. Diversos recursos tecnológicos, como, por exemplo, equipamentos modernos para exames e acompanhamento dos pacientes, leitos com regulagens eletrônicas, dentre outros, estavam disponíveis de acordo com o poder de compra do serviço, dando a clara visão da saúde como uma mercadoria à venda, disponível a quem puder pagar.

Contudo, mais do que constatar diferenças no que se refere às condições físicas e tecnológicas, chamava a atenção o fato de que por trás dessas diferenças e contradições haveria o trabalho dos profissionais de saúde, exercendo na prática essa seleção de usuários para cada

segmento e, quem sabe, definindo as condições de trabalho dos profissionais voltados ao cuidado da população em cada um dos segmentos. Identificar esses contrastes despertou diversos questionamentos: Como médicos e demais profissionais de saúde lidavam com essas disparidades? As diferenças estariam naturalizadas em sua formação profissional? O que a formação produz de capacidades profissionais em relação a essas diferenças? Qual a participação da formação em saúde na reprodução ou ruptura com este padrão de acesso e cuidado à saúde?

Já o interesse pelo tema da inovação na Educação Superior foi sendo construído e vivenciado na prática acadêmica. Foi o tema desenvolvido no meu Mestrado em Educação, realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, entre os anos de 2008 e 2010. Na ocasião, o objeto estudado foi o processo inovador construído numa disciplina do curso de Agronomia desta mesma universidade. A escolha da disciplina Planejamento Agrônomo Integrado (PAI) foi em razão dessa disciplina ter uma proposta e um formato inovador. PAI foi criada por iniciativa de um pequeno grupo docente a partir da necessidade de formação de engenheiro agrônomo generalista e pretendia-se formar um novo perfil profissional que atendesse às demandas da sociedade na ocasião – estava se instaurando o perfil generalista na formação agrônoma.

No contexto da formação médica no Brasil e na Espanha, a inovação tem sido anunciada como adjetivo das mudanças em andamento. No Brasil, a partir da aprovação do Programa Mais Médicos em 2013, teve início um processo de fortalecimento da atenção básica em saúde no Sistema Único em Saúde e este movimento envolveu diretamente a formação médica. Com isso, inicia-se uma reorganização dos cursos de medicina e a intervenção estatal na abertura de novos cursos no país, sendo feita a revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de medicina, promovendo a necessidade de adequações dos currículos, além de outras medidas que oportunamente serão expostas ao longo desta tese.

Na Espanha, como nos demais países integrantes da União Europeia, a criação do Espaço Europeu de Educação Superior, em 2010, impôs medidas de integração e homogeneização entre os sistemas de educação superior nos países do bloco europeu. Na Espanha, e em particular no curso de medicina, o processo está em construção. A homogeneização nos currículos dos cursos superiores tem se mostrado difícil e complicada de se alcançar em nível local e menos provável em nível europeu, como criticaram alguns professores da faculdade de medicina da UVa. No entanto, as universidades estão fazendo sua parte no sentido de criar disciplinas seguindo as orientações realizadas pelas determinações do EEES. Dentre as orientações passadas às universidades, está uma maior ênfase na prática

durante a formação, os currículos devem desenvolver outras habilidades além das tradicionais, para que os futuros médicos sejam capazes de atuar em diferentes mercados de trabalho, mais amplos e competitivos.

As situações acima mencionadas têm em comum o fato de estar em construção um outro modelo de formação médica em cada um dos países em questão. Através de mudanças em seus currículos, com a criação de disciplinas diferentes, buscando inserir maior prática na formação, objetivam a construção de um perfil diferente de médico. Neste sentido, justifica-se este estudo, a fim de observar, acompanhar e compreender as bases nas quais se sustentam essas mudanças, e seus efeitos na formação médica e, principalmente, se essas mudanças promovem inovação pedagógica como ruptura.

A Universidade como *locus* do saber, produtora de novos conhecimentos científicos por excelência, contraditoriamente, oferece grande resistência a inovações (LEITE, 2005). Talvez por isso grandes mudanças e inovações na educação formal universitária sejam menos frequentes ou menos percebidas e divulgadas, pois encontram resistência entre a própria comunidade universitária. Neste sentido, o estudo sobre inovação pedagógica na universidade torna-se oportuno, não apenas para dar visibilidade aos processos inovadores na educação superior, como também para aprender a partir deles. Compreender como iniciam e quem os promove, o que os motiva e como ocorrem, quais seus efeitos e resultados, são algumas das questões que motivam a pesquisa sobre inovação na universidade.

O tema escolhido para realização desta tese foi a inovação pedagógica na formação médica. Para desenvolver este tema, construí dois estudos de caso, tendo por referência Yin (2005) e Stake (2010). O delineamento dos dados se deu a partir do aprofundamento dos aspectos característicos do objeto de pesquisa, o que configura o estudo de caso, de acordo com Yin (2005). Os estudos se basearam no trabalho de campo descritivo e, além de descrever as situações dos casos, busquei abranger as complexidades de cada um, destacando o que cada caso tem de particular e único (STAKE, 2010). Posterior ao delineamento e interpretação dos dados, recorri à metodologia comparativa (BADIE; HERMET, 1993), pois a comparação ajuda a liberar do peso do etnocentrismo e do uniforme, uma vez que mostra a pluralidade e diversidade das experiências em estudo. E destaca a importância do acontecimento, da invenção, da ruptura e da ação. Com essas perspectivas apontadas, a comparação auxiliou a estabelecer um contraponto entre as duas experiências, verificando aprendizados que se podem adquirir e compartilhar, quando se vai para além do conhecimento etnocêntrico.

A fim de alcançar o objetivo proposto, acompanhei, estudei e analisei os processos de mudanças em desenvolvimento na formação médica e elegi disciplinas criadas em decorrência

das mudanças nos cursos de medicina em estudo. No primeiro estudo de caso, na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), em Passo Fundo, estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil, foram estudadas duas disciplinas: Saúde Coletiva (SC) e Seminário Integrador (SI). O curso de medicina da UFFS foi o primeiro curso de medicina criado dentro do projeto de expansão das escolas médicas no Brasil, o qual integrou um conjunto de medidas instituídas no Programa Mais Médicos para formação em saúde, distribuição profissional e atendimento médico no Sistema Único em Saúde (SUS).

Busquei captar quais estratégias foram adotadas em termos de currículo e práticas pedagógicas dentro das orientações das novas Diretrizes Curriculares para os cursos de medicina. Portanto, ainda que em alguns momentos o foco das observações estivesse direcionado mais para as disciplinas do curso, o contexto mais abrangente complementou a leitura dos achados em campo e procurei descrever e mostrar as características e particularidades de cada um dos casos.

No segundo estudo de caso, na Universidade de Valladolid (UVa), acompanhei a disciplina de Inovação Biomédica e Novas Tecnologias (IBNT). Este estudo se deu num contexto inusitado, pois estive inserida com dois distintos papéis no projeto: de um lado, seguindo a pesquisa e os objetivos do grupo e, de outro lado, desenhando o caso de pesquisa da minha tese. Por vezes me distanciava do caminho metodológico do grupo para poder enxergar meu problema de pesquisa. Considero que foi um desafio que proporcionou um aprendizado, pois percebi os papéis como complementares e que se enriqueceram mutuamente.

As universidades onde observei as duas experiências estudadas ocupam diferentes contextos – espacial, social, econômico, político e cultural bastante distintos. A intenção foi explorar e descrever cada caso, tanto quanto possível, para compreendê-los e confrontar os casos entre si, no intuito de evidenciar se e como estes processos apresentaram inovações pedagógicas que representam ruptura com o modelo tradicional de formação médica. Para tal, o trabalho de campo foi fundamental. Neste sentido, fiz uso de observações de aulas, entrevistas docentes, questionários semiabertos com alunos, além de consulta a documentos da área pedagógica dos cursos e das disciplinas.

Também busquei perceber o alcance individual de cada experiência – suas iniciativas pedagógicas, recursos, ferramentas, recursos humanos envolvidos, relações que se forjaram na prática – para modificar o contexto da formação médica, promovendo o desenvolvimento do perfil médico desejado pelas novas normativas. Identifiquei limitações, resistências e desafios que se apresentaram durante os processos de mudanças que estão em curso. Busquei refletir

criticamente sobre os processos de mudanças na educação superior, vislumbrando alternativas e possibilidades apreendidas a partir das experiências reais acompanhadas e estudadas.

Importante ressaltar que as duas experiências em estudo, em que pesem as inúmeras diferenças entre elas, possuem aspectos em comum relevantes. Em ambas experiências que mudanças estão em andamento foram impostas por normas e/ou determinações a partir de leis de órgãos e/ou entidades superiores dos seus países e ambas visam formar um médico com o perfil diferente do que vinha sendo formado, sendo necessários novos arranjos curriculares, além de novas práticas pedagógicas, o uso de outros recursos e a organização e o planejamento diferenciado nas disciplinas.

Diante do problema inserido, destaco que o sucesso das políticas instituídas no campo da medicina, nos casos em estudo, depende em grande parte do resultado da formação dos futuros médicos. Contudo, o sucesso na formação médica requer professores capacitados para desenvolver novas práticas pedagógicas condizentes com a nova proposta de formação médica. E, mais que isso, que eles estejam convencidos das vantagens deste novo modelo de formação médica. Os cursos requerem recursos humanos capacitados, boa estrutura física e recursos tecnológicos que atendam às demandas na formação do novo perfil médico que se quer formar.

Os contextos pesquisados nesta tese evidenciam um processo de mudanças e de construção de práticas inovadoras que nascem de movimentos com sentidos inversos ao observado na pesquisa que desenvolvi no Mestrado (CAMPOS, 2010)⁷. O estudo desta experiência evidenciou que a inovação nasceu no espaço micro (sala de aula, do departamento) por iniciativa de um pequeno grupo de professores em resposta às dificuldades, carências e desafios que enfrentavam na formação do engenheiro agrônomo com perfil generalista.

Contudo, no objeto de estudo desta tese, as mudanças na formação médica nos dois países partiram de norma superior instituída como obrigatória a todos os cursos de medicina. Ou seja, nasce do contexto macro para o micro, de um patamar hierárquico de autoridade e como imposição aos níveis abaixo. Diante disto, busquei verificar, junto às experiências estudadas, a emergência de movimentos de ruptura que caracterizam a inovação enquanto uma quebra com os padrões tradicionais da formação acadêmica, forjadas a partir das políticas impostas 'de cima' e não forjadas no espaço micro, das relações subjetivas, no âmbito da relação de ensino-aprendizagem.

Num primeiro momento foi possível confirmar que a área médica é fortemente alicerçada numa racionalidade única, a biomedicina, que está sustentada na física clássica

⁷ Para conhecer, acessar a dissertação de mestrado disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/25843>>

newtoniana e na metáfora cartesiana do corpo como máquina direcionada pela mente⁸, determinando a organização, as práticas e as relações no campo do saber da saúde e no campo profissional médico. Para compreender e interpretar o contexto médico e também sua resistência à determinadas mudanças, busquei referenciais em alguns conceitos de Bourdieu, como *campos*, *habitus*, *capital cultural* e *capital simbólico*, os quais forneceram elementos que permitiram interpretar os achados na pesquisa.

Procurei demonstrar que o campo médico, sustentado nas bases científicas cartesianas, tem se constituído em uma barreira para as inovações na área médica, em especial na flexibilização das relações de poder e na perspectiva da existência de outras racionalidades médicas, dificultando a formação de um novo perfil médico e, conseqüentemente, novas práticas de atendimento à saúde. Contudo, a adoção de políticas públicas, bem como demandas da própria sociedade, vem colocando em cheque a adoção de um único padrão como válido. Mudanças estruturais na organização dos cursos de medicina acenam com possibilidades reais de rupturas no modelo de formação médica, incluindo-se aí oportunidades de desenvolvimento da inovação pedagógica como uma “utopia concreta” que agrega valor humano na educação, repercutindo em maior emancipação e empoderamento dos envolvidos.

Faz-se necessário considerar o pouco tempo das experiências em estudo e por isto foi um desafio captar suas características e descrevê-las. Sabia que não poderia responder à muitas das questões que surgiram antes e durante a pesquisa. Também não teria como tirar conclusões gerais acerca da inovação. Diante disso, propus-me a captar, descrever, compreender e interpretar as experiências, reconhecendo a inovação em construção como um processo rico e desafiador.

Esta tese está organizada em sete capítulos. No primeiro capítulo, Apresentando a Pesquisa, apresento o tema e a área em que o mesmo se insere, bem como faço a exposição do problema que motivou a pesquisa, apresento os objetivos buscados nesta tese para dar conta da questão da pesquisa, igualmente anunciada neste primeiro capítulo, apresento a metodologia, os objetos de pesquisa, os principais conceitos e autores que serviram de referencial para esta tese e apresento, também, uma breve trajetória acadêmica, situando os marcos que me inseriram na presente área de estudo. No capítulo dois, Fundamentos da Pesquisa, desenvolvo e procuro refletir com e a partir dos conceitos que orientaram a tese, a partir de diferentes autores como Foucault, Bourdieu, Santos, Leite, Lucarelli, Fernandes, Cunha, que têm apresentado teorias e

⁸ O filósofo e matemático René Descartes (1596-1650), no seu Discurso do Método, formulou as regras que constituíram os fundamentos de seu enfoque sobre o conhecimento e que persistem hegemônicos no raciocínio médico ainda hoje (BARROS, 2002).

resultados de estudos sobre os conceitos aqui utilizados, tais como inovação como ruptura, pedagogia universitária, modelo biomédico, campo, habitus, capital cultural, universidade, ciência moderna, formação médica, Sistemas de saúde, globalização, dentre outros.

No capítulo três, Contextualização da Pesquisa, apresento o contexto da pesquisa com alguns dados econômicos e sociais do Brasil e Espanha, países onde se localizam as experiências estudadas nessa tese. Apresento uma síntese dos contextos de saúde e de formação em saúde nos dois países, trazendo as mudanças recentes desencadeadas no Brasil a partir do Programa Mais Médicos e nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em medicina e, na Espanha, as mudanças instituídas após a criação do Espaço Europeu de Educação Superior. No quarto capítulo, Opções Metodológicas, apresento a escolha metodológica qualitativa adotada na tese, com base no Estudo de Caso. Neste capítulo são apresentados: o objetivo geral e os objetivos específicos; os procedimentos e instrumentos utilizados para a coleta de dados; os sujeitos da pesquisa; e, os objetos da pesquisa. Também relato o caminho metodológico desenvolvido na pesquisa.

O capítulo cinco denominado Desenvolvimento está subdividido em duas partes, 5.1 Estudo de Caso no Brasil - UFFS e 5.2 Estudo de Caso na Espanha – UVa, onde apresento os dois casos estudados. Inicialmente situo cada um dos casos no contexto local e histórico da instituição. Após descrever as características de cada caso, apresento os resultados do trabalho de campo, obtidos a partir do questionário respondidos por alunos, das entrevistas com docentes, resultantes das aulas observadas, do curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, no Brasil, e da Universidade de Valladolid, na Espanha.

No capítulo seis, Comparação entre os dois casos, faço uma síntese dos achados e os analiso numa perspectiva comparativa, destacando o que apresentaram de semelhantes entre eles, o que contrastou, por ser feito de maneira diferente em cada um e o que apareceu de singular, ou seja, único em cada um dos casos estudados. Por fim, no capítulo sete, Conclusões, apresento minhas percepções acerca da pesquisa realizada, dos resultados obtidos e dos aprendizados adquiridos. Finalizo a tese chamando a atenção de que existe muito o que pesquisar sobre o tema desenvolvido aqui, por envolver duas áreas essenciais na vida e no desenvolvimento humano – Educação e Saúde – e, também, em razão do cenário de mudanças que estão ocorrendo em um ritmo veloz, difícil de acompanhar e registrar as riquezas que estes processos podem conter.

2 FUNDAMENTOS DA PESQUISA

Neste capítulo apresento as bases teóricas com as quais dialoguei, buscando compreender, interpretar e refletir sobre os achados resultantes dos estudos de caso desenvolvidos. A partir desses referenciais fui construindo as bases para o problema aqui apresentado. Inicialmente, busquei na história bases que sustentam o paradigma da medicina moderna. Posteriormente, procurei relacionar o modelo tradicional à realidade apresentada nas experiências observadas a fim de evidenciar vestígios de um novo modelo em construção. Neste sentido, procurei questionar, dialogar e refletir acerca de outras possibilidades do fazer em saúde, do ser médico, do aprender e do ensinar.

2.1 A CIÊNCIA MODERNA E O MODELO ATUAL DE MEDICINA

Na história da ciência moderna ocidental, o desenvolvimento da biologia caminhou junto com o desenvolvimento da medicina. Em razão disso, a visão mecanicista da biologia sobre a vida foi incorporada na prática médica e na visão sobre saúde e doença. No mundo ocidental, o modelo biomédico é o referencial na medicina científica moderna e permeia o campo do saber médico, alicerçando as escolhas, as ações e as práticas médicas, bem como a formação médica. É um modelo científico, cujas raízes são encontradas no paradigma cartesiano, o qual orienta e determina a racionalidade médica.

Um conhecimento baseado na formulação de leis tem como pressuposto metateórico a ideia de ordem e de estabilidade do mundo, a ideia de que o passado se repete no futuro. Segundo a mecânica newtoniana, o mundo da matéria é uma máquina cujas operações se podem determinar exatamente por meio de leis físicas e matemáticas, um mundo estático e eterno a flutuar num espaço vazio, um mundo que o racionalismo cartesiano torna cognoscível por via da sua decomposição nos elementos que o constituem. Esta ideia do mundo-máquina é de tal modo poderosa que se vai transformar na grande hipótese universal da época moderna, o mecanicismo (SANTOS, 1989, p.31).

De imediato, refletindo as afirmações de Santos (1989), pode-se constatar que tal modelo em essência se contrapõe à lógica da inovação como compreendida nesta tese. A ideia da ordem, da estabilidade e do passado se repetir no futuro passa a noção de que é possível, através do conhecimento científico, controlar e dominar todos os aspectos, componentes, ação e reação controladas, com um fim. Enquanto na inovação se considera o imponderável, o risco, a criatividade, a subjetividade e não somente a racionalidade.

No modelo cartesiano o conhecimento humano depende apenas da razão, não da imaginação ou de sensações (CAPRA, 2002). Com base no modelo biomédico, o corpo humano

é visto como uma máquina complexa, formada por diversas peças que se inter-relacionam, obedecendo a determinadas leis e princípios mecânicos, que para conhecê-los é necessário analisá-los em suas partes através das quais se pode conhecer o todo. Como uma máquina, o corpo não é perfeito e pode apresentar problemas para os quais o especialista capaz de corrigi-los é o médico, a quem cabe identificar a doença e tratar seus sintomas (KOIFMAN, 2001).

Para Foucault (1977), o domínio da experiência e a estrutura de sua racionalidade tornou possível o nascimento da ciência clínica e esta, por sua vez, criou a experiência da doença relacionada à reorganização dos elementos que constituem o fenômeno patológico, ou seja, a definição linear dos acontecimentos mórbidos e a articulação da doença ao organismo. A criação da clínica produziu uma mutação essencial no saber médico (FOUCAULT, 1977). O referido autor afirma que no início do século XIX a medicina passa a se apresentar como medicina científica, caracterizada pela organização do conhecimento médico e de sua prática. Para Foucault (1977), a ruptura no saber médico anterior ao que caracterizou a medicina enquanto ciência, ou medicina moderna, deu-se a partir de uma nova configuração de seus objetos, conceitos e métodos, o que implicou em novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais.

A clínica oportunizou aplicar o empirismo sem influências de outros discursos externos (sociais), oportunizou a reorganização em profundidade dos conhecimentos médicos e a possibilidade de um discurso sobre a doença. O olhar confere objetividade, ele é fundador e em torno dele é possível organizar uma linguagem racional. E o objeto do discurso poderá ser um sujeito sem que a objetividade seja alterada. Este é o marco do nascimento da medicina como ciência clínica.

Em o “Nascimento da Clínica”, Foucault (1977) descreve como o discurso médico foi sendo modificado ao longo dos anos. Ele nos traz dois exemplos de médicos, que ao descreverem sobre a doença em um paciente evidenciam diferenças importantes em seus discursos. O primeiro médico do século XVIII faz uso da imaginação, da comparação, usa de analogias com circunstâncias comuns, é um discurso construído a partir da observação sobre o doente, suas reações e a evolução da doença e seus sintomas. Cem anos depois, o discurso utilizado por outro médico descrevia uma doença em um paciente, de maneira completamente distinta, com termos técnicos, com uma racionalidade diferenciada, construída a partir da doença e não do doente.

Foucault (1977) questiona como em algumas dezenas de anos as figuras da imaginação e da fantasia, utilizadas para descrever a doença no século XVIII, deixaram de existir para descrever as doenças do século seguinte, pois ambos médicos descreviam a doença, mas com

um discurso totalmente diverso, sendo que o discurso do século XIX se mantém semelhante nos dias atuais. Para Foucault (1977), não houve uma ruptura espontânea e natural com o uso do imaginário, não foi uma escolha em direção ao uso da objetividade, nem tão pouco deixaram de existir o contexto de relação médico-paciente-doença. O que mudou foi que houve um deslocamento, uma separação do foco desta relação e da posição destes atores.

Conforme este autor, o discurso racional apoia-se no objeto e no que nele está contido – vê no objeto a origem prévia do saber, sendo necessário dominá-lo a fim de extrair a experiência, descrevê-la, classificá-la e manipulá-la – e o olhar está ligado a tarefa de tornar empírico o conhecimento sobre as coisas. A doença, a dor, o sofrimento e os sintomas passaram a estar encerrados no corpo do doente e este passou a ser visto como objeto de conhecimento a ser explorado pelo médico. O olhar sobre as coisas ganhou uma dimensão de grande importância, pois o corpo é tido como objeto do conhecer, devendo-se encontrar a verdade escondida no corpo a partir da luz do olhar sobre o objeto.

Nos estudos de Foucault (1977), tem-se que a medicina do século XIX esteve marcada pela ideia de normalidade mais do que pela saúde. O conhecimento fisiológico assume papel de destaque na reflexão médica e as chamadas ciências da vida desempenharam o papel de modelo nas ciências do homem, pois os conceitos biológicos determinavam o que era normal e o que era patológico, mesmo na vida dos grupos e das sociedades.

Se as ciências do homem apareceram no prolongamento das ciências da vida, é talvez porque estavam biologicamente fundadas, mas é também porque o estavam medicamente; sem dúvida por transferência, importação e, muitas vezes, metáfora, as ciências do homem utilizaram conceitos formados pelos biólogos; mas o objeto que eles se davam (o homem, suas condutas, suas realizações individuais e sociais) constituía, portanto, um campo dividido segundo o princípio do normal e do patológico (FOUCAULT, 1977, p.39).

Refletindo as afirmações de Foucault sobre a implicação do modelo das chamadas ciências da vida nas ciências do homem, em especial da biologia na medicina, observa-se que vai além do uso dos conceitos sobre o objeto de estudo e sobre o qual exerce o trabalho na medicina – o homem passou a ser classificado entre duas categorias: normal ou patológico. Estas categorias não tinham presentes o homem integral, não consideravam suas singularidades, seu meio social ou sua conduta. E, se considerados estes aspectos, eles corroboravam para o tratamento e a cura da doença ou serviam para respaldar a exclusão de indivíduos indesejáveis como patológicos?

A medicina se estruturou sobre as ciências básicas positivas e o corpo biológico tornou-se o objeto de trabalho confiscado pela prática médica, compreendido como o único e verdadeiro objeto, deslegitimando todos os demais saberes e práticas em saúde que

considerassem outros objetos não verdadeiros. “Quando vemos um sofrimento como resultado de uma doença que atinge humanos e a clínica como um saber que nos permite vê-la, ali no corpo biológico genérico, passamos a olhar qualquer fenômeno de sofrimento como uma doença [...]” (FEUERWERKER, 2014, p.28). Feuerwerker (2014) chama atenção ao fato de que na prática médica moderna o olhar está dirigido para a doença como uma disfunção do corpo biológico e suas regularidades. Os processos no corpo são avaliados a partir de leis gerais científicas, não se considera o sujeito individual em suas singularidades.

Se a medicina moderna tem perdido de vista o paciente como ser integral e se os métodos com que trabalha são reducionistas, certamente o modelo de formação médica responde em grande medida à construção dessa prática que fragmenta o conhecimento, desde a organização das disciplinas no currículo médico até a construção do conhecimento que sustenta a prática médica. O desenvolvimento de protocolos médicos com ênfase nos sintomas e nas partes cada vez menores do corpo humano tem colocado a cura do paciente num segundo plano, ainda que a cura seja o princípio e a razão de ser da medicina, pois em muitos casos ela foge do âmbito científico e do alcance médico.

Refletindo sobre o desenvolvimento das bases da medicina moderna e o paradigma que sustenta sua racionalidade, surge um questionamento: em que medida este modelo de racionalidade estaria ultrapassado, reproduzindo uma lógica e interpretações limitadas e com isso promovendo uma prática médica limitada? É uma questão relevante para se pensar o processo de formação médica atual e as evidências de saturação do modelo de ciência que rege a produção científica atual. Os modos de propor o ensino e a aprendizagem no contexto da universidade também demonstram saturação, uma vez que não correspondem às demandas da sociedade na atenção e no cuidado à saúde. Talvez mais que reproduzir um modelo único de ensinar e formar profissionais, nas experiências diversas no cotidiano podem residir novos subsídios para constituir outras formas de ensinar e aprender nas instituições.

2.2 O MODELO TRADICIONAL DE ATENÇÃO E FORMAÇÃO MÉDICA

A educação é um espaço de conflitos e de compromissos. Torna-se também palco para grandes batalhas sobre o que as nossas instituições devem fazer, a quem devem servir e sobre quem deve tomar essas decisões. E, mesmo assim, é por si própria uma das maiores arenas nas quais os recursos, o poder e a ideologia se desenvolvem, relacionando-se com as políticas, o financiamento, o currículo, a pedagogia e a avaliação (APPLE, 2006, p.312).

Abraham Flexner, médico americano, em 1910, coordenou um amplo estudo sobre a educação médica a partir da avaliação de 155 escolas médicas norte-americanas. Deste estudo

resultou o chamado Relatório Flexner, que impactou e modificou de forma decisiva a organização da formação médica norte-americana e canadense num primeiro momento e, posteriormente, por meio de pressões econômicas das agências financeiras internacionais, a maioria dos países capitalistas ocidentais.

O trabalho desenvolvido por Flexner influenciou a prática médica mundial, consolidando o paradigma da medicina científica que ainda orienta, em muitos lugares, o ensino e as práticas profissionais na área da saúde. Também segmentou a formação em ciclo básico e profissional e o ensino baseado em disciplinas ou especialidades e valorizou a aprendizagem em hospitais universitários especializados (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010). O relatório defendia a uniformização da graduação médica a partir de um currículo mínimo com duração de quatro anos de estudos em ciências básicas da saúde (FERLA, 2000).

No entanto, o modelo flexneriano de medicina envolvia gastos crescentes devido ao rápido e contínuo desenvolvimento científico e tecnológico empregado, o que fez com que nações entrassem em colapso nesta área em razão do elevado aumento no consumo das alternativas de diagnósticos em contraste com os escassos recursos para custear estes investimentos. Tudo isto contribuiu para a necessidade de se buscar outro modelo para medicina, em especial em países pobres e em desenvolvimento.

2.3 A EMERGÊNCIA DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO E FORMAÇÃO MÉDICA

Em 1920, no Reino Unido, foi lançado pelo governo inglês um documento chamado Relatório Dawson, que num primeiro momento procurou se contrapor ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, com elevado custo, alta complexidade da atenção médica e baixa resolutividade. Por outro lado, o modelo de atenção inglês apresentou uma nova ideia de atenção primária, que foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez. O Relatório Dawson, pela primeira vez na história, descreveu completamente uma rede regionalizada, resultado dos debates sobre a necessidade de mudanças no sistema de proteção social pós Primeira Guerra Mundial. A preocupação era organizar o provimento de serviços de saúde para toda a população em cada região (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

O Relatório Dawson apresentava um modelo de organização de atenção em saúde em centros primários e secundários organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos por médicos com formação em clínica geral. O modelo incluía a organização de serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de

ensino. Esta concepção elaborada pelo governo inglês influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, definindo duas características básicas da Atenção Primária em Saúde: a regionalização, com os serviços de saúde organizados de forma a atender e identificar as necessidades de saúde de cada região; e, a integralidade, que fortalece a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas (RELATÓRIO DAWSON, 1920 *apud* MINISTERIO DE SALUD DE LA GRAN BRETAÑA, 1964).

Na década de 1950, movimentos iniciados na Europa e nos Estados Unidos chegaram à América Latina apoiados por instituições filantrópicas. Foram, inicialmente, marcados por seminários e, em seguida, com a criação do Departamento de Medicina Preventiva, por influência da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). No Brasil e na Colômbia, o Departamento desenvolveu ações no campo do trabalho comunitário, fortalecendo os movimentos que viriam a seguir (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

A Medicina Comunitária e a Integração Docente-Assistencial (IDA) buscavam uma medicina simplificada, menos tecnológica, bem como a inclusão das camadas sociais marginalizadas pelo processo de desenvolvimento. Sua principal estratégia era o estímulo à participação comunitária, especialmente do trabalho voluntário. As orientações da Medicina Comunitária e da Medicina de Família, originárias nos Estados Unidos e na Inglaterra, espalharam-se pela América Latina no final da década de 1970 e na década de 1980, patrocinadas por entidades internacionais, como a Organização Pan-Americana de Saúde e as Fundações Rockefeller e Kellogg (FERLA, 2002).

Na prática, ancorada numa crítica ao modelo flexneriano hegemônico, essa orientação visava a um conjunto de procedimentos simplificados e de baixo custo para a ampliação de cobertura à população pobre, configurado num modelo assistencial baseado em cuidados primários de saúde (FERLA, 2002, p.33).

A estratégia do movimento IDA visava inserir os estudantes em atividades de extensão. A inserção do ensino no serviço ocorreu rapidamente, em especial nos anos 1970, quando estágios práticos eram realizados em centros de saúde e hospitais. Contudo, mesmo diante dessas estratégias, o espaço hospitalar permaneceu como centro do ensino médico e permaneceu a fragmentação da prática em várias especialidades (FEUERWERKER; MARSIGLIA, 1996).

Em 1978 teve a Reunião de Alma-Ata⁹ que reuniu diversos críticos envolvidos no

⁹ A conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, República do Cazaquistão (ex-URSS), entre 6 e 12 de setembro de 1978, expressa a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial, para

movimento por mudanças no atendimento à Saúde, onde foram abordados e discutidos os avanços nas reformas e, em especial, as estratégias para ampliar a atenção primária de saúde. Essa conferência foi marcada por uma tensão importante entre países socialistas centrais, com a proposta de universalização do direito à saúde, e de países capitalistas centrais, com propostas de restrição de acesso, principalmente de serviços de saúde de maior custo e densidade tecnológica.

A base do acordo entre os países presentes, foi de ampliação do acesso com menor custo e complexidade, mas não ao sistema como um todo (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010). O avanço, ainda que relativo, foi fundamental para impulsionar o crescimento de serviços ambulatoriais em muitos países, ampliando o mercado de trabalho para os médicos também fora do hospital.

As ideias difundidas na Reunião em Alma-Ata criaram uma motivação adicional do movimento de Reforma Sanitária no Brasil (FEUERWERKER; MARSIGLIA, 1996). Após essa Reunião, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reforçou o movimento pela expansão da Atenção Primária à Saúde, destacando a importância do agente comunitário de saúde e enfatizando o trabalho comunitário e a articulação entre os vários setores de desenvolvimento social (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA

3.1 O SUS E A FORMAÇÃO EM SAÚDE

No Brasil, entre as décadas de 1980 e 1990, expressivas mudanças ocorreram, chamando a atenção para as novas demandas sociais e econômicas e as novas exigências no mundo do trabalho que afetam também a educação e formação. Dentre as mudanças, ocorre a abertura de espaços de formação destinados à qualificação e ao desenvolvimento profissional. Na saúde se dá a reconfiguração do modelo assistencial, particularmente pela criação de um sistema universal, o Sistema Único de Saúde (SUS), amparado na Constituição Federal (CF) de 1988. Desde a construção do SUS, a educação em saúde passou a ser pensada de maneira mais efetiva. A saúde, a partir da CF de 1988, passou a ser uma prioridade social.

A saúde é 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 (BRASIL, 1988, art.196).

A reconfiguração no modelo de assistência à saúde levou à reflexão sobre a formação profissional em saúde, evidenciando a necessidade de outro perfil profissional que contribuísse para a consolidação do sistema universal sustentado nos princípios de integralidade, do cuidado humanizado e da promoção da saúde. A qualificação e o comprometimento dos profissionais de saúde, neste sentido, tornaram-se vitais para a real consolidação do SUS (CECCIM, 2002).

Em 1991, a Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) constituíram, com mais nove instituições relacionadas, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM) com o objetivo de avaliar o ensino nas escolas médicas. A CINAEM desenvolveu um projeto composto por três fases: a primeira consistiu em realizar o perfil das escolas médicas brasileiras; a segunda teve como focos o médico formado, o corpo docente e o modelo pedagógico, por meio de oficinas e treinamento de docentes e discentes; a terceira fase, denominada “Transformação do ensino médico no Brasil”, objetivou a melhor adequação da formação frente às necessidades de saúde da população (CECCIM; CARVALHO, 2005; LAMPERT, 2004).

No final de 2001 foram aprovadas as primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais da Medicina e em 2002 foi lançado o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (PROMED), em parceria do Ministério da Saúde, Ministério da Educação e da Organização Pan-Americana da Saúde. O Programa se constituiu numa política pública que

visava fortalecer o movimento por mudanças na formação médica (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Em 2004 foi lançado, pelos Ministérios da Saúde e Educação, o AprenderSUS (BRASIL, 2004) com o objetivo de apoiar a gestão do ensino, tendo como referência as diretrizes e os princípios constitucionais do SUS e apoiou, também, a implementação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação na área da saúde. Em novembro de 2005, por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, foi implementado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), resultante de ação entre os Ministérios da Saúde e Educação.

O PRÓ-SAÚDE¹⁰ visa aproximar o perfil do egresso às necessidades de atenção básica, ou seja, atenção à saúde da família. Tem como estratégia a articulação entre as Instituições de Ensino Superior (IES) e o servidor público de Saúde para potencializar a formação de recursos humanos e a produção do conhecimento. Ao mesmo tempo em que fortalece o SUS, prepara recursos humanos aptos a prestar atendimento às demandas concretas da população brasileira.

A formação de recursos humanos no campo da saúde é considerada a estratégia essencial na consolidação do SUS. A política de fortalecimento da assistência universal e integral à população só poderá ser alcançada mediante a capacitação e sensibilização dos recursos humanos envolvidos, comprometidos com estes princípios. Eis o desafio das instituições de ensino superior em medicina, formar profissionais mais humanistas, capazes de atuar na atenção integral à saúde, em equipes multiprofissionais, que formam as características indispensáveis ao profissional para atuar no SUS (CECCIM; ARMANI, 2001).

Os princípios democráticos do SUS são ainda contra hegemônicos, pois o paradigma hegemônico na saúde ainda é flexneriano, cujas características da atenção à saúde estão centradas na assistência curativa, hospitalar e superespecializada, de elevado custo, amparada nos interesses econômicos e corporativos, com foco na abordagem assistencial e a ênfase na doença como constituída ou sobre os riscos da existência dela (LAMPERT *et al.*, 2009). A substituição desse sistema pelo sistema universal, que busca modelos de atenção que valorizem a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde, depende da formação de um outro perfil médico e da prática médica e dos demais profissionais da saúde.

¹⁰ Como parte das políticas de inclusão social que o Governo Federal vem implementando nas áreas sociais, especialmente na Saúde e na Educação. Na área de Saúde há um consistente esforço para a substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Dentro deste cenário, localizam-se os desafios da mudança na formação médica proposta a partir da política pública de saúde instituída em 2013 com o Programa Mais Médicos que, dentre outras estratégias, aprovou novas diretrizes curriculares para os cursos de medicina em 2014, visando, em última instância, formar um profissional médico dentro do modelo que demanda o SUS e que se diferencia do modelo hegemônico flexneriano.

3.2 O CAMPO MÉDICO – BOURDIEU

Antes de entrar nos conceitos bourdieusianos, apresento um breve resumo da constituição das escolas médicas no Brasil, pois acredito que contribuirá para a caracterização do campo médico aqui trabalhado e sua posterior interpretação.

As Santas Casas no Brasil, herança portuguesa, segundo Gonçalves (2002), representaram um modelo de instituição vinculada à comunidade e prestavam atendimento às comunidades mais carentes. Em 1808, com a chegada de Dom João VI, foram criadas as primeiras Santa Casas; em Salvador foi criado o Curso Cirúrgico Médico, no antigo Hospital Militar da Bahia; e, pouco tempo depois, foi criada a Escola de Anatomia e Cirurgia na cidade do Rio de Janeiro. No ano de 1832, essas instituições foram transformadas em faculdades de Medicina, adotando normas e programas da Escola Médica de Paris. A inspiração da escola francesa durou até o final da Segunda Guerra Mundial, após passou a prevalecer o modelo norte-americano (HADDAD *et al.*, 2006).

Em estudo realizado no Brasil pela CINAEM (mencionado anteriormente) foi possível conhecer o perfil atual da escola médica brasileira¹¹, do qual destaco alguns aspectos relevantes neste estudo, com referência em Lima-Gonçalves (2002)¹². Sobre o início da prática clínica por alunos da medicina, em ambulatórios do hospital e enfermarias, 96% das escolas responderam que: em 33% das escolas iniciam a prática no 6º semestre; em 25% das escolas iniciam no 5º semestre; e, em 10% das escolas iniciam no 1º semestre. Em relação à qualificação docente nas escolas médicas, 87% das escolas disseram que: 60% são especialistas e 23% possuem somente graduação; e, 91% das escolas responderam que 6% dos docentes têm mestrado e 11% possuem doutorado.

Em 51% das escolas médicas existe um órgão ou setor encarregado de tarefas de assessoramento pedagógico, mas em apenas 40% delas a tarefa é exercida realmente. Sobre a

¹¹ O Perfil resultou dos dados da pesquisa desenvolvida pela CINAEM. Foram em três etapas, com início em 1991 e finalizada em 2001. Participaram 76 escolas médicas, dependendo da etapa do estudo.

estrutura curricular, verificou-se que em 79% das escolas o currículo é dividido em ciclos, incluindo o internato, e o currículo caracteriza-se “pelo ensino do homem sadio e dos mecanismos de agressão e defesa do homem doente em 83% das escolas” (LIMA-GONÇALVES, 2002, p.130).

Algumas das escolas médicas brasileiras participantes do estudo mostram uma estrutura insatisfatória, como, por exemplo, a ausência de política adequada às especialidades e à docência em medicina e a fraca política de incentivo à capacitação profissional e à carreira docente. A qualificação técnica e pedagógica dos professores é deficiente, a remuneração dos mesmos é ruim, dedicam pouco tempo à docência e se mostram desmotivados. A administração nas escolas é, em geral, centralizadora e contribui com a manutenção das deficiências existentes.

A estrutura curricular é deficiente na formação humanista e é, predominantemente, tecnocêntrica. O ensino é centrado no professor e voltado à superespecialização, com pouco estímulo à pesquisa e à iniciação científica. Os docentes, de maneira geral, mostram-se pouco preparados para o ensino e para a pesquisa e a maioria deles desenvolve outras atividades externas à escola médica, pois não estão satisfeitos com o que recebem e se dedicam menos à carreira docente. No entanto, encontram-se satisfeitos com sua situação financeira global, pois as outras atividades proporcionam renda satisfatória – o que, segundo Lima-Gonçalves (2002), pode estar associado ao conformismo com a infraestrutura da escola.

Este amplo estudo desenvolvido pela CINAEM foi realizado entre os anos de 1991 e 2001 e teve por objetivo proporcionar a base sobre a qual se poderia pensar e desenvolver propostas de mudanças nas escolas médicas, para alcançar um perfil de formação e de profissional médico almejado. Um dos aspectos considerados necessários para mudanças na formação é a profissionalização da docência médica, com incentivo e condições para maior dedicação do professor à escola. Resultados da pesquisa feita pela CINAEM com estudantes mostrou que o desempenho dos mesmos foi melhor junto aos professores que dedicavam mais tempo à escola (LIMA-GONÇALVES, 2002).

Um aspecto histórico pertinente para compreensão de como se constituiu o campo médico, ou campo da medicina, pode ser encontrado nas “corporações de ofício” do período medieval. A medicina, assim como outras profissões, era ensinada pelos mestres das corporações a seus discípulos e esse processo de ensino e aprendizagem envolvia os mistérios e segredos da arte do mestre, somente revelados e transmitidos a poucos. A técnica era transmitida ao mesmo tempo em que se transmitia os princípios éticos do comportamento profissional. Considerando estes aspectos, Lima-Gonçalves (2002), caracteriza a medicina a partir de 3 pontos básicos:

1. A existência de um corpo de conhecimentos especializados que a profissão deve expandir e transmitir às novas gerações, pela relação entre mestre e discípulo;
2. A presença de um código de ética que envolve necessariamente a relação com terceiros, a quem são prestados os atendimentos que a profissão inclui; e,
3. O estabelecimento e a consolidação de seus próprios padrões de conhecimento.

E segue o autor na caracterização da escola médica: “representa um palco onde podem ser plenamente amadurecidas as três características identificadas. [...] é na escola médica, de outro lado, que os jovens aprendizes identificam que àquela ciência associa-se à arte médica [...]” (LIMA-GONÇALVES, 2002, p.138-139). O que descreve e comenta o autor associa-se à visão tradicional que se imprimiu à medicina e ao modo como se estrutura o campo médico. Naturalização e legitimidade das relações desiguais de transmissão de conhecimento e formação do profissional médico, poder e domínio desta relação e dos conhecimentos médicos nas mãos do docente médico, o qual além de ter o domínio da ciência de ser médico, tem ainda o domínio da arte de ser médico, adquirida pela experiência. Por certo, não se trata deste perfil de formação que está se buscando, mas conhecer as regras do jogo em cada campo no qual se objetiva transformar.

Com apoio em Bourdieu e em outros autores que o interpretaram, busquei elementos que permitissem aproximar o conceito de *campo*, segundo Bourdieu, com o que estou chamando nesta tese como campo médico. De acordo com Busetto (2006), para Bourdieu, a estrutura social estava organizada a partir da divisão social do trabalho, na qual seus agentes sociais e instituições, bem como os produtos e as práticas desenvolvidas, se dão em meio a um mercado material e a um mercado simbólico, ambos extremamente entrelaçados. Segundo Busetto (2006), para Bourdieu, campo “é um espaço hierárquico de jogo, espaço de relações objetivas entre indivíduos ou instituições que competem por um mesmo objeto ou mesma propriedade, produzidos naquele jogo” (BUSETTO, 2006, p.115).

Partindo da definição inicial de campo, faço um esboço interpretativo da organização da medicina moderna pensada como um campo médico. Na medida em que este campo faz parte da sociedade, constitui-se em um espaço social, ocupado por agentes sociais de posições e relações definidas e organizadas “entorno de um mercado material”, com regras e etapas a serem aceitas e cumpridas para aceder ao campo (seleção de ingresso na faculdade altamente concorrida, excludente, só entram os melhores, com elevado poder aquisitivo para se manter no curso, anos de dedicação integral ao curso), para assumir posições dentro deste campo e de um mercado simbólico (o poder sobre o corpo, o controle do processo de saúde/doença, o poder

sobre a cura), para o aprendizado do ser médico adquirido a partir do conhecimento científico e da experiência médica, transmitida essencialmente por outros médicos.

O campo tem em si as condições de conservação e de reprodução dele mesmo, suas estratégias podem mudar com o tempo à medida que os valores internos ao campo mudem, contudo, a dinâmica do campo tende à regularidade social. O campo é considerado como um conceito dinâmico. Bourdieu (1989) afirma que cada campo atua de acordo com interesses específicos próprios do tipo de campo e estes interesses estão organizados nas leis e regras de funcionamento de cada campo em questão. Os agentes do campo, por sua vez, devem aceitar e compreender tais regras a fim de preservar a existência do campo (reprodução do mesmo modelo, mesma ordem, quanto menos mudanças e interferências externas, maior estabilidade no campo).

No campo existe certa autonomia que varia de acordo com a dinâmica própria do campo, resultante de normas e regras criadas neste e que definem o que é legítimo ou ilegítimo (a definição do conhecimento válido e da maneira ideal de aquisição deste conhecimento). A autonomia do campo vai definir o quanto ele estará sujeito às inferências externas e aos poderes temporais (MONTAGNER; MONTAGNER, 2011). A autonomia também determina as condições de disputas pelos integrantes entre o que é legítimo ou ilegítimo dentro do campo.

Ao refletir sobre a autonomia do campo médico é importante reconhecer a solidez deste campo, historicamente reconhecido, tanto pelo aspecto da assistência, como pela produção de conhecimento e reprodução interna. O perfil do campo médico, em grande medida, foi desenvolvido por uma elite econômica, caracterizado como um espaço de elite, cujas normas de ingresso meritocrático foram e ainda são em muitas instituições bastante seletivas e excludentes.

Não se pode falar de *campo* em Bourdieu sem falar de *habitus*, pois a gênese do conceito de campo resultou da necessidade de situar os agentes portadores de um *habitus* dentro do espaço onde esse foi desenvolvido, sendo o campo, neste caso, como um arcabouço estável no qual a dominação se reproduziria, como sugere Montagner e Montagner (2011). Pode-se entender o *habitus* como uma matriz de princípios que predispõe um indivíduo a agir de determinadas formas, é uma disposição estável para atuar em determinado sentido ou, ainda, pode-se dizer que é um *modus operandi* (BOURDIEU, 1994).

O *habitus*, enquanto princípio gerador das práticas dentro do campo, indica que para saber o que as pessoas fazem é preciso considerar que elas obedecem a um conjunto de regras que dão sentido às suas práticas. Como lei geral, pode-se afirmar que quanto mais desafiadora

for a situação, mais a prática tenderá a ser codificada. O grau de codificação varia de acordo com o grau de risco (BOURDIEU, 2004).

Outro conceito que contribui na compreensão de campo é o capital simbólico que, nas palavras de Bourdieu, nada mais é que “o capital econômico ou cultural quando conhecido e reconhecido, quando conhecido segundo as categorias de percepção que ele impõe, as relações de força tendem a reproduzir e reforçar as relações de força que constituem a estrutura do espaço social” (BOURDIEU, 2004, p.163).

Um título como o título escolar é capital simbólico universalmente reconhecido e garantido, válido em todos os mercados. Enquanto definição oficial de uma identidade oficial, ele liberta seu detentor da luta simbólica de todos contra todos, impondo a perspectiva universalmente aprovada (BOURDIEU, 2004, p.164).

A profissão é, para Bourdieu (2008), um campo estruturado ao redor da produção de bens simbólicos, ou seja, o serviço produzido por cada profissão. Tendo por referência esta definição e os demais conceitos deste autor, fica evidente que o título de médico agrega elevado capital simbólico, maior que de outras profissões. O serviço médico é um bem simbólico fundamental, na medida em que lida com a vida dos pacientes, reforçando na profissão médica a produção de bens simbólicos de alto valor pelo grau de diferenciação em relação aos bens produzidos por profissões.

O espaço social tende a funcionar como um espaço simbólico percebido e caracterizado por diferentes estilos de vida, nos quais suas propriedades são reconhecidas e atuam como signos de diferenciação entre um estilo e outro. Quanto maior a quantidade de signos distintivos, mais diferenças apresenta e maior poder simbólico possui (BOURDIEU, 2004). Associando essas definições ao modo como acontece a formação do médico, a transmissão do conhecimento específico da profissão, que não está somente nos conteúdos teóricos dos livros e manuais, é uma transmissão que se dá pela experiência do médico – ensinar através do próprio fazer – o que, de certa forma, torna restrita a aprendizagem de todos os saberes do médico pelos futuros médicos. Esta prática é reconhecida e valorizada como um signo de diferenciação do campo médico, aumentando ainda mais o poder dos bens simbólicos da referida profissão.

O capital cultural é para Bourdieu (1998), o elemento da herança familiar que maior impacto tem na definição do destino escolar. É necessário que se considere no conceito seu aporte político, econômico e cultural, pois faz deste capital uma moeda de troca, cuja posse assegura aos indivíduos a possibilidade de reconversão social, na medida em que atribui privilégios no campo educacional, econômico, simbólico e social.

Seria uma espécie de rentabilização pedagógica, na medida em que a posse do capital cultural favorece o desempenho escolar, uma vez que facilita a aprendizagem de conteúdos e códigos que a escola veicula e sanciona. [...] o capital cultural como recurso estratégico pode ser cultuado de várias formas [...] a posse desse novo capital pode derivar de investimentos culturais diversos e o que assegura, de fato, a reprodução deste capital (distintivo) é a sua transmissão (CUNHA, 2007, p.519).

Os integrantes do campo médico, em geral, são reconhecidos como pessoas de elevado capital cultural, dentre outras razões, por ser um campo profissional com normas rígidas estabelecidas, aceitas e legitimadas dentro do campo, que regulam (dificultam) o acesso, selecionando quem pode entrar no campo. Pode-se ver isso no processo de seleção dos cursos de medicina, no alto nível de conhecimentos que o candidato deve comprovar para ser selecionado, o que demanda um preparo e dedicação disponível à uma minoria. Portanto, maiores chances têm aquele que possui privilégios próprios do elevado capital cultural, principalmente, se como parte deste capital acumulado estiver a profissão médica como herança familiar.

3.3 CONTEXTO ATUAL DA UNIVERSIDADE

A universidade, instituição responsável por formar médicos, encontra-se diante de desafios. No caso do Brasil, formar o novo perfil médico que demanda o SUS e criar as condições para a aplicação das orientações expressas nas novas DCN dos cursos de medicina. Os cursos devem reorganizar seu currículo, preparar recursos humanos, adequar recursos físicos, contar com apoio e respaldo da sociedade em geral na formação do profissional, que tradicionalmente ocupa um posto de destaque no seio desta mesma sociedade. Neste sentido, um olhar sobre essa instituição formadora é necessário, tendo em conta a importância do papel social que a universidade desempenha historicamente na sociedade ocidental.

Nos últimos anos, presenciou-se a ampliação da missão universitária, bem como a crise da universidade e até mesmo a crise do paradigma científico, caracterizando-se como um período de transição paradigmática (SANTOS, 2000). Período que acena com a possibilidade de novos modos de produção de conhecimentos que não somente o científico, que é considerado o único legítimo na universidade. São novas demandas sociais que surgem diante de diferentes contextos políticos e econômicos, exigindo repensar a missão da universidade e seu papel social. Neste sentido, algumas práticas e relações devem ser revistas, tais como o fazer pedagógico e as relações de poder dentro das universidades, em especial as relações que envolvem ensino e aprendizagem.

Estudos vêm descrevendo a universidade do século XXI como uma instituição que se encontra em uma crise estrutural (SANTOS, 2011) iniciada nos finais do século XX. A crise teria como pano de fundo o processo de globalização neoliberal. As medidas adotadas pelo modelo global de organização econômica e produção capitalista afetaram diferentes nações no mundo, interferindo nos mais diferentes setores nos países, dentre eles, o da educação. Na esfera pública, a garantia de serviços públicos essenciais, como a educação e a saúde, enfrentou a redução dos investimentos por parte do Estado. Em vários países, a universidade pública se viu pressionada a buscar parcerias para gerar receitas próprias, fenômeno denominado por Santos (2011) de descapitalização da universidade pública. Nas universidades europeias, segundo este autor, têm-se gerado receitas próprias através do mercado, contudo, no caso do Brasil e em outros países periféricos e semiperiféricos, é diferente.

Este fenômeno assume diversas formas noutros países. Por exemplo, no Brasil e em Portugal estão a proliferar fundações, com estatuto privado, criadas pelas universidades públicas para gerar receitas através da venda de serviços, alguns dos quais (cursos de especialização) competem com os que devem prestar gratuitamente. Tais receitas são, por vezes, utilizadas em complementos salariais (SANTOS, 2011, p.23 'nota de rodapé').

Para Milton Santos (2000), a globalização tem se mostrado de forma perversa para a maior parte da humanidade. As novas tecnologias capazes de unificar o mundo são, na verdade, fortes aliadas naquilo que o autor chama de dupla tirania: a do dinheiro e a da informação. Ele considera como um retrocesso à noção de bem público e solidariedade, pois o modelo de globalização em andamento provocou o encolhimento das funções sociais e políticas do Estado.

Cunha e Fagundes (2008) afirmam que a globalização e o avanço das políticas neoliberais impactaram diversas instituições e dentre elas a universitária, a partir de um discurso de competência e estímulo à competitividade. No entanto, na prática, tal discurso ampliou as desigualdades em todas as áreas sociais.

O novo século trouxe consigo a esperança de que é necessário e possível garantir espaços para a reinvenção da realidade. [...] a universidade pode representar uma condição de Projeto que avança na direção de novos paradigmas. A concepção de democratização acadêmica ampliou-se e incluiu a condição de democratização do acesso, exigindo que a universidade revise seus tradicionais critérios de organização, que tomam a meritocracia como valor maior. A sociedade vem reconhecendo a existência de outros espaços de produção do conhecimento e colocando em questão as tradicionais funções da universidade. [...] ela precisa se reinventar e essa condição impulsiona experiências que assumem o compromisso com a perspectiva emancipatória (CUNHA; FAGUNDES, 2008, p.24).

Mesmo diante dos desafios, a universidade pública tem lutado para manter sua legitimidade e reconhecimento. Como enfatiza Neves, Raizer e Fachinetti (2007), a universidade tem um papel fundamental na promoção de transformações na sociedade. A

crecente demanda por educação superior, iniciada na segunda metade do século XX, registrou grande expansão no número de matrículas em escala mundial. De acordo com dados da Unesco (2006), o número de estudantes no ensino superior em 2004 era de 132 milhões. “[...] Há um reconhecimento sobre sua importância estratégica para o desenvolvimento econômico e social” (NEVES; RAIZER; FACHINETTO, 2007, p.14).

No campo da educação superior mundial, alguns processos, tais como a globalização, a formação de blocos econômicos, a criação de acordos e espaços de livre circulação e livre comércio entre países, desafiaram a repensar o papel da universidade e a formação que ela desempenha. Um dos desafios foi a necessidade de formar um novo perfil profissional com diferentes habilidades que passaram a compor os objetivos da formação superior, tais como: flexibilidade, agilidade, adaptabilidade, dentre outras, vinculadas à cada área específica. No entanto, para forjar este novo perfil são necessárias mudanças mais profundas, como procura esclarecer Neves, Raizer e Fachinetti (2007, p.15):

Estas novas expectativas de formação pressupõem ruptura com padrões e modelos rígidos [...]. Igualmente implica em mudanças no perfil de formação, qualificando-a no tocante ao domínio de conhecimento, na capacidade de aplicá-lo criativamente na solução de problemas concretos, no desenvolvimento de espírito de liderança e polivalência funcional.

A constatação da necessidade de mudanças na educação superior no Brasil emerge, sobretudo, das demandas sociais não atendidas. Com a Constituição Federal de 1988, algumas dessas demandas importantes são reconhecidas e passam a integrar o cenário das políticas públicas no país. A Constituição Federal de 1988 (Art. 6º) coloca a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social e a proteção à maternidade e à infância como direitos sociais fundamentais. A educação para todos é dever do Estado e da família (CF 1988, Art. 205) e a saúde como direito de todos é dever do Estado (CF 1988, Art. 196).

A Constituição Federal de 1988, considerada a constituição mais cidadã até então promulgada no Brasil, sem dúvida abriu caminho para a consolidação de antigas reivindicações sociais, como, por exemplo, a aprovação da política das Ações Afirmativas em 1990 no Brasil, que consistiu numa importante iniciativa no sentido de reparar a desigualdade de direito de acesso e de oportunidades históricas. Ações Afirmativas podem ser compreendidas e interpretadas das seguintes formas:

[...] podemos falar em ação afirmativa como uma ação reparatória/compensatória e/ou preventiva, que busca corrigir uma situação de discriminação e desigualdade infringida a certos grupos no passado, presente ou futuro, através da valorização social, econômica, política e/ou cultural desses grupos, durante um período limitado (MOEHLECKE, 2002, p.203).

O termo Ação Afirmativa refere-se a um conjunto de políticas públicas para proteger minorias e grupos que, em uma determinada sociedade, tenham sido discriminados no passado. A ação afirmativa visa remover barreiras, formais e informais, que impeçam o acesso de certos grupos ao mercado de trabalho, universidades e posições de liderança (OLIVEN, 2007, p.01).

A promulgação da lei nº 12.711 de 11 de outubro de 2012, que determinou que universidades federais e institutos federais de educação, ciência e tecnologia, a partir do ano de 2013, deveriam adotar a reserva mínima de 12,5% das vagas ofertadas aos estudantes cotistas de escolas públicas. Até o ano de 2017, o índice deverá alcançar no mínimo 50% das vagas oferecidas em cada curso superior. Com a promulgação desta lei, as Ações Afirmativas podem ser efetivadas no que tange ao ingresso de grupos sub-representados no Ensino Superior. No âmbito desta lei são consideradas cotas sociais – aquelas reservas caracterizadas por renda e por estudante de escola pública – e cotas raciais – em que candidatos negros, pardos e indígenas têm direito de optar se candidatar às cotas como forma de ingressar na Universidade.

Importante lembrar que embora a lei tenha representado um grande avanço em relação ao acesso desses grupos sub-representados na universidade, a lei sozinha não garante a permanência do estudante no ensino superior. Consistindo daí outras etapas a serem reivindicadas pela sociedade e garantidas por governos e instituições de educação superior.

Para além do cenário nacional, no final do século XX a educação superior da Europa passou por intensa transformação. A política educacional passa a ser definida em razão de um espaço comum. Para Hans-Uwe (2007), a crescente internacionalização da ciência e do ensino e a globalização de mercados comerciais e de trabalho reduziram o poder do Estado-nação. Em 1999 é criada a “Área Europeia de Educação Superior”, posteriormente transformada em “Espaço Europeu de Educação Superior” (EEES), comumente referido como processo de Bolonha ou Tratado de Bolonha.

O EEES teve início no ano de 1998 com o compromisso político acordado entre ministros da educação de quatro países (Grã-Bretanha, Alemanha, França e Itália) em Paris e se concretizou um ano depois na “Declaração de Bolonha”. A partir deste acordo, a educação superior deveria consistir de “dois ciclos principais, graduação e pós-graduação” (HANS-UWE, 2007, p.22). A partir de então, teve início uma grande transformação nas universidades do Espaço Europeu de Educação Superior. O principal compromisso nos países que assinaram o tratado foi o de adotar na educação superior a aquisição de competências como orientação do ensino e aprendizagem (PALÉS *et al.*, 2010).

Com o EEES se pretende obter uma homogeneização da educação superior, a partir do alinhamento dos planos de ensino com um currículo mínimo em todos os países integrantes da

EU. Com isso se objetiva facilitar o intercâmbio de universitários entre os países-membros e qualificar a formação, formando profissionais mais competitivos. Como enfatizaram 33 ministros responsáveis pela educação superior do EEES, no Comunicado de Praga, em maio de 2011: “[...] a qualidade da educação de nível superior e da pesquisa é e deveria ser um fator determinante da atratividade e competitividade em escala internacional” (HANS-UWE, 2007, p.24).

Para Coromidas e Bosch (2011), três conceitos derivados da construção europeia sustentam o processo de Bolonha: o empoderamento da cidadania europeia é o primeiro conceito, através do intercâmbio entre universidades e países mantidos pelos programas Erasmus¹³ e Sócrates¹⁴; o segundo é o conceito da sociedade e da economia baseadas no conhecimento, com base na formação, na investigação e no desenvolvimento como pilares estratégicos – para tal, é necessário colocar as universidades europeias entre as mais relevantes do mundo; e, o terceiro conceito que sustenta o processo trata da livre circulação de pessoas e títulos, sendo necessário uma harmonização entre currículos e planos de ensino.

O processo de globalização tem apresentado maiores benefícios para as nações desenvolvidas, pois tem promovido a formação de blocos visando a integração e o fortalecimento de nações, amparadas em ideais próprios do capitalismo liberal, cujos princípios estão em obter máximo lucro, incentivar amplo consumo, restrição de direitos sociais e humanos, livre concorrência para empresas, mínima interferência estatal na economia, controle e determinação de modelos educativos e de formação profissional, disseminação de modelos e padrões de qualidade em educação, sustentados na competitividade entre nações e blocos econômicos.

Para Milton Santos (2000), a globalização é, de certa forma, o ápice do processo de internacionalização do mundo capitalista e, neste sentido, a descreve como perversidade:

A perversidade sistêmica que está na raiz dessa evolução negativa da humanidade tem relação com a adesão desenfreada aos comportamentos competitivos que atualmente caracterizam as nações hegemônicas. Todas essas mazelas são diretas ou indiretamente imputáveis ao presente processo de globalização (SANTOS, Milton 2000, p.10).

O cenário de globalização configurado nos finais do século XX, criou um estado de

¹³ O Erasmus Mundus (EM) é um programa de mobilidade criado e financiado pela União Europeia (UE). As atividades do programa têm como objetivo promover a excelência da educação superior e pesquisa dos países europeus e ao mesmo tempo reforçar os laços acadêmicos com países de todo o mundo (ERASMUS MUNDUS NO BRASIL, 2016).

¹⁴ SOCRATES é um programa de pesquisa intitulado "*Social Realm of Teaching (and Learning) System*" de iniciativa da Comissão Europeia (WIKIPÉDIA, 2015).

tensão na educação superior e na universidade pública especialmente, enfraquecendo o poder do Estado como organizador de suas políticas internas, e instituindo novos dispositivos de controle, orientados por políticas neoliberais e de influência de organismos internacionais, que passaram a interferir no fazer da universidade. A universidade atualmente, encontra-se diante de novos desafios e novas demandas que ampliaram muito seu papel social.

3.4 INOVAÇÃO NA PEDAGOGIA UNIVERSITÁRIA

A Pedagogia Universitária surge na tradição cultural francesa, centrada no estudo do conhecimento como matéria-prima do ensinar e do aprender (LEITE, 2012). Ela se dá em um espaço de “conexão de conhecimentos, subjetividades e cultura, que exige um conteúdo científico, tecnológico ou artístico altamente especializado e orientado para a formação de uma profissão”. (LUCARELLI, 2000, p.36).

No atual contexto de transformações na formação médica no Brasil e no ensino superior na Espanha, a pedagogia universitária adquire centralidade no processo de realização dessas mudanças e no êxito que se espera obter a partir dos resultados para a formação profissional do médico. É importante que se repense a pedagogia universitária enquanto uma prática social, constituída de poder e significados, para encaminhar seu fazer em direção à uma prática dialógica, como definida por Fernandes (2012, p.446): “prática caracterizada pela aprendizagem do professor com seus alunos”.

A prática pedagógica é ação e interação, teoria e prática, que resultam em transmissão e desenvolvimento de conhecimentos e de saberes como “os pensamentos, as ideias, os juízos, os discursos e os argumentos que obedece a certas exigências de racionalidade” (TARDIF, 2002, p.199) e que vão, em última instância, constituir perfis profissionais/sociais/políticos para atuar na sociedade.

Em estudos recentes no campo da pedagogia universitária nas áreas da saúde, Lucarelli tem oferecido importantes reflexões sobre práticas pedagógicas desempenhadas por docentes médicos na transmissão de conhecimento e formação do futuro médico na Argentina, onde Lucarelli tem realizado seus estudos.

Algumas das questões observadas por Lucarelli (2012) dizem respeito a separação entre a teoria e a prática. Ela observou que existe uma ruptura bem demarcada na formação médica, entre a saída do ciclo inicial da formação, “ciclo biomédico, [...] implica la enseñanza de disciplinas orientadas a la comprensión de la estructura y función del hombre sano en los niveles biológico, psicológico y social, a través de modalidades teóricas de desarrollo”

(LUCARELLI, 2012, p.5), e a entrada no ciclo Clínico, no qual o aluno desenvolverá aprendizagens que fazem parte das competências profissionais de um médico, envolvendo teoria e aprendizagens práticas em outros locais fora da universidade, como hospitais e centro clínicos. Esta transição, de acordo com Lucarelli, gera ansiedade, tensão e sentimentos ambíguos, pois envolve crescimento e desenvolvimento, mas envolve rompimento com a situação conhecida e com os saberes anteriores, referenciais para o aluno até então.

Partindo das observações de Lucarelli acima mencionadas, surgem algumas reflexões: Como o currículo aborda o aprendizado da prática? Como no currículo da medicina se trabalha para minimizar o impacto do estudante no momento em que ele sai da instituição universitária para outros territórios, como o hospital, sai da teoria para o momento de integrar a teoria e a prática no processo de aprendizagem? Lucarelli (2012) questiona, ainda: Como se ensina o raciocínio clínico e, por outro lado, é possível reconhecer esse raciocínio como conteúdo de ensino a ser incluído no processo de formação médica? Que conteúdos no currículo podem conter procedimentos e habilidades próprios da profissão e como ensiná-los?

A aquisição de uma profissão de nível superior em uma instituição passa pelo exercício de uma pedagogia universitária orientada por um currículo para este fim. Lucarelli (2012) questiona a homogeneização curricular, pois, para ela, ao se tratar das competências contempladas em cada profissão é necessário compreender a profissão numa perspectiva dinâmica, que se insere num contexto atual e histórico, com desafios próprios do campo social do qual faz parte. Neste sentido, a estrutura curricular deveria contemplar os comportamentos necessários para o desempenho real da profissão e não seguir a padronização de competências universais.

Para Lucarelli (2012), cada grupo desenvolve uma cultura própria para compartilhar suas tarefas e o modo como coloca em ação as técnicas e procedimentos adquiridos na formação. Esta cultura é composta por atitudes e valores que são próprios de cada campo profissional e inclui relações de prestígio e poder existentes no campo, bem como inclui os mecanismos de exclusão e delimitação, que permitem a hierarquização de saberes. Neste sentido, é necessário compreender como a cultura própria de cada campo profissional é transferida para o currículo de formação e, assim, identificar quais práticas são desejáveis de ser transmitidas e quais são excluídas por não pertencer exclusivamente a área técnica pedagógica, mas que podem ser de dimensões sociopolíticas e econômica do campo.

Este aspecto destacado nos estudos de Lucarelli (2012) traz grande relevância para se pensar a formação no campo médico, ao tornar evidente que a tensão entre a lógica da formação e a lógica dos cuidados de saúde inclina-se para os cuidados e que isso confere maior

importância ao papel profissional do que o papel do professor, uma vez que se fragmenta o conteúdo a ensinar e o conteúdo a aprender. A formação em geral se centra no conhecimento, um conhecimento-objeto, que deixa fora o sujeito que aprende com suas emoções e sensibilidades, como evidencia Lucarelli.

A partir do que foi exposto por Lucarelli, passo a refletir em que direção se encaminha a pedagogia inovadora na formação médica. A referida autora propõe que se inicie em direção à construção de relações complexas de aprendizagem, onde conhecimento, ação e sentimentos se associem na formação profissional (LUCARELLI, 2012).

Nóvoa (2015, p.17) afirma que

[...] si queremos cambiar los papeles que las personas ejercen en una organización, en lugar de predicarlo para que cambien de creencias, es preferible crear las estructuras y contextos que apoyen, promuevan y fuercen las prácticas docentes que deseamos. Sin cambios en las estructuras organizativas y, consecuentemente, en la redefinición de los roles y condiciones de trabajo, no se van a alterar los modos habituales de hacer. [...]si queremos cambiar las epistemologías docentes, hay que “reculturizar” las relaciones profesionales en los contextos de trabajo.

Segundo Nóvoa (2015), costumamos aceitar que as ideias ou crenças moldam o comportamento das pessoas, neste caso, moldam as práticas docentes e diz, também, que se queremos outras crenças que suscitem em novas práticas, devemos investir na organização do exercício docente. Para ele, sendo o ensino razão de ser da universidade, é estranho que a pedagogia se mantenha inalterada e não faça frente ou acompanhe inovações de outros setores da universidade. Nóvoa (2015) aponta uma desvalorização da pedagogia na universidade, que não a reconhece como necessária.

“Aprende-se” a ser professor por intuição, usando a experiência de quando se foi aluno e reproduzindo práticas desajustadas da realidade atual. O lugar por excelência do saber e da evolução do conhecimento, a universidade, constitui, no plano pedagógico, o nível de ensino com práticas mais retrógradas (NÓVOA, 2015).

Com exceção de algumas instituições, o autor afirma que o discurso dominante sobre a modernização das universidades ignora a pedagogia, como se ela fosse inata ou supérflua. Contudo, este discurso está sustentado em ideologias que se podem descrever por excelência, empreendedorismo e empregabilidade, as quais passaram a predominar nas universidades, em especial a partir da globalização e com reforço do Tratado de Bolonha. Porém, reforça Nóvoa (2015), “é na busca da liberdade que se define o sentido de uma pedagogia universitária”, uma vez que ela não se restringe à técnica, mas sim ao lugar onde são educados seres humanos por seres humanos e para o bem de todos eles.

A partir da constatação e aceitação da necessidade de inovação nas práticas pedagógicas, chega o momento de refletir sobre em que consiste inovação em termos pedagógicos. Lucarelli (2006) define inovação na perspectiva didática, como uma prática protagônica de ensino e de programação de ensino, na qual se busca a solução de um problema em relação às formas de trabalhar com um ou mais componentes didáticos, não se produz ruptura com práticas habituais, que ocorrem na sala de aula e que afetam o conjunto das relações da situação.

La innovación como ruptura, implica la interrupción de una determinada forma de comportamiento que se repite en el tiempo; en consecuencia se legitima, dialécticamente, con la posibilidad de relacionar esta nueva práctica con las ya existentes a través de mecanismos de oposición, diferenciación o articulación. Una práctica innovadora de la enseñanza puede ser entendida solamente en el contexto de la historia de los sujetos, los grupos o las instituciones que la portan [...] (LUCARELLI, 2006, p.359).

Entende-se que a inovação pedagógica envolve ruptura e que esta perpassa o campo epistemológico. Neste sentido, Fernandes (1999) contribui ao definir a ruptura paradigmática como a ruptura com o paradigma dominante nos processos de ensinar e de aprender, que “[...] ocorre em três dimensões: a compreensão de conhecimento, ciência e mundo; a superação do conhecimento como conteúdo estático – cadáver de informação – corpo morto de conhecimento” (FREIRE; SHOR, 1987, p.15); a reconstrução pedagógica do conhecimento, recriando a teoria e ressignificando a prática; e, a perspectiva de outras formas de ensinar e aprender – na superação do individualismo e na construção sociocultural do conhecimento e dos saberes (FERNANDES, 1999).

Concordando com Fernandes, acrescento o conceito da Sala de Aula Universitária, definida pela mesma, como o espaço onde se desenvolve a inovação pedagógica, mas que não se limita ao espaço da sala de aula na universidade, pois a sala de aula universitária se constitui em outros territórios, entendido aqui como “espaço geográfico delimitado fisicamente por uma decisão política [...]” (FERNANDES, 2006, p.451).

Sala de Aula Universitária: espaço privilegiado, um *locus* por onde transitam diferentes concepções e histórias de ensinar e aprender, constituindo um território demarcado pelos conflitos, encontros e possibilidades de construir ou destruir a capacidade humana, que é a dialética da vida: teoria e prática, conteúdo e forma, sentimento e imaginação, aceitação e rejeição (FERNANDES, 2006).

Morosini *et al.* (2016) destacam a importância das inovações pedagógicas, quando encaradas da perspectiva de compromisso da universidade com a sociedade. E sugerem que o processo inovador pedagógico seja considerado um indicador de qualidade na prestação de contas da universidade à sociedade.

[...] no compromisso da universidade com a sociedade, com o mundo do trabalho, com o “mundo da vida”, de tal sorte que o acontecimento pedagógico entre quatro paredes, nos espaços de ensino e aprendizagem, e fora das quatro paredes, em outros ambientes e contextos, pudesse ser traduzido em linguagem marcada pela inovação pedagógica (MOROSINI *et al.*, 2016, p.25).

Para Leite e Fernandes (2011, 2012), avaliar o grau de inovação da pedagogia, o quanto ela se distancia do fazer tradicional e rompe com a reprodução conservadora, faz parte do processo de avaliar o ensino, a pesquisa e a extensão, além disso, expressam equações que dizem: “o que se faz na relação áulica desta universidade, os alunos farão em suas aulas futuras”; “os valores aqui veiculados têm a ver com os valores que amanhã estarão no circuito de atuação profissional dos egressos desta instituição” (MOROSINI *et al.*, 2016, p.25).

Nóvoa e Amante (2015), descrevem a pedagogia universitária como um processo dinâmico e permeado de relações, nas quais se distinguem a partilha e a cooperação, e também como “um trabalho que se faz em comum, numa permanente ‘interrogação sobre a interrogação’”. De acordo com eles, é um trabalho difícil e exigente, com uma dimensão de risco e de descoberta, com uma “produção de sentidos que vai muito para além da transmissão de conhecimentos. Aprender é um ato de criação cultural e científica, em liberdade”. (NÓVOA; AMANTE, 2015, p.27).

A inovação na pedagogia universitária deveria estar indissociada do fazer docente, nas demandas por mudanças e nos processos que estão ocorrendo na universidade do século XXI. Não cabe mais à universidade a transmissão da alta cultura. A missão universitária vai além do ensino e da formação de intelectuais e cientistas. A universidade tornou-se um agente social de grande relevância para a sociedade do conhecimento e, ao mesmo tempo, tem compromisso com a sociedade, que espera de seus serviços, respostas às demandas de inclusão social, econômica e cultural.

Para Nóvoa e Amante (2015), “O futuro da pedagogia universitária passa pela capacidade de integrar no processo didático, uma atitude de experimentação, de reflexão e de criação”, o que condiz também com os processos inovadores. Talvez por isso cada vez mais se pode observar movimentos neste sentido em educação superior, em geral, por iniciativa de grupos de professores, que diante de desafios no seu fazer docente – muitas vezes gerados fora da sala de aula e da própria universidade – buscam rever suas práticas e planejar novas estratégias para solucionar o problema. Mudar o resultado envolve mudar o processo, envolve romper com as ações que levaram àqueles resultados. Disso se trata a inovação pedagógica

3.5 CONTEXTO SOCIOECONÔMICO DO BRASIL E ESPANHA: ALGUNS DADOS

A Espanha, país europeu localizado na Península Ibérica, tem uma extensão de 504.645 km² e uma população de 46,6 milhões de habitantes. O Brasil, país sul americano, tem uma extensão territorial, praticamente, de 17 vezes a extensão da Espanha, ou seja, o território brasileiro é de 8.516.000 km² e a população brasileira total é de 202,7 milhões de pessoas, segundo dados do IBGE de 2014. A diferença entre os dois países é grande quando se contempla estes números, maior ainda se considerarmos a história de cada um deles. No entanto, não se trata de comparar estes cenários, mas sim descrever os contextos nos quais se inserem os objetos em estudo, para poder significá-los e interpretá-los nos resultados dos achados na pesquisa.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) espanhol é 0,863, segundo dados do *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad* de 2012¹⁵, enquanto o Brasil alcançou IDH¹⁶ de 0,744 em 2013 e ocupa a 79ª posição no ranking dos 187 países reconhecidos pela ONU. Com relação à natalidade, indicadores do ano de 2012 apontaram que a Espanha, apresentou taxa de natalidade de 9,1/1.000 habitantes. No Brasil, de acordo com os dados do IBGE (2016a), a taxa de natalidade por mil habitantes é de 14,16. A esperança de vida ao nascer na Espanha é de 82,3 anos (79,3 anos para homens e 85,2 anos para as mulheres), enquanto no Brasil é de 71,44 anos (64,8 anos para os homens e 72,6 para mulheres) (IBGE 1991 a 2000). E, a taxa de mortalidade infantil em território espanhol é de quatro óbitos a cada mil nascidos vivos. No Brasil, em dados de 2010, a taxa de mortalidade infantil era de 21,64 por mil nascidos vivos (IBGE, 2010).

O Censo Demográfico de 2010 apontou o envelhecimento da população brasileira¹⁷. Os dados indicam a diminuição da mortalidade e a redução da fecundidade. O país conta com um aumento expressivo da população acima dos 60 anos de idade: para cada 100 pessoas menores de 15 anos, existem 44,8 indivíduos idosos (com 60 anos, ou mais). As mudanças demográficas indicam a necessidade de ampliar o acesso e diversificar os serviços de saúde, para dar atendimento voltado a este perfil populacional, e esses resultados tendem a impactar a infraestrutura do SUS.

¹⁵ Segundo dados consultados na Wikipédia (2016).

¹⁶ Segundo dados fornecidos pelo PNUD (2014).

¹⁷ Segundo dados da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA, 2011).

3.6 CONTEXTO ATUAL DA EDUCAÇÃO SUPERIOR E SAÚDE NO BRASIL

O cenário recente da educação e saúde no Brasil ganhou grande repercussão com a criação do Programa Mais Médicos no ano de 2013, que pode ser considerado um divisor de águas na atenção e na formação em saúde. A proposta e as medidas ousadas instituídas com o Mais Médicos, suscitaram muitas críticas e polêmicas que dividiram opiniões na sociedade como um todo. Num primeiro momento pela vinda de médicos estrangeiros e médicos brasileiros formados fora do Brasil para ocupar postos de saúde no Brasil, através da adesão ao Mais Médicos. As críticas e rejeição à essa medida, inicialmente, pautaram-se no argumento da baixa qualidade na formação destes médicos, a maioria deles formados em Cuba, e, no caso dos estrangeiros, também à dificuldade de comunicação, em razão de idiomas distintos entre médico e paciente, o que comprometeria o atendimento, segundo as críticas.

Dois anos passados da aprovação do Mais Médicos e da entrada dos primeiros médicos vinculados ao Programa, pesquisas divulgadas apontam que o número de atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde aumentou em cerca de 33% e que a população atendida pelos médicos do Programa, estrangeiros ou não, estão satisfeitas com o atendimento. E em relação aos médicos cubanos são mencionados como mais atenciosos durante o atendimento (MEC, 2015).

Outro argumento utilizado para respaldar as críticas recaía sobre a ampliação do número de vagas para formar mais médicos no Brasil. Importantes entidades médicas posicionaram-se contrárias ao argumento da falta de médicos no Brasil, dizendo que não faltam médicos, mas que o problema consiste na má distribuição dos médicos e na falta de condições para eles atuarem em áreas carentes do país. Dados do governo¹⁸ indicam que a proporção de médicos era de 1,8 médicos por mil habitantes na criação do programa Mais Médicos e a meta do governo é chegar a 2,7 médicos por mil habitantes, até o ano de 2026.

Para formar mais profissionais, com qualificação em Atenção Básica, já foram abertas 5,3 mil vagas de graduação, 1.690 em universidades federais e 3.616 em instituições privadas, em todas as regiões do país. Pela primeira vez, as cidades do interior passam a ter mais vagas que as capitais e as regiões Norte e Nordeste alcançam a proporção de vagas das regiões Sul e Sudeste.¹⁹

Alguns aspectos evidenciavam a necessidade de mudanças na área da saúde e da formação médica: expansão das escolas privadas, concentração de médicos em algumas regiões do país, enquanto outras sofrem com a quase ausência de médicos, e insuficiência de médicos

¹⁸ Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>>

¹⁹ Idem.

para atender à população. Em resposta à essas demandas, o Governo Federal do Brasil aprovou a Lei 12.871 que instituiu o Programa Mais Médicos (capítulo III da Lei). O Mais Médicos é uma política nacional que prevê formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde, além de investir em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde.

O Programa pretende levar mais médicos para regiões onde faltam esses profissionais, pretende expandir o número de vagas em cursos de medicina e de residência médica, além de favorecer o aprimoramento da formação médica no Brasil. Segundo dados do MEC (2015, s./p.), em dois anos o Programa “levou 18.240 médicos, entre brasileiros e estrangeiros, a 4.058 municípios e 34 distritos sanitários especiais indígenas, beneficiando cerca de 63 milhões de pessoas. Em 2015, todas as 4.139 vagas no programa foram ocupadas por médicos brasileiros”.

As mudanças na política nacional de Saúde refletiram na revisão das diretrizes curriculares nacionais para cursos de medicina. A elaboração das primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de medicina no Brasil aconteceu após a criação do SUS, pela Constituição de 1988. Com a criação do SUS viu-se a necessidade de investir em formação de profissionais capacitados e comprometidos com a consolidação dos princípios do SUS. Princípios voltados a atender necessidades do povo brasileiro, demandas que ganharam maior visibilidade a partir das reivindicações e participações de diversos segmentos da sociedade durante a formulação da Constituição Federal de 1988.

A criação das DCN (Parecer CNE/CES nº 1.133/2001) levou dez anos para serem construídas, sendo aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) no ano de 2001. As Diretrizes vieram como uma forma de induzir mudanças na saúde e dentre outras propostas estava a superação dos currículos mínimos. Contudo, as primeiras diretrizes não chegaram a ser implementadas em todas as escolas médicas do país. Em abril de 2014, a Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CNE) aprovou as novas DCN (Parecer CNE/CES nº 116/2014), tornando obrigatória sua implementação.

As novas DCN instituem as orientações quanto à organização, ao desenvolvimento e à avaliação do Curso de Medicina nas Instituições de Educação Superior (IES) do Brasil. Elas não apresentam mudanças na filosofia da formação médica, nem mesmo o perfil médico sofreu alteração em relação às diretrizes anteriores. Por outro lado, as novas DCN apresentam mudanças relevantes para que se efetive esse perfil. O perfil do egresso na formação médica, instituído nas Diretrizes Curriculares Nacionais, em seu Artigo 3º diz:

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar, nos diferentes níveis de atenção do processo saúde-doença,

com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania e da dignidade humana, objetivando-se como promotor da saúde integral do ser humano (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, seção 1, nº 117).

Algumas determinações da graduação em Medicina constantes nas novas DCN estão:

- A carga horária mínima será de 7.200 horas e 6 anos de duração;
- Será distribuída nas três áreas: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação na Saúde, o que dará mais liberdade às instituições na construção de currículos que correspondam às demandas e características regionais;
- O internato médico obrigatório deverá ter carga horária mínima de 30% na Atenção Básica, em serviços de urgência e emergência do SUS, durante a graduação;
- A oferta anual de vagas nos programas de residência médica, deverá ser igual ao número de egressos no ano;
- Os alunos serão avaliados a cada dois anos pelo governo, através de prova elaborada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), e o resultado destas avaliações influenciará na classificação para os programas de residência médica.

Alguns princípios das DCN para os cursos de medicina no Brasil²⁰:

- Orientação pelas necessidades de saúde dos indivíduos e das populações;
- Privilegiar a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração dos conteúdos de ensino, pesquisa, extensão e assistência;
- Promover a integração e interdisciplinaridade;
- Aprender e atuar em equipes multiprofissionais;
- Ter a presença das ciências sociais e discussões em temas (segurança do paciente, diversidade, direitos sociais, questões de gênero, etnia) para a formação ética do estudante;
- Inserção do aluno na rede de serviços de saúde desde as séries iniciais e ao longo de todo o curso;
- Dar centralidade ao ensino da atenção básica organizado e coordenado pela área de Medicina de Família e Comunidade e fortalecer áreas como, as urgências e saúde mental.

²⁰ Segundo o site do Programa Mais Médicos, disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/o-novo-curriculo>>

De acordo com o conselheiro da Câmara de Educação Superior, Arthur Roquete, as mudanças apresentadas nas novas diretrizes são propostas numa perspectiva de humanização da formação médica, sem prejuízo da formação técnica, e o estágio obrigatório no SUS, irá oportunizar aos estudantes realizar uma formação voltada para realidade da medicina brasileira (AQUINO, 2014).

O Brasil é o segundo país com maior número de escolas médicas²¹. Em 2012, o país contava com 196 escolas em atividade, ficando atrás apenas da Índia. O aumento de escolas médicas foi mais acentuado a partir da década de 1990, de modo expressivo no ensino privado e em menor número no ensino público. O Censo da Educação Superior (MARTINS, 2013), realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), com dados desde 1991, confirma o expressivo aumento no número de cursos de Medicina e de vagas nesses cursos. No ano de 2000 havia 9.906 vagas em cursos de medicina e houve 10.811 ingressantes nestes cursos. Em 2011, havia 16.752 vagas e houve 18.154 ingressos. O número de estudantes nos cursos de medicina no país passou de 46.881, em 1991, para 108.033, em 2011.

Em trabalho²² realizado entre os anos de 2011 e 2013, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), é desenhado o perfil médico em atividade no Brasil. O estudo feito e os dados levantados serviram para sustentar a posição das entidades médicas acerca das polêmicas em Saúde no Brasil. Destaco os argumentos seguintes: a distribuição desigual de médicos no Brasil não se deve à falta de médicos no país, a distribuição dos médicos no Brasil é definida muito mais pelo mercado do que pelo interesse público; a localização dos cursos de medicina não é o fator determinante de fixação dos médicos graduados; os médicos formados fora do Brasil, brasileiros e estrangeiros, se instalam nas maiores cidades do Brasil, em especial na região Sudeste do país; a flexibilização da revalidação dos diplomas pode não dar o resultado esperado de melhorar a distribuição nos locais onde falta médico atualmente; a concentração dos médicos acompanha a existência de serviços de saúde e de outros profissionais da saúde, como enfermeiros; boa parte dos médicos não concluiu o programa de Residência Médica ou não têm título de especialista; e, este cenário demonstra deficiência do ensino de graduação e falta de vagas na Residência para todos os egressos dos cursos de medicina.

²¹ Entrevista com JOSÉ BONAMIGO, clínico e hematologista, tesoureiro da Associação Médica Brasileira, e FLORENTINO CARDOSO, cirurgião oncológico, presidente da Associação Médica Brasileira (FOLHA DE SÃO PAULO, 2012).

²² Pesquisa Demografia Médica no Brasil, coordenado por Mario Scheffer (2013).

De outro lado, o Ministério da Saúde no Brasil realizou um diagnóstico de saúde no país que contribui para respaldar as medidas adotadas pelo Programa Mais Médicos (PORTAL DA SAÚDE, 2013). Um dos aspectos diz respeito à falta de médicos para atendimento no Sistema Único de Saúde, fato confirmado por pesquisa realizada pelo IPEA, em 2011, na qual foram entrevistadas 2.773 pessoas – destas, 58,1% afirmaram ser a falta de médicos o principal problema do SUS. Diferentes estudos indicam que o Brasil, em relação a outros países, está em defasagem em relação ao número de médicos por mil habitantes, além de apresentar grande desigualdade na distribuição dos médicos nos diferentes estados brasileiros.

Tabela 1 - Relação médicos/1000 habitantes em alguns países²³

PAÍS	Médicos/1000 habitantes	PAÍS	Médicos/1000 habitantes
Brasil	1,72	França	3,50
Alemanha	3,53	Grécia	6,04
Argentina	3,16	Itália	4,24
Canadá	1,91	México	2,89
Chile	1,09	Portugal	3,76
Cuba	6,04	Reino Unido	2,74
Estados Unidos	2,67	Uruguai	3,74
Espanha	3,70	Venezuela	1,94

Fonte: World Health Statistics (2011), publicado pela Organização Mundial da Saúde.

De acordo com os dados da Tabela 1, o Brasil possui número inferior de médicos para cada mil habitantes em relação a outros países, o que é uma contradição, pois o país tem o segundo maior número de escolas médicas no mundo e mesmo assim, apresenta falta de médicos. Martins (2013) chama a atenção que a razão de médicos por mil habitantes não é um índice ideal para comparações entre países, pois existem muitas diferenças entre eles, por exemplo, em relação à forma como cada país estrutura seu sistema de assistência à saúde. Ou seja, se o sistema de saúde está centrado em médicos generalistas (formação geral), vai necessitar de número menor de médicos, que um sistema em que exista ampla escolha de médicos especialistas, ou ainda, um sistema em que a assistência à saúde está centrada no profissional médico, vai ser necessário um número maior de médicos, enquanto um sistema onde exista a participação de diversos profissionais, dando atenção à saúde, demanda menor número de médicos.

O Brasil possui muitos médicos especialistas e desde a formação do SUS, tem trabalhado no sentido de formar equipes de atenção integrada com multiprofissionais, além de formar médicos generalistas. O mapa abaixo mostra a distribuição dos médicos nos estados

²³ Dados retirados do Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras, Relatório I: “Estudantes de Medicina e Médicos no Brasil: Números Atuais e Projeções” (MARTINS; SILVEIRA; SILVESTRE, 2013).

brasileiros, em uma relação de médicos por mil habitantes, também apresenta um gráfico mostrando a evolução do número total de médicos no país, entre os anos de 1910 até 2010, ou seja, nos últimos 100 anos.

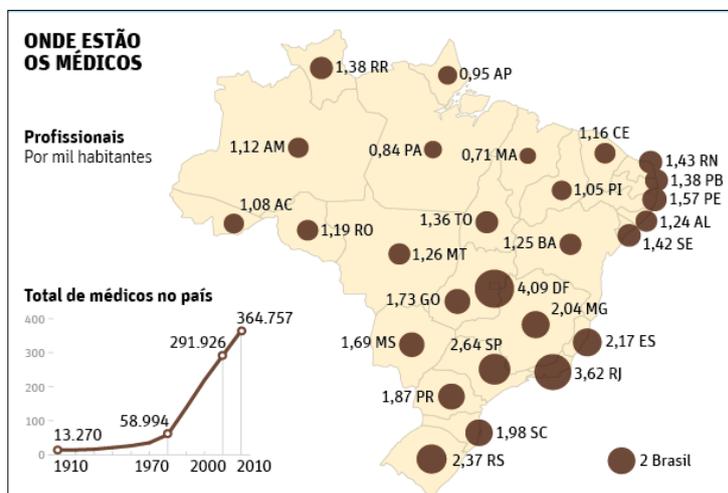


Figura 1 – Mapa da distribuição de médicos/1000 habitantes no Brasil.
Fonte: Demografia Médica do Brasil, 2013²⁴.

Os dados apresentados no mapa confirmam a má distribuição de médicos pelos estados brasileiros, pois os estados da região Sudeste e o Distrito Federal concentram maior número de médicos, enquanto outros estados, como os da região Norte e o Maranhão, apresentam a maior defasagem de médicos para prestar atendimento à população. É possível observar o elevado crescimento no número de médicos no Brasil, a partir do ano de 1970 e a partir do ano 2000, sendo que a média brasileira é de 2 médicos para cada mil habitantes.

Para Martins (2013), não existem estudos suficientes que subsidiem debates e decisões políticas importantes sobre a assistência à saúde, a qualidade da formação dos médicos e a demanda por médicos. No Brasil, nos últimos anos, houve expressivo crescimento econômico e acentuada inclusão social, representando uma maior procura por atendimento à saúde, além da ampliação da expectativa de vida e o envelhecimento da população, o que contribui para ampliar a demanda. Neste sentido, percebe-se o quão complexo é projetar o número de médicos necessário para atender as demandas e estabelecer um índice ideal.

Independente das divergências recentes sobre a necessidade ou não da ampliação do número de vagas em cursos de medicina e do aumento do número de médicos no Brasil, os dados indicam que existe de fato um número insuficiente de médicos para atender a população do Brasil. Considerando que não há desemprego de médicos e que os postos de trabalho criados ultrapassam o número de profissionais existentes, confirma-se a falta de médicos, além da má

²⁴ Imagem reproduzida parcialmente de Coissi (2015).

distribuição existente destes profissionais no país, o que agrava ainda mais o problema (MARTINS, 2013).

Uma pesquisa realizada em 2013 mostra que a Medicina está no topo do ranking dos melhores salários, entre 48 carreiras universitárias (PORTAL SAÚDE, 2013). Entre os médicos recém-formados, o salário médio é R\$ 6.940,12. E entre os que já estão no mercado de trabalho, a média salarial é R\$ 8.459,45. Outro dado que chama a atenção é o ingresso ao primeiro emprego: no ano de 2011, 18.722 médicos entraram no primeiro emprego e 14.634 profissionais estavam saindo da faculdade, ou seja, uma proporção de 1.44 vagas para cada egresso de medicina. Foram criadas 147 mil vagas de emprego na área médica nos últimos 10 anos e 93.156 médicos se formaram, gerando um déficit de 54 mil postos de trabalho nesse período.

Segundo os registros do CFM, os médicos brasileiros são jovens, há predomínio de médicos com idade inferior a 50 anos. Quanto ao gênero, há um número equilibrado de homens e mulheres na profissão: de 2009 em diante houve maior número de registros nos CRM's de mulheres que homens e em 2012 os registros preliminares apontavam 53,46% de mulheres, ou seja, houve um aumento expressivo de mulheres na área onde predominavam os homens. A tendência é que a diferença entre homens e mulheres se amplie, por um lado devido à predominância de mulheres na população brasileira e, por outro, por existir uma tendência mundial de feminização na área médica²⁵.

Tabela 2 - Matrículas em cursos de Medicina em 2001 e 2011 (Mulheres, Homens e Total) – Censo da Educação Superior – INEP

Ano	Matrículas (mulheres)	Matrículas (homens)	Matrículas (total)
2001	26.946	30.984	57.930
2011	58.626	49.407	108.033

Fonte: Projeto avaliação das escolas médicas brasileiras. Relatório I, 2013.

Os dados da Tabela 2 são importantes, como destaca Martins (2013), pois demonstram um aumento expressivo de matrículas de mulheres nos cursos de Medicina, pois no intervalo de dez anos o número de mulheres cursando medicina mais que dobrou. Estes dados são fundamentais para se pensar políticas de formação médica e da oferta de especialidades. Estas diferenças criam um cenário de atuação profissional diferenciado, quanto à duração do tempo de atividade profissional, o número de horas de trabalho por semana e o número de vínculos profissionais, as escolhas de especialidades médicas podem ser diferentes (MARTINS, 2013).

²⁵ Maiores detalhes consultar Scheffer (2013).

Diante deste cenário complexo da formação médica no Brasil, o estudo de Martins (2013) apontava a necessidade da elaboração de um projeto pedagógico para o curso de Medicina coerente com as Diretrizes Curriculares Nacionais, atento à necessidade de um corpo docente qualificado, à infraestrutura para formação básica e clínica, aos cenários de prática com hospital, ao ensino e atividades em toda a rede de assistência, à avaliação formativa dos estudantes ao longo do curso médico e aos programas de residência médica e educação continuada.

No contexto brasileiro, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em medicina foram publicadas trazendo como características a incorporação de novos avanços na educação médica a partir da pluralidade de ideias, da indissociabilidade entre teoria e prática, do entendimento da avaliação como uma necessidade permanente, além da compreensão de que a formação deva ocorrer pela articulação entre habilidades e competências. Desse modo, criou-se a necessidade de revisão no projeto pedagógico dos cursos de medicina no país, no sentido de explicitar como se dará a concretização das orientações constantes nas DCN para a formação do futuro médico que sairá das universidades.

O tensionamento provocado pelo Programa Mais Médicos evidenciou fraturas entre os setores que administram a área da Saúde, o governo e as entidades médicas. A oposição, por parte das entidades médicas, ao Mais Médicos é apenas um dos desafios do Programa. A formação médica dentro do novo perfil médico proposto nas novas DCN, parece consistir no maior desafio de mudanças concretas na formação médica, pois envolve as instituições acadêmicas, os docentes, os estudantes, as decisões e as estratégias que serão adotadas para formar um novo perfil médico capaz de responder às demandas reais em saúde no país.

Diante disso, me ocorrem alguns questionamentos. Como desenvolver o perfil humanizado nos novos profissionais? Como atrair mais profissionais para preencher as vagas nos serviços de saúde na periferia com a população carente? Quais recursos serão investidos para dar condições de trabalho e atendimento da população em todos os recantos que necessitam de médicos em nosso país? Como garantir a permanência médica nesses postos de trabalho vinculados à Atenção Básica?

3.7 CONTEXTO ATUAL DA FORMAÇÃO MÉDICA NA ESPANHA

O ensino superior na Espanha é regulado pelo Real Decreto 1393/2007 de 29 de outubro e alterado pelo Real Decreto 861/2010, de 2 de julho, o qual estabelece a ordenação do ensino superior oficial, segundo as linhas gerais estabelecidas pelo Espaço Europeu de Educação

Superior (EEES)²⁶. A titulação de Medicina tem a diretriz europeia (2021 [1] 12 2004; 13781/2/04 REV 2, de 21 de dezembro de 2004; em substituição à 93/16/CEE, reúne a Medicina com outras profissões num único texto), que define os objetivos e conteúdos comuns em todos os países da União Europeia e assegura aspectos básicos mínimos de formação médica, para reconhecimento de títulos universitários e livre circulação profissional em qualquer dos países do espaço europeu. Sobre a formação básica do médico, estabelece que deverá ter duração de no mínimo seis anos ou 5.500 horas de ensino teórico e prático em uma universidade ou sob sua responsabilidade.

Com base na diretriz europeia mencionada acima, a Espanha propôs uma base curricular comum em 90% das matérias formativas e determinou que, ao haver concluído a graduação, o médico obtenha o título de graduação e o de mestre simultaneamente, de forma integrada²⁷ - esta proposta se baseia na duração de no mínimo seis anos e 360 créditos ECTS.

A partir da criação deste EEES, passou-se a adotar os ECTS (Sistema Europeu de Transferência de Créditos). Neste sistema, reconhecem-se as horas que o aluno dedica à atividade de estudo, que será entre 25 e 30 horas por crédito, dentro das quais se inclui o tempo dedicado às horas letivas, horas de estudo, tutorias, seminários, trabalhos acadêmicos, práticas ou projetos e também as horas exigidas para preparação e realização de exames e avaliações. O ECTS consiste em mais um modo, de eliminar barreiras para o deslocamento de estudantes no espaço comum europeu, em busca de uma maior qualificação e aprimoramento em uma área de maior interesse, com a garantia de que todos os créditos obtidos serão validados na instituição destino e vice-versa.

Em seu artigo 24.3, determina que a formação básica do médico deverá garantir a aquisição dos seguintes conhecimentos e competências (LIBRO BLANCO, 2005)²⁸:

- Conhecimento adequado das ciências básica da medicina, boa compreensão dos métodos científicos e dos princípios de medição das funções biológicas, da avaliação dos fatos cientificamente comprovados e da análise de dados;
- Conhecimento adequado da estrutura, das funções e do comportamento dos seres humanos, sãos e enfermos, bem como das estruturas entre o estado de saúde do homem e seu entorno físico e social;

²⁶ Fonte: Universia (s./d.)

²⁷ “O grau de mestre é conferido aos que tenham completado os 300 - 360 créditos. Os mestrados integrados, de acordo com a legislação em vigor, apenas podem ser aprovados nos casos em que, para o acesso ao exercício de uma determinada atividade profissional, essa duração: seja fixada por normas legais da União Europeia”. (Medicina, Medicina Dentária, Medicina Veterinária, Farmácia, Arquitetura). Fonte: U. PORTO (2016).

²⁸ O *Libro Blanco*, apresenta os objetivos da formação básica do médico na Espanha, definindo os conteúdos, habilidade e atitudes diante dos decretos da convergência europeia.

- Conhecimento adequado dos materiais e das práticas clínicas que proporcione visão coerente das enfermidades mentais e físicas, da medicina e seus aspectos preventivos, diagnóstico e terapêutico, assim como da reprodução humana;
- Uma experiência clínica adequada adquirida em hospitais e sob adequada supervisão.

O processo que se iniciou com a criação do EEES colocou inicialmente, a universidade europeia, depois outras universidades pelo mundo, num contexto de reorganização, pautado em profundas mudanças de cunho epistemológico, motivado pelo desenvolvimento de uma economia baseada no conhecimento. Esta decisão demandou o estabelecimento de objetivos educacionais em comum por parte das universidades e a substituição do paradigma construtivista que orientava o fazer na universidade (LAFUENTE, et al., 2007).

O EEES introduz o conceito da competência para os programas de educação. Este conceito vem do campo profissional, é um novo paradigma para a universidade e altera significativamente sua função tradicional de promover a aquisição de conhecimentos disciplinares especializados, função que desempenhava separada ou em paralelo ao mundo do trabalho. Com a adoção das competências, o fazer universitário passa a ser direcionado, a responder necessidades no presente e no futuro, do mundo da produção, prestação de serviços e do trabalho (FERNÁNDEZ; SALINERO, 2006).

De acordo com Calderón y Escalera (2008), o processo de integração no EEES é o marco de referência atual básico para toda universidade no âmbito da UE. O qual deu origem à uma importante mudança na cultura da universidade ao organizar a educação a partir das competências que o estudante deve alcançar, pois estimulou o desenvolvimento de uma aprendizagem ativa e estimulou o comprometimento do estudante. E, como pano de fundo, propicia o desenvolvimento do pensamento crítico que, frente a outros conteúdos ensinados, é fundamental na profissionalização, o qual seria um autêntico valor, como um selo de qualidade da instituição, na opinião dos autores.

Segundo Palés et al. (2010), na educação médica a orientação por competências não era uma novidade, pois os norte-americanos, em 1996, já haviam adotado este modelo na Faculdade de Medicina da Brown University. A adoção da educação por competências substituiu o sistema antigo, no qual os currículos estavam organizados em matérias e disciplinas que se assemelhavam a um mosaico (PALÉS et al., 2010). O novo sistema substituiu os objetivos por uma avaliação dos resultados da aprendizagem, acompanhada através dos domínios de competências constatados na capacidade de fazer do aluno, na aquisição de eficiência e eficácia.

Para Lafuente et al. (2007), as competências são uma combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes que devem conduzir ao desempenho adequado para uma tarefa no campo das ciências da saúde. Portanto, implica a promoção de ações que possam modificar de fato a prática docente, com a aproximação da realidade do mundo que os cerca e o uso de metodologias de aprendizagem centradas no aluno, o que costuma demandar mais tempo de trabalho docente. A educação por competências atribui ao aluno um papel ativo no processo de aprendizagem.

No campo da formação médica, um dos maiores desafios para adaptar um currículo tradicional em um currículo orientado por competências está na integração do ciclo básico (mais teórico) e da clínica (prática). Segundo o referido autor, a adequação da parte clínica se torna mais fácil, pois os métodos de aprendizagem tradicionalmente utilizados favorecem. Os autores acreditam que, no caso das práticas, a aprendizagem e a avaliação da clínica médica podem inclusive melhorar, pois ao definir com clareza os objetivos, todas as competências clínicas poderão ser avaliadas e no currículo tradicional, por não ter objetivos bem definidos, isso não ocorre.

Elaborar um novo currículo é mais que definir o perfil do profissional e fazer a configuração das disciplinas e experiências de aprendizagem organizadas para a formação de futuros médicos. Planejar um currículo é tomar decisões, o currículo deve responder à pelo menos três questões apresentadas por Lafuente et al. (2007, p.26).

Este concepto esta vinculado al diseño de los nuevos curriculo. El diseño curricular es una selección cultural, un ejercicio de "apreciar y excluir". El currículum debe responder a: ¿Cuál es el conocimiento válido? ¿Cómo se adquieren los conocimientos, habilidades y actitudes? y ¿Cómo evaluar el logro de las competencias? (LAFUENTE et al. 2007, p.26).

Qual é o conhecimento válido, o que devem aprender os estudantes? Para responder a primeira questão, é necessário escolher conteúdos e definir aqueles indispensáveis para a formação médica não é tarefa fácil, segundo Lafuente et al. (2007), pela velocidade de novos conhecimentos humanos e pelo aumento de demandas por formação profissional.

Como se adquirem os conhecimentos, habilidades e atitudes? A segunda pergunta está relacionada às práticas pedagógicas e ao que se considera adequado e coerente na transmissão do conhecimento. É nesta esfera que adquire importância as ideias de como se ensina e de como se aprende. Aprender atualmente é entendido como um processo de construção individual, na qual se faz uma interpretação pessoal e única da cultura. O processo de aprendizagem acontece por trocas qualitativas nas estruturas e esquemas existentes e de complexidade crescente. Aprender é fazer um interpretação e representação pessoal da realidade, por isso, nessa nova

forma educativa por competências, é necessário considerar as mudanças nas práticas educativas (LAFUENTE et al., 2007).

Como avaliar a aquisição e o domínio das competências? A terceira pergunta diz respeito a como avaliar o alcance dos objetivos e experiências da aprendizagem. Dentro deste novo modelo curricular, na concepção apresentada por Lafuente et al. (2007), é necessário, para formar pensadores competentes, que o docente crie procedimentos e estratégias autorreguladoras do processo de aprendizagem do estudante e do próprio docente – são critérios que devem ser escolhidos em comum acordo e antecipadamente.

Palés et al. (2010) se refere às competências profissionais como capacidades construídas com componentes cognitivos, combinados com habilidades psicomotoras e atitudes baseadas em valores e crenças, as quais deverão expressar uma conduta coerente e previsível, ou seja, são estas competências que devem promover os desempenhos adequados. Porém, destaca que dos atributos que são necessários para que se adquiram as competências, existem elementos que podem afetar consideravelmente o desempenho das práticas e, por esta razão, afirma “*Por otra parte, no deben confundirse los comportamientos observables con las competencias que los posibilitan*”. (PALÉS et al., 2010, p.128).

As ideias trazidas até aqui sobre educação por competências dão uma dimensão dos desafios pelos quais se encontram as universidades em alguns países, como é o caso estudado nesta tese sobre a formação médica na Espanha. Reorganizar currículos dentro de um outro paradigma envolve uma reestruturação profunda de metodologias, avaliações e pedagogia universitária, bem como os atores envolvidos no ensino e aprendizagem têm papéis decisivos neste processo.

O paradigma importado do campo produtivo, adaptado e imposto ao ensino superior europeu e que se espalhou pelo mundo, suscitou muitas críticas no campo educacional. A adoção da educação por competências representa um grande desafio para as universidades, em particular para os países periféricos e em desenvolvimento, como os da América Latina. Juntamente com a lógica das competências, vem medidas e ações baseadas na competição, na comparação, na classificação e na avaliação, pautadas na projeção internacional das universidades.

A homogeneidade dos currículos, avaliação e acreditação, padronização e veiculação de valores mercantis seriam as políticas desejadas para a América Latina, as quais orientam e financiam projetos de cooperação e estabelecem padrões de qualidade para aferir a Educação Superior (LEITE; GENRO, 2012, p.770).

A partir da criação do EEES, as faculdades de medicina da Espanha passaram a rever seus currículos com o objetivo de fazer uma reforma profunda nos mesmos. Em 1990, mudanças haviam sido feitas em função de novas diretrizes nacionais, mas apresentavam diversos problemas, segundo professores e estudiosos da área: “Sin embargo no fue aprovechada para introducir cambios substanciales en nuestros currícula, y en la mayoría de nuestras facultades de Medicina los cambios fueron meramente de tipo cosmético, no introduciéndose modificaciones en profundidad”. (PALÉS et al., 2005, p.4).

Dentre os problemas encontrados nos currículos, estavam: a pouca valorização da função docente em relação à pesquisa; muitos conteúdos teóricos, em certos casos irrelevantes e de pouca utilidade para a prática profissional; o ensino orientado pela transmissão de informação e centrado no professor; metodologia adotada é pouco ativa; as práticas clínicas, como as básicas, sofrem por falta pertinência ou por excesso de passividade dos alunos; persiste uma fronteira intransponível entre os períodos pré-clínico e clínico, impedindo real integração entre eles; falta de comunicação na gestão da docência entre os departamentos; etc. Estes e outros problemas foram apresentados como parte do cenário anterior ao EEES (PALÉS et al., 2005).

A Conferência Nacional de Decanos de Faculdades de Medicina Espanholas (CND²⁹), em 2003, participou do planejamento e definição dos Planos de Estudo da formação médica no país. A CND centrou-se na definição e análise de habilidades e na definição de objetivos e conteúdos mínimos, enfatizando um perfil único de médico. Sua proposta teve por objetivo estimular as universidades espanholas a realizarem estudos e sugestões que contribuíssem para a definição de planos de estudo e títulos oficiais de graduação adaptados ao Espaço Europeu de Educação Superior (EEES). Diante do interesse de integração e da proposta de livre circulação profissional, a adoção dos ECTS viabilizava, em parte, o reconhecimento dos créditos cursados em qualquer das universidades da UE, mas havia a necessidade de homogeneizar os currículos. Além disso, a CND tinha como objetivo a elaboração do *Libro Blanco*, que reuniria o resultado desses estudos e passaria a guiar os currículos de medicina na Espanha, com orientações alinhadas às determinações do Tratado de Bolonha, como é conhecido o tratado que originou o EEES.

O curso de graduação em medicina na Espanha mudou no ano de 2007, de acordo com Real Decreto 1393/2007, de 29 de outubro, o qual estabelece a configuração do ensino universitário. O Curso tem uma duração de seis anos, num total de 360 ECTS e está organizado

²⁹ A Conferência Nacional de Decanos das Faculdades de Medicina Espanholas (CND) foi criada em 1988 e agrupa as 27 faculdades de medicina existentes na Espanha.

em seis Módulos, divididos em Matérias e estas em Disciplinas. Distribuição dos créditos no currículo por tipo de matéria: formação básica, 61 créditos; obrigatórias, 233 créditos; opcionais, 6 créditos; práticas externas/rotativas, 54 créditos; e, o projeto final, 6 créditos.

A partir da ORDEN ECI/332/2008 na Espanha, os planos de estudos do curso de medicina, em sua parte comum à todas instituições, estão organizados em cinco módulos: 1) Morfologia, estrutura e função do corpo humano; 2) Medicina Social, habilidades de comunicação e iniciação à investigação; 3) Formação clínica humana; 4) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos; 5) Práticas tuteladas e trabalho de fim de curso de graduação; e, 6) Disciplinas opcionais.

Nas afirmações da Universidade de Valladolid (2016), a mudança atual nos planos de estudos, que iniciou a partir da criação EEES, busca equilibrar a técnica com a ampliação da vertente humana e, para isso, foram incorporadas novas disciplinas nos cursos de medicina. As mudanças visam também a ampliação das habilidades de comunicação e formação ética. Estas mudanças se centram nos chamados conhecimentos transversais e representam o incremento do ensino prático e a redução de componentes de ensino especializado.

Diante da exposição acima, é possível constatar que Brasil e Espanha se encontram em meio a um processo de mudanças resultantes de decisões políticas, que promoveram a necessidade de reorganização do ensino superior como um todo, no caso da Espanha, e nos cursos de medicina, no caso do Brasil. Mesmo que as diferenças entre os contextos sejam enormes, o atual cenário nestes países, marcado por reformas na educação superior, permite acompanhar as experiências, com atenção às similaridades, diferenças ou especificidades entre elas, como possibilidade concreta de registro e aprendizado deste momento histórico para o ensino superior e a formação médica.

3.8 SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL E NA ESPANHA

Os sistemas de saúde são construções sociais criadas por alguns países para garantir meios adequados de atendimento à saúde para a sociedade. Eles são organizados e distribuídos para prestar atendimento a indivíduos que necessitem assistência por motivos de doenças, independente da capacidade de pagamento. No Brasil, a garantia de cobertura a todos os que necessitam de atendimento e à todas as demandas em saúde, ainda não tem sido efetiva. No entanto, teoricamente, os sistemas de saúde foram pensados e criados para assumir o compromisso de garantir o acesso aos bens e serviços disponíveis em cada sociedade, bem como a manutenção e a recuperação da saúde dos indivíduos.

Como informa Elias (2011), a abrangência destes sistemas depende principalmente de dois fatores: um deles, o fator político, define as leis sobre a saúde, por exemplo, a saúde como um direito de todos os cidadãos, caracterizando os sistemas universais de saúde, como é no Brasil, ou pode definir como um bem de mercado, disponível para compra de serviços, caracterizando o sistema privado de saúde; o outro fator, econômico, é definido pelo grau de riqueza de um país, medido pelo seu Produto Interno Bruto (PIB) que, em última análise, determina os investimentos em saúde no país. Em geral, os sistemas de saúde são financiados através de recursos públicos, recursos privados ou o Estado paga uma parte e a outra parte o usuário do sistema paga.

A cobertura de saúde na Espanha está organizada no Sistema Nacional de Saúde (SNS), instaurado pela Lei Geral de Saúde, de 25 de abril de 1986, a qual mediante a integração de diversos subsistemas sanitários públicos, instaurou o SNS. Assim como o *National Health System*, sistema de saúde britânico, no qual a Espanha se inspirou para criar o SNS, tem vocação universal, visa assegurar atendimento de saúde público a todos os residentes no território espanhol, independente da sua participação no mercado de trabalho. Mas mudanças iniciadas a partir de 2012 excluíram a cobertura à estrangeiros sem visto de residência e aos espanhóis com rendas elevadas (HERRERO, 2013).

O cartão de saúde que dá direito ao atendimento gratuito na rede pública espanhola é destinado a todo cidadão espanhol ou estrangeiro em situação legal no país, desde que sua renda fique até o limite de 100.000 euros por ano. Rendas acima deste valor não dão direito ao tratamento de saúde gratuito. Neste caso, é necessário fazer um seguro de saúde privado, ou pagar com recursos próprios os cuidados de saúde, mesmo em um hospital público (CASTRO, 2012).

A gestão da saúde na Espanha está distribuída entre as suas 17 Comunidades Autônomas (CCAA). Desde a Constituição de 1978, foi instituída a descentralização da administração da saúde. Esta teve início com a Cataluña em 1981, seguida por Andaluzia em 1984, sucessivamente, até a última, a Comunidade de Castilla y León, em 2001. Cabe a cada CCAA assumir as funções e serviços de planejamento em saúde, bem como as ações de assistência à saúde (SILVA, 2007).

A Espanha teve um investimento em saúde de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) em 2011³⁰, ficando na média dos países da *Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico* (OCDE). Enquanto no Brasil, segundo o Ministério da Saúde, o gasto foi de 3,6%

³⁰ Segundo informações coletadas do site Index Mundi, atualizado em 2014.

do PIB com a saúde pública, em dados de 2008 – último balanço oficial contando estados e municípios. Em relação ao investimento em saúde, nos Estados Unidos (EUA)³¹ que foi de 17,7 tanto o Brasil, como a Espanha, fica bem abaixo no investimento em saúde. Na Espanha, o gasto em saúde aumentou mais depressa que o PIB, isso se deve ao início e ao aprofundamento da crise neste país, segundo Herrero (2013).

De acordo com dados da OCDE, 56% do que o Brasil investe em saúde vêm de recursos públicos³², o restante vem do setor privado. Em países desenvolvidos, o gasto público em saúde é mais de 70% - na França e Inglaterra é mais de 80%. Estes índices refletem na qualidade dos serviços de saúde e na melhora das condições sociais da população, com redução de mortalidade infantil, por exemplo.

O Sistema Nacional de Saúde³³ na Espanha, até o ano de 2013, contava com uma rede hospitalar de 453 hospitais, dos quais 325 são públicos e representam 79,2% dos leitos disponíveis, cuja taxa total na Espanha é de três leitos disponíveis para cada mil habitantes. No Brasil, o número total de hospitais é de 6.701, destes 30% são públicos e 70% são privados. O Brasil conta nas redes públicas e privadas, com 2,4 leitos para cada mil habitantes. Somando o número total de leitos em hospitais do SUS que é 339.758, mais os leitos da rede particular, 156.213 leitos, o Brasil possui menos que o mínimo recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que é de três leitos para cada mil habitantes (ANAHP, 2014).

A rede de assistência médica na Espanha conta com um total de 115.200 médicos e 165.000 enfermeiros. Numa relação de 4,1 médicos para cada mil habitantes, acima da média da OCDE, que é 3,2 e de 5,5 enfermeiras para cada mil habitantes, índice bem abaixo da OCDE (8,7). No Brasil³⁴ são dois médicos para cada mil habitantes e em dados de 2010 são 1,43 enfermeiros para cada mil habitantes (LUZ, 2010). Na prática, encontra-se grande desigualdade na distribuição de enfermeiros e médicos pelo território brasileiro.

O total de médicos em atividade no Brasil é de 420.838, sendo que existe concentração de médicos em alguns estados brasileiros, como no Rio de Janeiro (61.684) e São Paulo (120.079), por outro lado, número de médicos em outros estados é reduzido, como no Amapá (624) e Roraima (672), dentre outros – dados do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2016b).

Na enfermagem, a desigualdade na distribuição de profissionais nas diferentes regiões do Brasil também chama atenção. Na região Sudeste são 1,71 enfermeiros por mil habitantes,

³¹ Segundo Gerkem (s./d.).

³² <https://saudeparatodobrasil.com/brasil-investe-metade-saude/> (consulta em 18/03/2016).

³³ Para mais informações, consultar o Informe anual del Sistema Nacional de Salud (MSSSI, 2013).

³⁴ Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM, 2016a).

na região Sul são 1,62 enfermeiros para cada mil habitantes, já na região Norte o contraste maior, 0,94 enfermeiros por mil habitantes (LUZ, 2010).

3.8.1 Serviços de atendimento em saúde na Espanha e no Brasil

Os serviços de atendimento em saúde na Espanha estão organizados em Áreas de Saúde, segundo a Lei Geral de Saúde espanhola nº 14/1986. Essas áreas são as estruturas fundamentais do sistema de saúde, são responsáveis pela gestão dos centros e estabelecimentos do serviço de saúde da Comunidade Autônoma em sua demarcação territorial. As áreas de saúde são delimitadas considerando os fatores geográficos, demográficos (população entre 200.000 e 250.000, exceto em algumas comunidades, mas pelo menos uma área por província), socioeconômicos, trabalhistas, epidemiológicos, culturais, climáticos, de comunicações e instalações de saúde³⁵.

As áreas de saúde são divididas em Zonas Básicas de Saúde ou Zona de Saúde, assim chamadas em quase todas as CCAA. Constituem a delimitação territorial que serve de referência para a atuação da equipe sanitária da Atenção Primária à Saúde. É composta pelos Centros de Saúde, um hospital geral de referência para atenção especializada e de um centro de especialidades. Os Centros de Saúde são os locais onde se aplicam a atenção primária de saúde, é uma unidade assistencial, onde os médicos de família (clínicos gerais), pediatras e enfermeiros prestam atendimento à comunidade (WIKIPÉDIA, 2016). Para atendimentos especializados, o paciente é encaminhado aos hospitais onde se encontram os médicos especialistas.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde foi criado pela Constituição de 1988 e se inspira nos sistemas universais, pois afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado. O artigo 198 da Constituição Federal de 1988 anunciou a integração das ações e serviços públicos de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de saúde. A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e, por fim, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) fundou o SUS. O INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993, pela Lei nº 8.689³⁶.

O Sistema vem atuando no sentido de obter reconhecimento como uma das principais políticas sociais do país. Como política de Estado construída pelas três esferas de governos –

³⁵ Segundo o Informe anual del Sistema Nacional de Salud (MSSSI, 2013).

³⁶ Segundo o site Sistema Único de Saúde (s./d.), disponível em: <<http://sistemaunicodesaude.weebly.com/histoacuteria.html>>.

federal, estadual e municipal. Visando o fortalecimento do SUS, outras políticas e programas foram desenvolvidos: Atenção Básica; Saúde da Família; Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU; Farmácia Popular; Unidades de Pronto Atendimento – UPA; Saúde na Escola; e, Plano para enfrentamento do crack e outras drogas. Os impactos foram positivos nos indicadores de saúde, a mortalidade infantil, apresentou redução de 28,03% nos últimos dez anos, de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (LABORATÓRIO DE DEMOGRAFIA E ESTUDOS POPULACIONAIS, 2011).

Como previsto também na Constituição de 1988, os serviços de saúde podem ser prestados também pela iniciativa privada, portanto, o sistema de saúde brasileiro é constituído por dois tipos diferentes de sistemas ou subsistemas: um governamental, o Sistema Único de Saúde (SUS); e outro privado, o Sistema Supletivo de Assistência Médica (SSAM).

A organização do sistema de saúde no Brasil, é realizada no âmbito das três instâncias administrativas do país: federal, estadual e municipal. Os estados e municípios têm os conselhos de saúde³⁷ que fiscalizam a aplicação dos recursos públicos. A União é responsável por 50% do financiamento da saúde pública e os outros 50% fica por conta dos estados e municípios. O município é o principal responsável pela saúde pública de sua população.

A porta de entrada do sistema de saúde deve ser preferencialmente a Atenção Básica (postos de saúde, centros de saúde, unidades de Saúde da Família, etc.). A partir desse primeiro atendimento, o paciente, quando necessário, é encaminhado a outros serviços de maior complexidade da saúde pública (hospitais e clínicas especializadas).

Nas mudanças em andamento no Brasil, percebe-se como foco a formação médica voltada para a formação profissional mais humanizada, com uma abordagem da saúde de modo integral, com a incorporação de valores sociais e da concepção integral do ser humano, tirando o foco apenas da doença – é o perfil do médico necessário ao sistema de saúde em nosso país. Já na Espanha, o processo de mudanças em andamento tem como foco formar um médico mais competitivo para um mercado internacional. Visa supri-lo de habilidades e competências que permitam a ele se destacar em diferentes contextos – é o investimento na economia do conhecimento.

As finalidades das mudanças são diferentes, mas os caminhos são semelhantes, uma vez que o modelo de formação médica que tem perdurado em ambos os casos é o mesmo. Diante disso, há que se buscar novas práticas e racionalidades próprias do modelo tradicional de

³⁷ Os conselhos de saúde são compostos por representantes dos usuários do SUS, dos prestadores de serviços, dos gestores e dos profissionais de saúde.

formação médica, o qual tem atuado como obstáculos concretos para que se consiga instituir novos perfis profissionais na medicina.

4 OPÇÕES METODOLÓGICAS

Recentes alterações na legislação, que orienta e regula a formação médica no Brasil e na Espanha, provocaram mudanças nos cursos de medicina nos dois países a fim de adequar seus cursos à formação de um novo perfil médico. As mudanças em andamento na formação médica afirmam avançar no sentido da inovação para formar um profissional médico que corresponda às demandas atuais na atenção à saúde. Tais mudanças promoveram reorganização curricular, criação de novas disciplinas, uso de novas tecnologias, em alguns casos adaptações pedagógicas, além de disputas em defesa do velho e do novo padrão de formação médica. E, possivelmente, uma série de situações e interações entre os envolvidos no âmbito da formação e da atuação médica.

O cenário atual nos cursos de medicina coloca a universidade e a formação médica diante do grande desafio de efetivar as mudanças previstas na lei e obter reconhecimento positivo a partir da concretização das mesmas por parte da sociedade como um todo. Com a finalidade de promover a reflexão sobre o processo rico e desafiador para o ensino superior e a formação médica, elaborei minha questão de pesquisa:

Inovações pedagógicas, enquanto ruptura, emergiram no processo de mudanças impostas na formação médica nos casos estudados?

4.1 OBJETIVOS DA PESQUISA

Procurei responder à questão de pesquisa a partir do desenvolvimento dos seguintes objetivos:

OBJETIVO GERAL

- Verificar, nos processos de mudanças em andamento, a emergência de inovações pedagógicas como produtoras de novas práticas médicas nos cursos observados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os contextos observados, identificando a construção de processos inovadores;
- Verificar na participação dos atores, a existência de protagonismo e partilha de saberes e poderes;

- Identificar, nas práticas pedagógicas observadas, a ocorrência de inovação enquanto ruptura com os paradigmas tradicionais da formação médica;
- Analisar, nos casos estudados, a emergência de um outro modelo de formação médica.

4.2 SUJEITOS DA PESQUISA

No estudo de caso brasileiro participaram da pesquisa cinco professores do curso de medicina da UFFS, sendo três deles médicos e dois com formação em outras áreas. Eles atuam nas duas disciplinas que foram objeto de estudo nesta tese. No estudo de caso espanhol, foram seis professores da disciplina IBNT do curso de medicina da UVa. Dois professores têm formação médica, mas apenas um atua como médico e docente, o outro atua somente como docente. Os outros quatro docentes possuem formação na área das ciências biológicas. Todos os seis são professores na outra disciplina objeto de estudo nesta tese. A participação na pesquisa destes sujeitos foi através de entrevistas (Anexo A e B) realizadas com todos os 11 professores nos dois casos e, com alguns deles, com observação de suas aulas.

Os estudantes que participaram na pesquisa responderam ao questionário da pesquisa (Anexo C e D). No caso da UFFS foram no total 54 alunos de duas turmas diferentes, do 3º e do 5º semestre, do curso de medicina. Na UVa, somente 11 alunos do segundo ano do curso de medicina responderam ao questionário da pesquisa. Foi bastante difícil conseguir a participação dos alunos espanhóis. Do currículo da Universidade Federal da Fronteira Sul foram selecionadas as disciplinas de Saúde Coletiva e Seminário Integrador e na Universidade de Valladolid a disciplina Inovação Biomédica e Novas Tecnologias.

4.3 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Os procedimentos adotados para a realização do estudo de caso na pesquisa foram: observação e participação nos contextos dos cursos estudados; coleta de dados junto aos sujeitos da pesquisa; consulta a documentos das instituições e publicações em sites oficiais; consultas a materiais bibliográficos; e, registro fotográfico de alguns locais das aulas observadas (fotos nos Anexos E e F). Foi feita entrevista com docentes e aplicação de questionário composto de questões abertas e semiabertas aos alunos.

4.4 CARACTERIZANDO A PESQUISA

Esta pesquisa de natureza qualitativa está apoiada na concepção de estudo de caso apresentada por Yin (2005), como um estudo que se baseia no trabalho de campo descritivo, no qual além de descrever uma situação, interrogá-la e confrontá-la com outras já conhecidas e com teorias existentes, poderá contribuir para gerar novas questões de pesquisas futuras. Também Stake (2010) reforçou a escolha metodológica desta tese, ao justificar o porquê do estudo de caso ele afirma que os programas e processos, assim como as pessoas, se assemelham de certa forma, mas também de certa maneira são únicos e, neste sentido, é interessante conhecer o que eles têm de único e o que eles têm em comum para compreendê-los e aprender a partir de suas experiências.

Na análise dos casos foi utilizada a metodologia comparada, como ferramenta que auxilia a compreensão dos significados das ações e relações de fatos não quantificáveis, comparando semelhanças e diferenças recíprocas para posteriormente interpretar o significado das diferenças entre os contextos. O método comparativo em pesquisa de práticas sociais pertencentes à mesma categoria, mesmo em contextos diferentes, favorece para liberar do etnocentrismo e do uniforme. Ao mesmo tempo, mostra a pluralidade ou a diversidade, destacando a importância do acontecimento e da ação. Segundo Badie e Hermet (1993), ao se permitir comparar, compreender e interpretar uma determinada situação, não se limita a concepções universalistas ou etnocêntricas, mas amplia-se o campo de visão e de interpretação sobre aquela situação.

4.5 CAMINHO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Para o desenvolvimento desta tese foram construídos dois estudos de caso a partir de diferentes experiências de formação médica na educação superior. A primeira experiência escolhida foi o curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), no campus de Passo Fundo. Na proposta inicial da tese, pretendia-se comparar a experiência da UFFS, que iniciou um curso de medicina, o primeiro no Brasil a implantar a orientação dos novos parâmetros curriculares, com a experiência da formação médica na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, uma faculdade de medicina centenária e reconhecida nacionalmente.

No entanto, em razão do estágio doutoral que fiz na Espanha entre setembro de 2014 e

julho de 2015, proporcionado pelo Programa Erasmus Lindo³⁸, mudei o enfoque comparativo. Neste estágio acompanhei a disciplina Inovação Biomédica e Novas Tecnologias (IBNT) na Universidade de Valladolid e vi nesta experiência a oportunidade de construir um segundo estudo de caso para minha tese e ampliar a reflexão sobre as mudanças que estão ocorrendo na formação médica no Brasil e na Espanha.

Por tratar-se de duas experiências reais em andamento, os casos foram construídos a partir dos dados coletados em observações de aulas, saídas de campo dos alunos, trabalhos realizados em laboratórios e reuniões dos professores. Entrevistei professores envolvidos diretamente nas experiências observadas e apliquei questionários semiestruturados aos alunos das disciplinas observadas. Consultei documentos e informações em reportagens, artigos e notícias divulgadas em sites oficiais das universidades pesquisadas, sites de notícias e matérias jornalísticas e sites oficiais de órgãos governamentais do Brasil e Espanha.

Os casos foram construídos contemplando os seguintes aspectos:

- O contexto no qual se insere cada uma das experiências e os aspectos históricos e recentes que se relacionam ao cenário atual da formação médica nos dois países;
- Recursos humanos envolvidos diretamente com o processo de formação médica, em especial professores e alunos que são os atores centrais, mas não os únicos agentes da implementação das mudanças e da inovação deste processo pedagógico;
- Mudanças realizadas nas universidades, nos currículos, em nível pedagógico, estrutural e de recursos humanos, para dar conta das demandas previstas nas novas orientações sobre formação médica.

³⁸ “MUNDUS LINDO é um consórcio Erasmus Mundus que compreende 20 universidades: sete universidades europeias e 13 latino-americanas, das quais três são brasileiras. O projeto, coordenado pela Universidade de Valladolid (Espanha), oferece bolsas para mobilidades de graduação e de técnicos-administrativos e para doutorado completo em universidades europeias” (UFRGS, n.p., s./d.).

5 DESENVOLVIMENTO

5.1 ESTUDO DE CASO NO BRASIL

Mudanças na formação médica foram instituídas no Brasil com a aprovação de uma nova política pública de saúde: a criação do Mais Médicos e a revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina. O Programa Mais Médicos tem seu desenvolvimento sustentado em três pilares que constituem os eixos das ações previstas. São eles: a contratação emergencial de médicos; a expansão do número de vagas para os cursos de Medicina; e, a oferta de residência médica em diversas regiões do país. O currículo do curso de medicina sofreu alterações significativas a partir da aplicação das orientações das novas DCN para cursos de graduação em medicina. A ênfase na formação médica passou a ser preparar o futuro médico para o atendimento mais humanizado, com a valorização da Atenção Básica (BRASIL, s./d.).

Segundo informações do Governo Federal brasileiro, a situação de ineficiência em que se encontrava o atendimento à saúde demandava uma intervenção por parte do Governo. Diversas evidências comprovavam a necessidade do Programa Mais Médicos, dentre elas: a insuficiência de médicos para preencher os diversos postos de trabalho, expresso no número de médicos disponível para cada mil habitantes, que em diversos estados brasileiros está abaixo do recomendado; a expansão dos serviços públicos de saúde e a conjuntura do Brasil que, conforme estabelece a Constituição Federal de 1988, coloca a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Com base nas evidências acima, o Governo Federal lançou o Programa Mais Médicos através da Medida Provisória nº 621 de 07/07/2013 e da Lei nº 12871 de 22/10/2013. A partir desta Lei, o Governo brasileiro passou a regular a oferta na graduação médica do país. O Programa tem como objetivo responder às demandas do contexto atual da saúde no Brasil, formando maior número de médicos e providenciando para que haja o preenchimento de vagas em todas as unidades de atendimento à saúde do país.

Com a ampliação da formação voltada para a Atenção Básica em saúde, o Programa visa preencher a demanda de médicos no Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo e ampliando a melhoria da infraestrutura do SUS em áreas periféricas das grandes cidades e em regiões mais pobres e afastadas do país, as quais apresentam maior carência de atenção à saúde, tanto no que diz respeito à infraestrutura, como de recursos humanos.

Foi neste contexto pós implantação do Mais Médicos que foi criado o curso de medicina na Universidade Federal Fronteira Sul (UFFS).

5.1.1 Universidade Federal da Fronteira Sul

A Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) é uma instituição de ensino superior pública e popular³⁹. Foi criada pela Lei nº 12.029 de 15 setembro de 2009. A UFFS está localizada na mesorregião⁴⁰ Fronteira do Mercosul que abrange três estados do Brasil, o sudoeste do Paraná, oeste de Santa Catarina e noroeste do Rio Grande do Sul, e atende a população de 396 municípios da Fronteira Mercosul. A Universidade conta com seis campi: Chapecó, no estado de Santa Catarina, onde está a sede da UFFS; Realeza e Laranjeiras, do Sul no estado do Paraná; e, Cerro Largo, Erechim e Passo Fundo, no estado do Rio Grande do Sul. No conjunto, tem 39 cursos, sendo medicina o mais recente.

A região onde se localiza a UFFS apresenta uma identidade histórica e cultural marcada pela imigração europeia e também pela presença de populações indígenas e quilombolas marginalizadas pelo processo de colonização. Economicamente, a região tem base na agropecuária e na agroindústria. O município de Passo Fundo, onde está o campus do curso de medicina da UFFS, localiza-se no centro-norte do Estado do Rio Grande do Sul, região conhecida como Planalto Médio. Passo Fundo tem uma população superior a 193 mil habitantes, é considerada a cidade-polo entre os 100 municípios que compõem a região. Passo Fundo é o terceiro polo de saúde da Região Sul, atrás de Porto Alegre e Curitiba⁴¹.

Tendo por referência a definição de “cidades médias”, segundo de Sposito, Sposito e Sobarzo (2006, p.175), como cidades que desempenham papéis regionais ou de intermediação em uma rede urbana, Passo Fundo é considerada uma cidade média com funções comerciais, de serviços e de apoio ao agronegócio. Passo Fundo constitui uma região de influência que abarca uma população de mais de 1 milhão de habitantes e 132 municípios.

A mesorregião Fronteira do Mercosul, onde se localiza Passo Fundo, representa menos de 10% do PIB da Região Sul e a renda *per capita* atinge cerca de apenas 60% do índice desta região (IBGE, 2010). A situação desfavorável economicamente dificulta o acesso da população

³⁹ Assim denominada em razão de sua origem, nascida da organização dos movimentos sociais e das lideranças políticas e comunitárias, em defesa de educação pública, gratuita e de qualidade.

⁴⁰ Mesorregião é uma subdivisão dos estados brasileiros que congrega diversos municípios de uma área geográfica com similaridades econômicas e sociais, que por sua vez, são subdivididas em microrregiões (Google)

⁴¹ Segundo o Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da UFFS (2012).

mais pobre ao Ensino Superior pago. E a expansão do Ensino Superior na Mesorregião, entre os anos de 2001 e 2010, não atingiu as metas estabelecidas pelo Plano Nacional de Educação.

O ensino superior na região teve início a partir de iniciativas locais na década de 1950, com a instalação de diversas universidades comunitárias⁴² e várias faculdades isoladas. A UFFS foi a primeira universidade federal a se instalar na região, o que aconteceu em 2009. Sua criação foi consequência da mobilização e organização dos movimentos sociais e das lideranças políticas e comunitárias da mesorregião Fronteira do Mercosul, por isso nasce com a missão de atender aos grupos sociais mais excluídos. Sua criação expressou a capacidade de mobilização dos atores sociais em defesa dos ideais de emancipação social, democracia, igualdade, respeito à diversidade, cidadania e direito à educação pública, gratuita e de qualidade. A UFFS nasceu de “fora para dentro” (COEPE, 2010, p.9), e “opondo-se à reprodução das desigualdades que provocaram o empobrecimento da região” (PROJETO PASSO FUNDO, 2012, p.10).

A UFFS⁴³ afirma o compromisso com as comunidades, expresso nos seguintes objetivos da instituição: democratização do acesso e permanência das camadas populares historicamente excluídas; democratização do acesso à Educação Superior com qualidade e à promoção da justiça social; e, organização diversificada do currículo, mediada pela educação geral e pela educação especializada. A UFFS iniciou suas atividades no primeiro semestre de 2010, abrindo processo seletivo para os 39 cursos previstos no projeto inicial, num total de 2.160 vagas ao ano. No ano de 2012, a UFFS contava com um total de 5391 alunos distribuídos em 33 cursos oferecidos entre seus *campi*.

5.1.2 O Curso de Medicina da UFFS/PF

O curso de medicina na UFFS foi implantado a partir da participação da universidade no Plano de Expansão da Educação em Saúde – Plano Nacional de Expansão do Curso de Medicina, instituído pela Portaria do MEC nº 109, de 05 de junho de 2012. O Campus em Passo Fundo, abrigando o curso de bacharel em Medicina, foi criado em 24 de julho de 2013 e se insere na política de expansão de vagas e criação de novos cursos de medicina prevista no

⁴² As instituições de ensino superior denominadas comunitárias são instituições que prestam serviços de interesse público, como educação e saúde à população. São criadas pela sociedade civil e pelo poder público local, não possuem fins lucrativos e têm gestão democrática e participativa. São consideradas instituições públicas não-estatais e, acima de tudo, são reconhecidas pelas comunidades como importantes para o desenvolvimento da região. No Rio Grande do Sul existem 12 instituições comunitárias, dentre elas a Universidade de Passo Fundo (UPF) na região onde está a UFFS (PORTAL DAS INSTITUIÇÕES COMUNITÁRIAS DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, s./d.).

⁴³ Conforme consta no Projeto Passo Fundo (2012).

Programa “Mais Médicos”, cuja orientação do projeto pedagógico para os novos cursos de medicina é priorizar a formação voltada ao atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS). (AGÊNCIA BRASIL, 2014)⁴⁴.

A justificativa para a criação do curso de medicina da UFFS em Passo Fundo foi, segundo a equipe coordenadora do Projeto Pedagógico da UFFS: pela necessidade de formação de profissionais para atuar no cuidado integral à população brasileira; profissionais capazes de trabalhar em equipe e nos espaços tradicionalmente desassistidos do SUS; pela inexistência de curso de medicina público na região; pela falta de médicos e outros profissionais da saúde em muitos municípios da região; pela estrutura e articulação da UFFS com a rede assistencial do SUS; e, por Passo Fundo possuir uma logística de atendimento capaz de acolher as demandas formativas com base nos critérios que o MEC exige (UFFS, 2012).

O campus Passo Fundo, que abriga o curso de medicina, está localizado no Seminário Nossa Senhora Aparecida, pois não possui sede própria. As aulas teóricas e de laboratório são ministradas no Seminário, em parte do prédio alugada pela UFFS. O local foi adaptado e está equipado com salas de aula, laboratórios e biblioteca. As disciplinas práticas e a residência médica podem ser realizadas em locais que a universidade possui convênios, sendo alguns: dois hospitais-escola – o São Vicente de Paula e o Hospital da Cidade – e com o hospital municipal Doutor César Santos, onde os estudantes vão estudar outros pontos do currículo e no quinto ano do curso terão aulas práticas.

A proposta pedagógica do curso de graduação em medicina na UFFS tem como pressupostos básicos o direito universal à saúde e a atenção integral, equitativa e de qualidade, contribuindo no fortalecimento da participação e autonomia dos sujeitos na produção da sua própria saúde individual e coletiva.

O processo pedagógico pauta-se pelo desenvolvimento de competências gerais e habilidades específicas. Todo o processo ocorre na articulação entre teoria e prática e na atuação em equipes de promoção, prevenção e reabilitação da saúde, observadas as dinâmicas de organização social, o pluralismo e a diversidade cultural (UFFS, 2014).

O objetivo geral do curso de medicina da UFFS, de acordo com seu Projeto Pedagógico é:

Promover a formação médica onde a humanização seja aliada ao desenvolvimento científico e tecnológico e o objeto da prática seja a necessidade das pessoas e das comunidades, onde os médicos sejam capazes de atuar em todos os níveis de atenção integral à saúde, em equipes multiprofissionais, de modo ético, como agentes de transformação social, comprometidos com o desenvolvimento da pesquisa e da ciência médica, com a evolução das condições sanitárias da população, com a proteção

⁴⁴ Disponível em: <http://www.ebc.com.br/> (Consulta em 16/04/2014).

ao meio ambiente, a preservação da saúde, a prevenção de doenças e com o combate e tratamento das patologias prevalentes no contexto geopolítico da UFFS⁴⁵.

Dentre os objetivos específicos destacam-se:

- Articular atividades formadoras do curso com as demandas do Sistema Único de Saúde;
- Integrar ensino, pesquisa e extensão, vinculando ciência médica e promoção da vida social;
- Estimular compromissos sociais do profissional médico e promover sua fixação regional;
- Formar médicos na perspectiva da integralidade da atenção da saúde;
- Estimular a comunicação e adequada relação do profissional da saúde com as diferentes formas de expressão do ser humano;
- Promover o compromisso de trabalho em equipe multiprofissional e formas de atuação coletiva, colaborativa, participativa, efetiva e eficaz.

O curso de medicina da UFFS possui carga-horária total de 8.280 horas. O currículo da graduação em medicina, assim como todas as graduações da UFFS, está organizado em três grandes domínios: Domínio Comum; Domínio Conexo; e, Domínio Específico.

- **Domínio Comum:** abrange as disciplinas cursadas pelos estudantes de todos os cursos de Graduação e tem por finalidade proporcionar aos estudantes o seu desenvolvimento enquanto seres humanos capazes de intervir ativa e criticamente em qualquer contexto ou atividade sócio profissional.
- **Domínio Conexo:** abrange as disciplinas de conhecimentos situados na interface de vários cursos, as quais possibilitam a visualização de interesses comuns e congrega elementos promotores da integração curricular e do princípio da interdisciplinaridade.
- **Domínio Específico:** abrange um conjunto de atividades, como disciplinas, seminários, oficinas e atividades curriculares complementares, visando o aprofundamento de conhecimentos próprios, de cada área do conhecimento e de processos formativos.

O Perfil do formando egresso/profissional que o curso de medicina da UFFS visa formar é o médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, apto a atuar em todos os níveis de atenção integral à saúde, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania e a promoção de todas as formas de vida e de saúde integral do ser humano (UFFS, 2014).

⁴⁵ Definição retirada do documento Componente curricular Saúde Coletiva.

Abaixo, alguns dos conceitos que sustentam a formação do profissional médico na UFFS⁴⁶:

- Saúde: expressão das condições de vida e trabalho, expressando as determinações das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso às ações e serviços de saúde;
- Integralidade: necessidade que seus profissionais sejam responsáveis e comprometidos com a organização dos sistemas e serviços de saúde, para que atuem com base nos princípios e diretrizes do SUS;
- Trabalho em Equipe: capacidade de interação entre os diferentes sujeitos da equipe, fluxos intensivos de comunicação e o matriciamento dos saberes para a realização do trabalho;
- Educação Permanente em Saúde: contribuição do ensino para a construção do SUS e das práticas de atenção e de gestão compatíveis com a proposta nas políticas de saúde. Produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, associados à vivência da realidade pelos atores envolvidos, utilizando os problemas do cotidiano do trabalho e as experiências desses atores como base para interrogação e o desencadeamento das mudanças;
- Educação Popular em Saúde: prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS;
- Humanização do Ensino Médico: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Autonomia e protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva, provocando inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão;
- Formação generalista: formação geral do médico, privilegiando a possibilidade ao educando de ter uma visão geral do mundo e da profissão;
 - Participação Interativa: a proposta pedagógica prima por estratégias nas quais o aluno participe ativamente de seu processo de formação;

⁴⁶ Informações retiradas do Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UFFS (2012). Optei por selecionar alguns conceitos para a pesquisa e resumi as informações em cada um dos conceitos.

- Integração interdisciplinar e desfragmentação dos saberes: formação do profissional médico com a articulação de conhecimentos científicos de diversos campos do saber em uma abordagem interdisciplinar;
- Cenários de aprendizagem e integração ensino-serviço-comunidade: cooperação entre a universidade, os serviços e a comunidade, num convívio com a realidade social, através da prática com problemas reais, criando novos espaços de aprendizagem e de debates e desenvolvendo responsabilização social.

5.1.2.1 Política de Ingresso na UFFS

A seleção dos candidatos em todos os cursos de graduação se dá através do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM). A UFFS adota integralmente a lei de reserva de vagas nas instituições federais, em obediência à Lei nº 12.711/2012, ao Decreto nº 7.824/2012 e à Portaria Normativa do MEC nº 18/2012. A reserva de vagas é de no mínimo 50% para candidatos oriundos do ensino médio público. A UFFS considera a distribuição das matrículas no ensino médio por categoria administrativa, como referência geral para distribuição de vagas em seus cursos, nos três estados da Região Sul do Brasil.

No Censo Escolar (INEP; MEC, 2011), a distribuição ficou como mostra o quadro abaixo:

INSTITUIÇÕES	PARANÁ	RIO GRANDE DO SUL	SANTA CATARINA
Escola Pública	87%	89%	86%
Escola Privada	13%	11%	14%

Quadro 1 – Distribuição de matrículas no ensino médio por categoria administrativa das instituições, nos estados da Região Sul do Brasil – Censo Escolar 2011.

Fonte: Cartilha - Política de Ingresso na Graduação da UFFS⁴⁷

A UFFS adota uma reserva de 5% das vagas para o aluno que cursou parcialmente o ensino médio em escola pública ou em instituições privadas mantidas em parte por recursos públicos, mas estas vagas não se inserem na Lei de reserva de vagas. Esta reserva de 5% é tirada em uma parte (4%) do segmento integralmente público e a outra parte (1%) do segmento de ampla concorrência em cada estado (PR, RS e SC). Das vagas destinadas a candidatos que cursaram todo o ensino médio em escola pública, 50% são destinadas a alunos com renda bruta per capita na família igual ou inferior a um salário mínimo e meio.

⁴⁷ Disponível em: <uffs.edu.br>.

A reserva de vagas para autodeclarados pretos, pardos e indígenas leva em conta o percentual identificado pelo Censo mais recente do IBGE para cada estado da Federação. De acordo com o Censo de 2010, os índices de autodeclarados em cada estado da região Sul foram: 29% no Paraná; 16% em Santa Catarina; e, 17% no Rio Grande do Sul⁴⁸. A reserva é para candidatos que cursaram integralmente a escola pública. O percentual indicado pelo Censo em cada estado é aplicado para reserva de vagas para candidatos que se enquadrem em renda familiar bruta per capita igual ou inferior a um salário mínimo e meio e o mesmo índice percentual para reserva de vagas para candidatos que se enquadrem em renda familiar bruta per capita superior a um salário mínimo e meio, no segmento totalmente escola pública.

A Tabela 3 mostra a distribuição das vagas do primeiro ingresso e do segundo ingresso (2013/2 e 2014/2) no curso de medicina da UFFS/PF, seguindo a política de seleção mencionada acima.

Tabela 3 – Distribuição de ingressos em 2013/2 e 2014/2, por critérios de grupos.

Grupos	Distribuição vagas		Critérios por Grupos
	2013	2014	
L1	14	15	Renda familiar até 1,5 salários e escola pública
L2	4	3	Renda familiar até 1,5 salários, escola pública e auto declaração preto, pardo, indígena.
L3	14	15	Escola pública independente de renda
L4	4	3	Autodeclarados de escola pública independente de renda
AC	2	3	Ampla concorrência
A1	1	1	Cursado parcialmente em escola pública, ou bolsista

Fonte: Dados e informações utilizadas obtidas em estudo realizado por equipe docente e técnica da UFFS em 2015.⁴⁹

Em relação aos dados apresentados acima, verifica-se que 36 alunos do primeiro ingresso e 36 do segundo ingresso são originários da escola pública, estando equilibrada a distribuição por renda nos dois grupos. Um total de 14 alunos em 2013 e 15 alunos em 2014 são provenientes de famílias com renda até 1,5 salário mínimo. Os números de alunos se repetem em relação aos estudantes provenientes de famílias com renda superior a 1,5 salário mínimo.

Destaca-se que os autodeclarados pretos, pardos ou indígenas somam oito estudantes no

⁴⁸ Cartilha - Política de Ingresso na Graduação da UFFS, disponível em <www.uffs.edu.br>.

⁴⁹ Souza, Wust, Kremer, Pulga e Lousada (2015).

primeiro grupo (2013) e seis estudantes no segundo grupo (2014) que ingressaram pelo critério cor e escola pública. Representando, no primeiro grupo, 20% das vagas totais oferecidas no ano de 2013 e, no segundo grupo, houve uma redução para 15% das vagas preenchidas por cotistas com critério de cor somada à procedência de escola pública. Por fim, ingressaram três e quatro estudantes em 2013 e 2014, respectivamente, pelos critérios de livre concorrência, estudos parciais em escola pública ou bolsista. Os números da tabela acima indicaram coerência com o que expõe a lei de reserva de vagas adotada pela universidade.

No caso de algum dos segmentos sociais não obter acesso a pelo menos uma vaga na instituição, a UFFS prevê a criação de vagas suplementares a fim de garantir que todos os segmentos sejam representados. Por exemplo, o segmento pretos, pardos e indígenas pode sofrer distorções, pois uma vez que compõem um segmento único, somando os índices de pretos, pardos e indígenas, é possível que o estrato dos pardos monopolize as vagas ofertadas. Esta é uma das situações em que a UFFS prevê a criação de vaga suplementar para o estrato autodeclarado indígena e o estrato autodeclarado preto. No entanto, é necessário que pretos e/ou indígenas estejam inscritos e classificados e que não tenham sido selecionados para a matrícula. Esse dispositivo só entrará em funcionamento por ocasião do fechamento da última chamada para matrícula.

A partir do Edital nº 418/UFFS/2013, publicado no site da UFFS, foi realizada a chamada para vagas suplementares do processo seletivo UFFS MEDICINA/2013. Dois candidatos foram convocados para matrícula, um autodeclarado preto e um indígena, através do dispositivo previsto pela política de ações afirmativas da UFFS e previsto na Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. Segundo o Pró-reitor de Graduação, João Alfredo Braida, essa foi a forma que a UFFS encontrou para “garantir a presença desses grupos que, tradicionalmente, são mais excluídos nos cursos de graduação oferecidos pela UFFS” (UFFS, 2013).

5.1.3 Coleta e trabalho dos dados do caso da UFFS

No primeiro estudo de caso, Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, no *campus* de Passo Fundo, os dados da pesquisa foram obtidos a partir de entrevistas com cinco professores do curso de medicina da UFFS, observações de quatro aulas de duas disciplinas e aplicação de questionário com 27 alunos da primeira turma do curso, com ingresso em 2013/2 e 27 alunos da turma com ingresso em 2015/2. A participação dos sujeitos na pesquisa foi opcional, o convite para os alunos era feito pessoalmente no dia agendado previamente com os professores para observação das aulas e entrevista com o professor.

As disciplinas escolhidas para compor este objeto de estudo foram: Saúde Coletiva (observadas três aulas) e Seminário Integrador (observada uma aula). Selecionei estas disciplinas após consultar documentos do curso, tais como o plano de ensino e a grade curricular. Também tiveram influência na escolha as informações junto à coordenação do curso, assim constatei nas disciplinas formatos diferentes em relação à outras disciplinas do curso de medicina do curso da UFFS e de instituições mais tradicionais.

Observei três aulas da disciplina Saúde Coletiva e uma aula do Seminário Integrador, pois inicialmente planejei observar apenas a disciplina Seminário Integrador, contudo, após a observação da aula, soube que era a última aula naquele semestre. A disciplina não tem aulas regulares, tem um encontro no início do semestre, onde é apresentado o plano de aula e após, no final do curso, as turmas se encontram para apresentar o resultado dos estudos dos casos clínicos acompanhados ao longo do semestre. Diante disso, percebi a necessidade de selecionar uma segunda disciplina que pudesse acompanhar desde o início do semestre e que tivesse características inovadoras. Escolhi a Saúde Coletiva por perceber características vinculadas às orientações das novas diretrizes curriculares para a formação médica no Brasil, em especial na parte da imersão nas Unidades Básicas de Saúde do SUS.

A escolha das turmas e alunos para responder ao questionário de pesquisa foi pela coincidência de oportunidade e disponibilidade. Como o curso está localizado em Passo Fundo, distante de Porto Alegre, local em que resido, precisei adequar as idas a Passo Fundo no sentido de tirar o máximo proveito na obtenção de dados do campo e de informações dos atores envolvidos. Após a aplicação dos questionários para a primeira turma, percebi em comentários de alguns alunos críticas muito contundentes ao curso, o que me levou a selecionar outra turma, para fazer o contraponto com as opiniões da primeira turma.

Posteriormente, ouvindo professores nas entrevistas, os mesmos relataram mudanças no curso visando uma melhor adaptação e atenção às demandas e reivindicações dos alunos, surgidas ao longo do curso. Neste sentido, entendi que possivelmente uma turma com ingresso mais recente poderia ter uma visão diferente do curso, por não ter vivenciado a mesma situação. Foi então que optei por incluir a turma com ingresso no curso em 2015/2, pois poderia contrastar os relatos dos alunos de duas turmas, com intervalo de 4 semestres entre eles, no ingresso do curso.

5.1.3.1 Perfil dos alunos que participaram da pesquisa

Com base nos dados obtidos nos questionários dos alunos das duas turmas que

participaram da pesquisa, foi construído o perfil dos 27 alunos da primeira turma com ingresso em 2013/2 (**Quadro 2**) e dos 27 alunos da turma com ingresso em 2015/2 (**Quadro 3**).

Quantos alunos do sexo Feminino	Quantos alunos do sexo Masculino	Quantos alunos na Faixa etária de 20-25	Quantos alunos na Faixa etária de 26-40
15	12	17	10
Autodeclarados Brancos	Autodeclarados Pardos	Autodeclarados Pretos	Autodeclarados Indígenas
19	7	0	1
Procedência do Rio Grande do Sul	Procedência de Santa Catarina	Procedência do Paraná	Procedência de São Paulo
19	4	2	2
21 alunos cotistas 6 alunos não cotistas	1 aluno não declarou sua cor	14 alunos bolsistas 13 alunos não bolsistas	

Quadro 2 – Perfil dos alunos dos 27 alunos participantes da pesquisa, pertencentes à turma de 2013/2
Fonte: Dados do questionário respondido pelos alunos. Quadros elaborados por Campos, M.

Quantos alunos do sexo Feminino	Quantos alunos do sexo Masculino	Quantos alunos na Faixa etária de 19-24	Quantos alunos na Faixa etária de 25-38
18	09	26	1
Autodeclarados Brancos	Autodeclarados Pardos	Autodeclarados Pretos	Autodeclarados Indígenas
24	2	0	0
Procedência do Rio Grande do Sul	Procedência de Santa Catarina	Procedência do Paraná	Procedência de São Paulo e RJ
18	3	4	1 SP e 1 RJ
23 alunos cotistas e 4 alunos não cotistas	1 aluno não declarou sua cor	5 alunos bolsistas 22 alunos não bolsistas	

Quadro 3 – Perfil dos alunos dos 27 alunos participantes da pesquisa, pertencentes à turma de 2015/2
Fonte: Dados do questionário respondido pelos alunos. Quadros elaborados por Campos, M.

Analisando os dados dos quadros acima é possível perceber que os perfis dos alunos, nos dois grupos, diferem em algumas categorias: como no número de mulheres cursando medicina, no primeiro grupo, apresentam o dobro, em relação ao número de homens no segundo grupo. Nesse grupo também estão em maior número os alunos mais jovens, 26 deles têm entre 19 e 24 anos, e no mesmo grupo a idade máxima é 38 anos. No primeiro grupo, no primeiro quadro, as faixas etárias estão mais equilibradas com um predomínio de jovens entre 21 e 25 anos de idade, no entanto, com um número expressivo de pessoas com mais de 26 anos de idade, sendo a idade máxima de 40 anos.

O número de autodeclarados brancos aumentou bastante e o de pardos caiu no segundo grupo em relação ao primeiro grupo. Se manteve mínimo o ingresso de alunos autodeclarados

pretos e indígenas. Outro dado que chama bastante a atenção é o número de alunos bolsistas: no segundo grupo da turma de 2015/2 apenas cinco alunos têm algum tipo de bolsa, enquanto no primeiro ingresso em 2013/2 haviam 14 alunos com bolsa. De certo modo, o menor número de bolsas se explica pela redução do financiamento das bolsas, pois maioria das bolsas disponibilizadas são financiadas pelo Ministério da Educação (MEC) e as bolsas de pesquisa e extensão são financiadas por agências de pesquisa ou pela própria universidade, todas igualmente vinculadas ao financiamento público.

Outro dado relevante é o número de alunos que entraram por meio da reserva de vagas (cotistas) nos dois grupos. No segundo grupo houve um pequeno aumento de cotistas em relação ao primeiro grupo – dos 54 alunos que participaram da pesquisa, 10 deles afirmam não ter ingressado por meio de cotas. Em relação a reserva de vagas na UFFS, como apresentada anteriormente, cerca de 90% dos ingressos estão contemplados dentro de algum dos critérios de reserva de vagas, social e racial, as vagas restantes, são destinadas para alunos que tenham cursado o ensino médio parcialmente em escola pública ou bolsista em colégio privado e os de livre concorrência. Nos dados apresentados acima, não foi possível trabalhar com o número atual total de alunos nos dois ingressos (esta informação não foi disponibilizada), ficando a análise restrita aos dados disponíveis através do levantamento realizado.

Outra constatação é a predominância de estudantes moradores da região Sul (50 alunos). Os 4 alunos restantes nos grupos são procedentes da região sudeste do Brasil, um aluno do estado do Rio de Janeiro e três alunos do estado de São Paulo. Do Rio Grande do Sul são 37 alunos, como era de se esperar em virtude da própria localização do Campus, mas também da missão e finalidade social da UFFS, enquanto instituição popular voltada a atender a demanda por ensino superior público das comunidades locais da sua região de abrangência.

O curso de medicina da UFFS, campus de Passo Fundo, conta, neste ano de 2016, com um total de 148 alunos matriculados. Com base nas informações recebidas da UFFS⁵⁰, foi possível verificar que: 111 alunos se autodeclararam de cor branca; 29 alunos se autodeclararam pardos; dois alunos se autodeclararam de cor preta; um aluno se autodeclarou de cor amarela; um aluno se autodeclarou indígena; e quatro alunos não declararam sua cor.

5.1.3.2 Resultados dos questionários dos alunos que participaram da pesquisa

Responderam ao questionário 54 alunos do curso medicina na UFFS/PF pertencentes à

⁵⁰ Informações recebidas por e-mail do Coordenador Adjunto do Curso de Medicina da UFFS/PF.

duas turmas, 27 deles da primeira turma do curso, com ingresso em 2013/2, e 27 alunos da turma que ingressou em 2015/2. O questionário da pesquisa (Anexo C) foi composto de questões objetivas e de questões dissertativas, questionando sobre o curso de medicina da UFFS, sobre a experiência pessoal dos alunos no curso, sobre o perfil do médico a ser formado e sobre as disciplinas de Saúde Coletiva (SC) e Seminário Integrador (SI) que foram objetos de estudo nesta tese. Os comentários dos alunos são apresentados nos quadros abaixo, estão agrupados em 3 categorias, de acordo com o posicionamento dos alunos em relação às questões propostas. As três categorias são: Posição favorável e otimista em relação ao curso; Posição crítica, mas construtiva e consciente dos desafios de um curso novo; e, Posição de resistência ao formato do curso. Os alunos receberam e assinaram o Termo de Consentimento Informado (Anexo G).

Posição favorável otimista em relação ao curso	Posição crítica e consciente dos desafios de um curso novo	Posição de resistência ao formato do curso
<ul style="list-style-type: none"> - Curso novo, exige maior participação e envolvimento dos alunos; - Somos participantes ativos na construção da atividade de imersão; - O desafio aliar a demanda da saúde pública à demanda de disciplinas biológicas e à carga horária para ambos; - Nos estimulam a fazer o melhor para que o projeto dê certo e sofra os devidos ajustes; - Vivenciamos no curso constantes mudanças, visando melhorias; - Nos insere em contextos diferentes, além do médico-paciente; - A visão mais humana e ensina a lidar com dificuldades médicas, além de técnicas, como financeiras, ética, moral, gestão; - O diferencial é o ingresso de pessoas de origem humildes, que vai refletir no profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> - A primeira turma sofre acertos, erros, mudanças, frustração; - Dificuldade em adaptar as novas diretrizes curriculares, curso novo, universidade nova, muitos desafios, insegurança e dúvidas; - Dificuldades como espaço e currículo inusitado, mas problemas normais de uma faculdade nova; - Carência de recursos humanos, falta organização das disciplinas, pedagógicas e de serviços de saúde; - O contato com paciente cedo, mas pouca prática; - Inseguro com o currículo inovador, com as disciplinas técnicas está melhorando; - Experiência boa, com desafios e dificuldades bastante características dos demais estudantes desse curso; - Desafiadora tanto na vida pessoal, como na construção da vida profissional; - Demanda constante reavaliação e adaptação para melhorar; - Falta auxílio financeiro e pouca bolsa de pesquisa; - Dificuldade em ter aceitação da sociedade acadêmica; - Conteúdo da clínica é misturado o que dificulta a construção do raciocínio clínico médico; 	<ul style="list-style-type: none"> - O novo currículo do MEC deixa a desejar nas áreas biológicas e médicas; - O currículo mal projetado e pouco seguido; - Há falta organização e planejamento para implementar as diretrizes; - Ela sente-se discriminado pela etnia, por parte dos colegas, professores e funcionários; - O desafio é o modelo “inovador” do curso; - O curso iniciou com muita politicagem; - Os professores não estão bem capacitados; - A Saúde Coletiva é voltada para gestão pública e economia e não para a medicina; - Carga horária desnecessária no “Domínio Comum”; - O desafio ter que viajar toda a semana para outra cidade, correndo riscos e sem benefício acadêmico; - Pouca prática médica, pouquíssimo contato com paciente; - Experiência ruim, frustrante; - Pouco moderno em termos científicos; - Este curso foca demais na Atenção Básica, Filosofia, Direito e Cidadania; - Pouca carga horária das disciplinas básicas como anatomia e fisiologia, clínica não dividida de acordo com especialidades;

Posição favorável otimista em relação ao curso	Posição crítica e consciente dos desafios de um curso novo	Posição de resistência ao formato do curso
	<ul style="list-style-type: none"> - Uma visão pouco tradicional, com inclusão de disciplinas que não tinham antes, como a imersão; - A carga horária elevada de Saúde Coletiva; - Não vejo mudanças, o médico poderá ter visão mais humanista. 	<ul style="list-style-type: none"> - Muito enfoque na área humanística; - A teoria difere bastante, mas na prática é a mesma coisa; - O médico vai ter que correr atrás do que quer, ser especialista; - O médico buscará complementar a formação com a especialização para compensar as fragilidades do currículo; - A humanização, mas isso não está tendo êxito; - Igual a outras instituições só que com aversão à saúde da família e comunidades, pela enxurrada destas matérias no curso.

Quadro 4 – Experiência pessoal, desafios e dificuldades no curso (alunos da turma 2013/2).

Fonte: Quadro feito pela autora, a partir dos dados dos questionários dos alunos.

Em relação aos comentários acima, os alunos mais otimistas da primeira turma destacaram como positivo a protagonismo deles no curso, como participantes do processo de mudanças e adaptações do currículo. Sobre a experiência pessoal no curso, *“É desafiador por se tratar de uma universidade nova que vem seguindo diretrizes também novas na medicina, o lado positivo é a possibilidade dos alunos ajudarem na construção do modelo da Universidade”*. Se sentem corresponsáveis na criação das práticas na imersão.

Eles reconhecem, como diferencial no curso, a inserção em contextos diferentes *“além do médico-paciente”*, dessa forma identificam também a perspectiva desenvolvida no curso: *“visão mais humana e ensina a lidar com dificuldades médicas além de técnicas, como financeiras, ética, moral, gestão”*. O comentário de um aluno foi muito interessante: *“o diferencial é o ingresso de pessoas de origem humildes, que vai refletir no profissional”* – o que expressa a percepção do aluno em relação ao perfil diferenciado do profissional, em função de sua origem mais humilde, como ele referiu.

No segundo grupo de alunos se destaca a insegurança de ser a primeira turma, a incerteza diante do novo, o medo de não ser aceito e reconhecido pela comunidade acadêmica. Como diferencial, apontam uma *“visão pouco tradicional, com inclusão de disciplinas que não tinham antes, como a imersão”* e as dificuldades de se adaptar aos novos preceitos desta proposta diferente de formação médica, *“dificuldades como espaço e currículo inusitado, mas problemas normais de uma faculdade nova”*. No entanto, os desafios são encarados como crescimento, inclusive em nível pessoal. E queixam-se de dificuldades financeiras, poucas bolsas e auxílios para a manutenção e permanência no curso.

O terceiro grupo apresenta clara rejeição ao modelo do curso, ao formato curricular e aos preceitos da formação do novo perfil médico. *“Por ser a primeira turma tivemos muitos problemas, porém a maior dificuldade é o modelo inovador do curso”*. Apresentam rejeição ao formato inovador do currículo adotado pelo curso, os alunos demonstram estar focados na concepção da formação tradicional dos cursos de medicina, com ênfase nas disciplinas biomédicas e especialização, como demonstram seus comentários: *“este curso foca demais na Atenção Básica, Filosofia, Direito e Cidadania”*; *“pouca carga horária das disciplinas básicas como anatomia e fisiologia, clínica não dividida de acordo com especialidades”*. Priorizam as disciplinas biológicas, desprezam a proposta humanística do curso, por ter *“muito enfoque na área humanística”*. Um aluno em particular fez duras críticas à humanização empregada no curso, e este mesmo aluno, afirmou ser discriminado por sua etnia, por parte dos colegas, professores e funcionários.

Em relação à experiência pessoal no curso, os alunos menos favoráveis ao modelo do curso, da primeira turma, manifestam em suas opiniões o desejo por mudanças, pois o modelo e a proposta do curso não os agrada: *“Experiências ruins ou péssimas. O novo currículo e diretrizes do MEC deixa a desejar nas áreas biológicas médicas...”*; *“Infinitude de desafios, pouca estrutura, pouca oferta de auxílios, péssimas ou praticamente nenhuma opção de bolsas de pesquisa. Currículo ruim, mal projetado e pouco seguido”*.

Posição favorável e otimista em relação ao curso	Posição crítica e consciente dos desafios de um curso novo	Posição de rejeição ou resistência ao formato do curso
<ul style="list-style-type: none"> - Busca uma medicina mais humanizada que acrescenta bastante; - Estamos em processo de construção, mas acredito que se está criando um curso muito bom; - Experiência muito boa, fazendo muito amigos, aprendendo bastante; - Mostra um olhar mais cuidadoso sobre a saúde coletiva; - Curso excelente, todos se esforçam; - Experiência positiva, adorando conhecer o trabalho dos agentes de saúde; - Ótimos professores e serviços de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - As principais dificuldades são financeiras, o custo de vida aqui é muito elevado; - Dificuldades de administrar o tempo de estudo, carga horária extensa, muito conteúdo; - Desafios ser um curso novo, nova faculdade e a falta de tempo para estudar; - Desafio de mostrar para a região como a UFFS prepara bem seus alunos; - A faculdade já melhorou muito, mas ainda falta um pouco de informação aos estudantes; - Dificuldade de adaptação ao currículo. 	<ul style="list-style-type: none"> - As mudanças de currículo são um grande desafio, há uma redução acentuada nas disciplinas de fisiopatologia, dificultando a compreensão e a obtenção adequada desses conhecimentos, conteúdo das disciplinas humanas estão pouco adaptadas à área da medicina; - Infraestrutura precária, muita burocracia, organização deixa a desejar; - Há necessidade de melhorias e adaptações com carga horárias e matriz curricular, muita carga em matérias sem necessidade e menos para matérias importantes; - Um médico tecnicamente preparado e humanitário, nem sempre esse objetivo atinge a todos os alunos.

Quadro 5 – Experiência pessoal, desafios e dificuldades no curso (alunos da turma de 2015/2).

Fonte: Quadro feito pela autora, a partir dos dados dos questionários dos alunos.

Os comentários acima revelam maior confiança e otimismo por parte dos alunos em relação ao curso, também pouca rejeição ao modelo, e fazem elogios ao curso: “*curso excelente, todos se esforçam*”; “*ótimos professores e serviços de saúde*”. Como diferencial do curso apontam a humanização, a atenção à saúde coletiva, a proximidade com os agentes de saúde e a busca por “*uma medicina mais humanizada que acrescenta bastante*”. Os alunos se sentem bem no grupo e afirmam estar vivendo uma ótima experiência, destacando o diferencial da imersão como uma boa experiência. O restante dos alunos considera sua experiência pessoal no curso desafiadora e positiva, como no exemplo citado: “*Acredito ser uma grande experiência, pois entrei no mundo da medicina que abriu portas para novos conhecimentos incríveis*”.

Alguns alunos, em especial os que são naturais de outros municípios e estados, queixam-se de não haver bolsas de pesquisa e extensão para todos e o fato de os auxílios serem insuficientes para se manter. Alguns deles mencionaram que Passo Fundo é uma cidade com o custo de vida muito elevado. Nesta turma de 2015/2 houve uma redução real na concessão de bolsas: dos 27 alunos da pesquisa, apenas 5 alunos contam com algum tipo de bolsa. Enquanto nos alunos da primeira turma haviam 14 deles com bolsa, o que representa uma grande redução de oferta de bolsas. Mas isso não se deve à universidade e sim à redução de investimentos públicos no ensino e pesquisa de um modo geral, reflexo da crise econômica atual no país.

De modo geral, os alunos desta turma não fazem referência à insegurança de estarem em um curso novo, pois mostram-se mais confiantes e satisfeitos com o curso. O maior desafio para muitos alunos é o curso de medicina em si, ou seja, os muitos conteúdos e a elevada carga horária, sentem que falta tempo para dar conta de tudo. Outra dificuldade citada por alguns alunos foram os problemas na infraestrutura do curso e a distância do Seminário onde se localiza o campus – fora da área urbana e distante do centro da cidade.

O grupo menos favorável ao modelo do curso desta turma, fez referência ao currículo: “*as mudanças de currículo são um grande desafio, há uma redução acentuada nas disciplinas de fisiopatologia, dificultando a compreensão e a obtenção adequada desses conhecimentos, conteúdo das disciplinas humanas estão pouco adaptadas à área da medicina*”. As críticas negativas recaem nas disciplinas vinculadas à humanização no currículo.

De certa forma, alguns comentários negativos desta turma se assemelham aos da primeira turma do curso, porém com menor rejeição. Não se queixam do corpo docente, mas reivindicam maior ênfase nas disciplinas biológicas e chamam a atenção para a necessidade de adaptar as disciplinas de humanização à medicina. Considero que, apesar de certa resistência à proposta diferenciada do curso e de reivindicarem uma adequação do curso ao modelo

biomédico, não há uma rejeição total ao formato do curso, como evidenciado no grupo menos favorável da turma de 2013/2.

COMENTÁRIOS (alunos da turma 2013/2)	COMENTÁRIOS (alunos da turma 2015/2)
<ul style="list-style-type: none"> - O médico para atuar no SUS, com o diferencial de saber atender problemas de saúde da população e resolvê-los dentro do SUS; - Atendimento e acompanhamento do paciente desde o início; - Formação humanística, generalistas, atuar na atenção básica; - Inserção nas comunidades quilombolas, indígenas e na realidade do povo brasileiro; - Profissional mais crítico e produtivo em relação ao funcionamento do SUS; - Ver o paciente como um todo, além de tratar patologias, capaz de interagir no futuro de uma comunidade; - Profissional apto para trabalhar em qualquer área ou especialidade que optar; - Médico de família e comunidade para trabalhar nos municípios próximos da região; - Nesta fase do curso penso que vai ter médico elitista e outros médicos sociais; acho que ainda está em processo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Médico de família, para atenção primária e da saúde; - Especialista em saúde coletiva; - Médico mais humanizado; - Generalista médico de família e comunidade; - Médico preocupado com a promoção da saúde e com a prevenção da doença; - Um médico capaz de tratar com respeito e equidade; - Capaz de avaliar todas as áreas da vida do paciente; - Médicos preparados para atuar no SUS; - Médico mais inteirado da realidade da população; - Perfil para atuar na saúde primária, mas há espaço para formação especialista; - Médico que tem visão do indivíduo também, não só doença; - Médicos conscientes de seu papel social; - Que se preocupam com o paciente como um todo, melhor relacionamento e proximidade que colaboram no processo de cura.

Quadro 6 – Qual perfil médico a UFFS/PF está formando na opinião dos alunos

Fonte: Quadro feito pela autora, a partir dos dados dos questionários dos alunos.

Em relação ao perfil do médico, há certo consenso entre as opiniões dos alunos sobre o perfil proposto pelo curso e as áreas de atuação deste profissional médico: “*formação humanística, generalistas, atuar na atenção básica*”; “*médico de família e comunidade para trabalhar nos municípios próximos da região*”; “*médicos preparados para atuar no SUS*”. Um aluno foi mais cauteloso em seu comentário: “*nesta fase do curso penso que vai ter médico elitista e outros médicos sociais; acho que ainda está em processo*”. Um aluno da primeira turma mencionou que o ingresso de pessoas mais humildes ao curso, possivelmente, refletirá no profissional que sairá deste curso. Concordo com a observação deste aluno, alguns dos médicos formados neste curso, provavelmente, terão um perfil diferenciado do perfil elitista do médico que vem sendo formado em instituições que utilizam um currículo tradicional de medicina e costumam ser muito mais seletivas.

5.1.3.3 Avaliação dos alunos para disciplina de Seminário Integrador

A disciplina SI possui um crédito e é oferecida em todos os semestres durante o curso de medicina, indo desde o Seminário Integrador I até o VI, no presente momento de 2016/1. É

obrigatória em todos os semestres do curso, para todos os alunos. A disciplina é coordenada por um professor a cada semestre, os demais professores do curso orientam grupos de alunos durante o processo e participam das bancas de avaliação durante a apresentação. SI é uma disciplina que visa integrar todos os conteúdos aprendidos até o momento pelos alunos, ou seja, busca integrar e aplicar os conhecimentos e vivências adquiridos ao longo de todo o curso até aquele momento. Cada grupo é formado por alunos da mesma etapa, ou semestre. Cada grupo possui autonomia de escolher um caso real para estudo. O trabalho envolve a participação efetiva dos alunos, acompanhando o caso real escolhido para estudar e, ao final do semestre da disciplina, são feitas as apresentações à banca de professores que irá avaliar todo o processo a partir das apresentações dos casos estudados pelos grupos.

No quadro abaixo são apresentadas as avaliações dos alunos sobre a disciplina **Seminário Integrador**, que estão registradas como foram citadas pelos alunos. Foram destacadas as ideias centrais e que apareceram com mais frequência nos comentários dos alunos.

Alunos ingresso 2013/2	Alunos ingresso 2015/2
<p>Diferenças</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percepção real do meio profissional; extrapola a teoria, prática e exercício da medicina; integra matérias biológicas em um caso; mescla todos conhecimentos, correlação das disciplinas; - Bem estruturada por médicos e embasada em conhecimentos técnicos; integraliza os saberes de todas as áreas do conhecimento médico como tronco comum; - Leva em conta a vida do paciente e patologias; integração de conhecimentos da formação médica para fazer um cuidado mais amplo do paciente e ter um entendimento conjunto sobre isso; - Abordagem de todas as questões do adoecimento, saúde do paciente, para a conduta eficaz na melhora do paciente; é <u>inovadora</u>; - Visão ampliada do processo de saúde-doença do indivíduo e grupo; mostrar que teoria e prática não se separam e que os conteúdos aprendidos na universidade fazem parte de uma unidade só, o ser humano. <p>Contribuições</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisar e pensar sobre um caso clínico; desenvolvimento do raciocínio clínico e conduta; nos estimula a procurar informações; 	<p>Diferenças</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integrar de forma prática os conhecimentos das disciplinas estudadas; oferece uma percepção real do meio profissional, extrapola a visão teórica e pondo em prática o exercício da medicina; proporciona revisar os conteúdos; - Maior autonomia para os alunos escolher o caso clínico, integra várias disciplinas, liberdade de criar, gerenciarmos uns aos outros; - <u>Não é inovadora, pois inclui conteúdos de outras disciplinas que já existiam; inovadora, pois permite interagir com o caso clínico e com a vida profissional; inovadora, mas não exclusiva da UFFS; inovadora em relação à outras universidades, já deveria ser obrigatória em todos os cursos;</u> - É interessante por aproximar do paciente e praticar o que aprendemos; prepara o aluno para experiências futuras como médicos; <u>muito inovador e produtivo, tem a capacidade de buscar, raciocinar e aplicar o conjunto das disciplinas;</u> - <u>Inovadora porque mostra as inter-relações que o médico exercerá na profissão;</u> desenvolve o conceito de coletividade; <u>inovadora pois permite nos interessar e manifestar nossa opinião;</u> <p>Contribuições</p> <ul style="list-style-type: none"> - A partir dessa prática se pode inferir um diagnóstico melhor; maior interação com paciente e aprimorar a relação médico-paciente;

<p>nos faz ir além da patologia, é muito útil para integrar conhecimentos adquiridos;</p> <p>- Ajuda a perder o medo da plateia; amplia os conhecimentos de várias áreas e melhora a visão geral; ajuda a formação profissional e trabalho de grupo; contribui para o desenvolvimento das habilidades necessárias para elaboração do diagnóstico; contribuiu para a postura e didática de apresentação.</p> <p>Sugestão</p> <p>Formar grupos menores, pois consideram que os grupos têm muitos alunos.</p>	<p>- É muito produtiva, faz vivenciar e correlaciona o que estamos aprendendo com casos clínicos; estimula a buscar conhecimentos além do obtido em sala; aumenta a confiança do paciente no médico; aprender a apresentar casos clínicos a outras pessoas; aprender lidar com nervosismo nas apresentações, saber se colocar diante de uma situação formal; treinar para participar de congressos;</p> <p>- Desenvolver habilidades para atendimento e diagnóstico; aprender a trabalhar em grupo; desenvolver a comunicação, interação de informações e desenvolver olhar ampliado em relação ao paciente; obter raciocínio clínico.</p> <p>Sugestões (nenhuma)</p>
---	--

Quadro 7 – Como a Disciplina Seminário Integrador se diferencia, contribui para tua formação e como si pode melhorar?

Fonte: Quadro feito pela autora, a partir dos dados dos questionários dos alunos.

A disciplina de Seminário Integrador (SI) é bem avaliada pelos alunos das duas turmas. Quase todos os comentários foram positivos e fizeram muitos elogios à disciplina. Porém, algumas críticas negativas feitas representaram uma opinião individual e por isso não estão no quadro acima, como: *“O SI só gera brigas entre os alunos e estressa a todos. Para quem assiste as apresentações até vale a pena, mas no geral não, pois os alunos se estressam por 2-3 meses para os professores desqualificados desqualificarem as apresentações. A partir do 4º semestre melhorou muito porque professores médicos passaram a avaliar”* (aluno da primeira turma). Este comentário evidencia a preferência do aluno e, possivelmente, de outros colegas seus por professores do curso serem médicos, como se docentes de outras áreas não possuíssem a mesma qualificação para o curso de medicina.

Em relação a organização da disciplina houve um comentário dizendo que os alunos preguiçosos são favorecidos pelo trabalho em grupo, já que o trabalho é feito de maneira autônoma, sem a fiscalização direta do professor. Como a avaliação do trabalho do grupo é feita durante a apresentação dos resultados de todo o processo de acompanhamento e pesquisa realizada, então se um não faz sua parte, alguém deve fazer para não prejudicar todo o grupo. *“O SI obriga o aluno a buscar conhecimento por conta própria, entretanto por ser em grupos, alguns alunos são preguiçosos e acabam sobrecarregando os colegas”* (aluno da turma 2013/2). Um outro aluno da turma de 2015/2 mencionou que, embora goste do SI, não gosta do modo como é feita a avaliação, mas não especificou a razão.

Houve predomínio de elogios para o SI: *“O SI é inovador e bom por integrar as disciplinas biológicas (semiologia, microbiologia, clínica) de um caso de um paciente”* (aluno da turma 2013). *“SI permite discussão de casos clínicos juntamente com os professores médicos”* (aluno da turma 2013). *“SI é interessante para se aproximar dos pacientes e praticar o que*

aprendemos” (aluno da turma 2015). Destaquei esses comentários, pois representam a opinião de diversos outros alunos que afirmam gostar do SI por colocá-los em contato com a medicina clínica, pela integração dos conhecimentos das ciências da saúde e disciplinas biológicas e por terem contatos com pacientes e médicos.

Além da integração dos conteúdos, foi considerado como aspectos positivos de SI: autonomia na busca por novos conhecimentos através da pesquisa; adquirir maior segurança na apresentação de trabalhos; ampliar a visão sobre as patologias, sobre o processo saúde-doença; ajudar a ver o paciente como ser humano integral; melhorar a relação médico-paciente; por ensinar a trabalhar em grupo; aplicar a teoria na prática, etc.

As palavras 'caso clínico', 'estudo de um caso' e 'raciocínio clínico' estiveram muito associadas às qualidades da disciplina de SI atribuídas pelos alunos. De certa forma, confirmam-se os comentários da professora que observou sobre esta questão durante a entrevista, quando questionada sobre as diferenças do curso da UFFS em relação aos cursos tradicionais de medicina: *“O Seminário Integrador que era para ser com todo mundo, na verdade virou estudo de caso, na residência já se faz isso, com outro nome, uma hora por semana eles fazem isso, estudo de caso clínico”*. De acordo com ela, SI era para ter o diferencial de integrar todos os professores e alunos de todos os semestres e todos interagirem com os conteúdos desenvolvidos naquele semestre, em análise de situações de saúde ou casos clínicos. O que não se efetivou, pois na prática a disciplina SI é desenvolvida somente sobre estudos de casos clínicos.

Contudo, os alunos afirmam estar sendo beneficiados com o SI, pois muitos deles consideram a disciplina SI inovadora, pela integração de conteúdos de diversas disciplinas, pela integração de teoria e prática, por colocá-los em contato com a futura profissão e por estimular o raciocínio: *“[...] muito inovador e produtivo, tem a capacidade de buscar, raciocinar e aplicar o conjunto das disciplinas”* (aluno da turma 2015). O comentário de um aluno sobre inovação foi interessante, ele não considera a disciplina SI inovadora por ela incluir conteúdos de outras disciplinas que já existiam. A ideia de inovação subentendida no comentário dele, associa inovação à novidade, a criação de algo que não existia, quando na verdade a inovação pode estar no modo novo de fazer alguma coisa, levando em conta a intencionalidade do fazer. Embora a pergunta sobre inovação tenha sido feita igualmente para os dois grupos de alunos, a maior parte das opiniões foram manifestadas pelos alunos da turma de 2015.

5.1.3.4 Avaliação dos alunos para a disciplina de Saúde Coletiva

A disciplina Saúde Coletiva (SC) é obrigatória, oferecida em todas as etapas do curso de medicina na UFFS. Até o momento, 2016/1, são oferecidas Saúde Coletiva I, II, III, IV, V e VI. A disciplina possui oito créditos e carga horária semanal de oito horas/aula na parte teórica, em sala de aula, e 10 horas/aula de imersão ou vivência intensiva em unidades básicas de saúde do SUS. As imersões acontecem em geral quinzenalmente, mas quando tem imersão não tem a aula teórica.

As questões no questionário de pesquisa solicitavam aos alunos que apontassem diferenças da SC para outras disciplinas, que dissessem se consideram a disciplina inovadora e porquê, que apontassem contribuições da SC para sua formação e que fizessem sugestões para melhoria na SC. As opiniões dos alunos mencionadas com mais frequência foram registradas no quadro abaixo como foram citadas por eles. As informações estão agrupadas em duas colunas: na primeira coluna estão as respostas dos alunos da turma 2013/2 e na segunda coluna estão as respostas dos alunos da turma 2015/2.

Alunos que ingressaram 2013/2	Alunos que ingressaram 2015/2
<p>Diferenças</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>É inovadora, foge do padrão educativo de sempre, nos insere nas comunidades; não segue uma bibliografia; parte da imersão é inovadora, a teórica não;</u> - Oferece percepção real do meio profissional, extrapolando a visão teórica e colocando em prática o exercício da medicina; - A imersão visa ligar a prática e a teoria aos cuidados de saúde; com maior custo benefício; - É um fardo, as viagens arriscadas em estradas sem condições; é maçante, mal estruturada até o 5º semestre, espera-se que passe a agregar algo; - A imersão se diferencia pela prática em municípios menores que nem sempre se mostram produtivos; frustra, parece que estou em qualquer curso, menos na medicina, - Abrange todos os conteúdos e por isso é importante como forma de integração; dar atendimento mais personalizado para o paciente levando em conta aspectos de sua vida e patológico; - na relação médico-paciente, gestão da saúde; ênfase na Saúde Coletiva baseada em evidências, tratados e preventiva. <p>Contribuição</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aprender a trabalhar em equipe, unificar saberes, ver e tratar o indivíduo de forma diferenciada; ter noção do funcionamento desta (des) organização do sistema brasileiro de saúde, tanto público, como privado; - Proporciona o conhecimento sobre a saúde pública; é fundamental para o atendimento nas unidades de saúde; olhar o paciente como um ser complexo inserido em um ambiente e não uma única patologia. <p>Sugestões</p>	<p>Diferenças</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Inovadora, pois une conhecimentos; inovadora, pois alia teoria e prática nas imersões;</u> voltada para a formação de médico de família; percepção real do meio profissional; inserir no campo da prática, mostra a realidade e isto é muito positivo; voltada à atenção básica; - Às vezes é perda de tempo sem muito conteúdo; permite uma visão mais próxima do SUS, suas potencialidades e limitações; - <u>Inovadora, pois mostra um âmbito do exercício médico que outras matérias não mostram;</u> desenvolve o conceito de coletividade; oferece uma medicina mais prática de grande valia para nosso conhecimento médico; - Formar médico com uma visão mais ampla da realidade; maior humanização, entendimento da população e do território; formação mais prática, envolve todo o paciente e não só a doença; efetivo conhecimento prático <p>Contribuição</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecer as lutas das comunidades; conhecer como é o funcionamento do SUS, conhecer diferentes municípios e dar importância às comunidades; - Aprender a me relacionar com a comunidade; contato com o paciente e desenvolver habilidades para o atendimento; entender como a população é afetada no processo saúde e doença; imersão é importante para conhecer a

<p>- A matéria deve ser revista; equilibrar carga horária de Saúde Coletiva com Processos Biológicos; diminuir carga horária de disciplinas de Domínio Comum; alterar para modalidade EAD disciplinas não ligadas diretamente ao curso e agregar específicas ao curso; conteúdo maçante e repetitivo; atenção às matérias biológicas; aumentar práticas clínicas, melhorar as práticas na imersão e matérias da SC</p> <p>- Não ter viagens para estudar doenças; a metodologia deve ser modificada; mais objetiva e ansiamos por conteúdos práticos e reais; falta conteúdos importantes em clínica médica.</p>	<p>pluralidade social e econômica de diferentes comunidades.</p> <p>Sugestões</p> <p>- Reduzir a carga horária da parte teórica da saúde coletiva; ter mais imersão para ampliar o olhar médico diante da humanização;</p> <p>- Melhorar a adaptação do conteúdo das áreas humanas com a área biomédica, a carga horária é desproporcional; melhorar o conteúdo.</p>
--	---

Quadro 8 – Como a Disciplina Saúde Coletiva se diferencia, contribui para tua formação, e como SC pode melhorar?

Fonte: Quadro feito pela autora, a partir dos dados dos questionários dos alunos.

A Saúde Coletiva sofreu mais críticas negativas, do que a disciplina de Seminário Integrador. Na primeira turma, aparece rejeição ao formato da disciplina e críticas contundentes que não apareceram na segunda turma. Alguns alunos da segunda turma participante, consideram inovadora a parte da imersão/vivência da SC, pois os inserem nas comunidades, o que foge do padrão tradicional, *“é inovadora, pois mostra um âmbito do exercício médico que outras matérias não mostram”* (aluno da turma 2015). No entanto, alunos da primeira turma, consideram as viagens para imersão como um fardo e arriscadas (turma 2013). Já a parte teórica na SC não é inovadora segundo alguns alunos da primeira turma do curso, pois é tradicional e demasiada cansativa.

Algumas das críticas negativas, mais vezes mencionadas sobre a disciplina SC por alunos da primeira turma, foram sobre a carga horária considerada extensa e maçante e os conteúdos considerados desnecessários e inadequados, como mostram as colocações dos alunos (turma 2013): *“precisa ser mais objetiva e ansiamos por conteúdos práticos e reais”*; *“é maçante, mal estruturada até o 5º semestre, espera-se que passe a agregar algo”*; *“frustra, parece que estou em qualquer curso, menos na medicina, a única diferença é a imersão que é inovadora”*; *“muitas horas aula, muito maçante e repetitivo, mais atenção às matérias biológicas”*.

Nos comentários dos alunos da turma de 2015 não foram encontradas críticas negativas à disciplina. Eles valorizam a experiência da SC e muitos alunos a consideram inovadora por integrar conhecimentos e aliar teoria e prática nas imersões. Dentre alguns pontos destacados, pelos alunos da turma de 2015 como diferenciais na SC, está o contato com a realidade do SUS e a realidade das comunidades, assim, oferecer para a formação médica uma visão mais ampla da realidade. Também, de acordo com os alunos, a imersão da SC, acrescenta maior humanização na formação, *“melhora a relação médico-paciente, ensina a atender o paciente com amor”*; *“faz conhecer diversas realidades”*; *“permite uma formação mais prática, além*

da teórica convencional”; e, *“maior humanização, entendimento da população e do território”*.

Na primeira turma não têm só rejeição ao formato da disciplina SC, na verdade críticas negativas ferrenhas, vieram de um pequeno número de alunos, pois a maioria dos alunos identificam dificuldades, mas também aspectos positivos na SC que a diferenciam de outras disciplinas do curso. Algumas características da SC citadas por alunos da primeira turma: *“aprender a trabalhar em equipe, unificar saberes, ver e tratar o indivíduo de forma diferenciada; dar atendimento mais personalizado para o paciente levando em conta aspectos da sua vida e do patológico; saber de gestão da saúde e integração das áreas do conhecimento”*.

Das sugestões para melhorias na disciplina, o principal ponto reivindicado pelos alunos foi em relação à carga horária e conteúdo. Alunos da primeira turma (2013) sugeriram: *“equilibrar carga horária de Saúde Coletiva com Processos Biológicos”*; *“diminuir carga horária de disciplinas de Domínio Comum⁵¹; alterar para modalidade EAD disciplinas não ligadas diretamente ao curso e agregar disciplinas específicas ao curso”*; *“a qualidade da matéria dada deve ser revista”*; *“aumentar práticas clínicas, melhorar a qualidade das práticas na imersão e das matérias da Saúde Coletiva”*; e, *“não ter viagens para estudar doenças”*.

As sugestões apresentadas pelos alunos da turma de 2015 foram: *“melhorar a carga horária e o conteúdo”* (parte teórica) e *“ajustar a carga horária, e reduzir a carga horária da parte teórica da saúde coletiva”* (a parte teórica da SC é de oito horas/aula semanais, no mesmo dia em dois turnos, com intervalo de almoço ou janta e dois pequenos intervalos de lanche). Solicitaram, também, *“ter mais imersão para ampliar o olhar médico diante da humanização”* e *“melhorar a adaptação do conteúdo das áreas humanas com a área biomédica”*.

Em relação às colocações dos dois grupos de alunos sobre melhorias para a SC, há consenso entre as sugestões dos alunos em relação à carga horária da parte teórica que precisa ser revista. Há reivindicações de substituição dos conteúdos da SC por conteúdos biomédicos, contudo, isto vai contra os objetivos da disciplina e do curso da UFFS em formar um médico com um perfil diferenciado. Tais reivindicações demonstram resistência à proposta desenvolvida junto à SC, que é da humanização na formação médica, com a vivência do aluno durante sua formação junto às Unidades Básicas de Saúde, junto às comunidades e suas realidades. Além disso, a SC está desenvolvendo as orientações contidas nas novas Diretrizes

⁵¹ O Domínio Comum compõe um conjunto de conteúdos gerais de alta relevância para a formação acadêmica, cujo objetivo é o desenvolvimento de habilidades e competências instrumentais e intelectuais (científicas e morais) voltadas à formação humanística, crítica à consciência sobre as relações de poder, convívio humano, organização das relações de trabalho, produção e distribuição de bens materiais e simbólicos nas suas várias dimensões. Está dividido em dois grandes eixos: (a) contextualização acadêmica e (b) formação crítico-social (UFFS, 2012).

Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em medicina, aprovadas em 2014.

Foi possível observar, nos comentários sobre as diferenças da SC, que um grupo de alunos considera positivo aspectos que outros alunos consideraram negativos. Como exemplo, o aspecto humanizador e as imersões são considerados pontos positivos para a formação profissional do médico por alunos da turma de 2015, enquanto para um grupo da turma de 2013 são considerados negativos. Um aluno sugeriu “*melhorar a adaptação do conteúdo das áreas humanas com a área biomédica*”, possivelmente uma readequação, pois neste sentido, poderia agregar um melhor aproveitamento dos conteúdos e reduzir rejeições e críticas negativas. No entanto, atender as sugestões quanto a substituição de conteúdos da SC por conteúdo da área biológica descaracterizaria a proposta do curso e da disciplina de SC, que corresponde ao modelo de formação que se está buscando desenvolver no país a partir das novas DCN.

A partir das informações obtidas através dos comentários dos alunos no questionário de pesquisa, foi possível constatar que há dois padrões de opiniões e posicionamentos dos alunos em relação ao curso e em relação à disciplina de SC, especialmente. O primeiro grupo de alunos, da turma de 2013, possui opiniões mais críticas e negativas em relação ao curso do que os alunos da turma de 2015/2. Dentre os 27 alunos da turma 2015/2 surgiram críticas, mas nenhuma tão contundente quanto as que foram destacadas no primeiro grupo.

Dos 36 alunos que compõem a primeira turma com ingresso em 2013/2 no curso de medicina da UFFS, 27 alunos responderam ao questionário aplicado. Dos 27 alunos, 5 deles, cerca de 18%, apresentaram posicionamento negativo de rejeição ao formato do curso como um todo. As principais reclamações foram sobre o currículo, carga horária de algumas disciplinas, estrutura física e recursos, sobre a proposta de humanização do curso, a equipe docente e, especialmente, sobre a disciplina de Saúde Coletiva.

Diante da constatação da existência de cinco alunos da primeira turma que se diferenciavam muito em suas opiniões sobre o curso, dos demais alunos que responderam ao questionário de pesquisa busquei identificar aspectos que explicassem ou pelo menos ajudassem a compreender a razão do posicionamento daquele grupo de alunos mais críticos. Procurei verificar se eram comentários isolados e subjetivos ou se haveriam características sociais, econômicas e culturais em comum, relacionadas às opiniões semelhantes dos cinco alunos e diferentes nos demais. Passei a analisar os dados em grupos distintos dentro da mesma turma, um grupo dos cinco alunos mais críticos e o outro grupo dos 22 alunos mais otimistas em relação ao curso.

5.1.3.5 quem são os alunos da turma de 2013/2 que participaram da pesquisa?

Grupo dos 5 menos favoráveis: São cinco alunos, dois do sexo feminino e três do sexo masculino. Todos se autodeclararam brancos, têm idades entre 20 e 26 anos e são naturais do estado do Rio Grande do Sul de cidades de porte médio. Dois são bolsistas, recebem bolsa permanência do MEC, três não possuem nenhuma bolsa e todos os cinco alunos recebem auxílio dos pais para se sustentar ou são completamente sustentados pelos pais. Quanto a escolaridades dos pais, três pais possuem ensino superior completo, um ensino superior incompleto e outro ensino médio completo. Quatro das mães possuem ensino superior completo e uma, superior incompleto. A ocupação dos pais: um autônomo; um desempregado; um diretor financeiro; um funcionário público aposentado; e, um comerciante. Ocupação das mães: duas donas de casa; uma escritã; uma professora; e, uma funcionária pública. Um dos alunos não é cotista e os quatro restantes são cotistas.

Grupo dos 22 alunos mais otimistas: 13 são do sexo feminino e nove são do sexo masculino. Possuem idade entre 20 e 40 anos. Se autodeclararam brancos 14 alunos, sete alunos se autodeclararam pardos e um indígena. Metade dos alunos recebem bolsa (MEC, pesquisa, monitoria, extensão), 11 não recebem bolsa e todos contam com auxílio dos pais, amigos e outros familiares para se manter. São cotistas 16 alunos e seis declararam não ser cotistas. Catorze alunos são do estado do Rio Grande do Sul e oito alunos são de outros estados brasileiros.

Quanto à escolaridade dos pais, estão assim distribuídos: seis pais e cinco mães possuem o Ensino Fundamental (completo ou incompleto); cinco pais e cinco mães possuem o Ensino Superior (completo); 10 pais e 11 mães possuem Ensino Médio (completo); e, um pai e uma mãe possuem Pós-graduação. Quanto à ocupação dos pais: sete comerciantes, autônomos ou empresários; dois da área técnica da saúde; dois falecidos; três aposentados; dois professores; quatro marceneiros, motoristas, vigilantes ou pedreiros; um bancário; e, um agricultor. A ocupação das mães: seis são do lar ou exercem função de serviços gerais; uma é cabeleireira; duas são aposentadas; quatro são professoras; quatro são técnicas em serviços de saúde; três são secretárias; uma é funcionária pública; e, uma é comerciante.

No nível escolar dos pais, dos 22 alunos mais otimistas (turma 2013/2), chama atenção que muitos pais têm ensino fundamental completo ou incompleto, um maior número de pais com ensino médio completo e poucos com formação superior. Em termos percentuais, no grupo de pais dos alunos menos favoráveis, 100% das mães possuem ensino superior completo ou incompleto (uma); 80% dos pais (quatro) possuem ensino superior completo e um pai possui ensino médio. Comparando com os níveis percentuais de escolaridade dos pais dos 22 alunos

da primeira turma, cerca de 30% dos pais e mães possuem ensino superior completo, enquanto 50% dos pais e mães possuem ensino médio e cerca de 20% possuem o ensino fundamental.

5.1.3.6 Quem são os alunos da turma de 2015/2 que participaram da pesquisa?

O grupo é composto por 18 moças e nove rapazes, com idades entre 19 e 38 anos. Se autodeclararam de cor branca 24 alunos, dois de cor parda e um aluno não fez auto declaração. No grupo, 22 alunos não têm nenhum tipo de bolsa acadêmica, cinco alunos possuem algum tipo de bolsa (pesquisa, extensão, permanência), todos contam com auxílio dos pais e parentes. Dos 27 alunos desta turma, 23 são cotistas e quatro alunos não entraram por reserva de vagas. São 18 alunos do Rio Grande do Sul e nove de outros estados. Sobre o nível escolar dos pais: nove mães e 13 pais possuem ensino superior; cinco mães e um pai possuem pós-graduação; 11 mães e nove pais possuem ensino médio; e, duas mães e quatro pais possuem ensino fundamental. Em relação à ocupação dos pais: quatro são profissionais liberais (nenhum médico); oito são aposentados; sete são professores; três são funcionários públicos; 10 são empresários ou autônomos; três são bancários; cinco são do lar ou domésticas; três são comerciários; dois são agricultores; uma é manicure; um é chapista; uma é enfermeira; dois são técnicos de enfermagem; dois são militares; e um é policial militar.

Em relação ao perfil dos pais na segunda turma estudada, destaca-se o alto nível escolar de mais da metade deles, sendo que 14 mães e 14 pais possuem graduação, ou pós-graduação. Em relação à ocupação profissional dos pais, dos 27 alunos, boa parte deles estão em ocupações que demandam bom nível de formação escolar. E comparando os dois grupos, da turma de 2013/2 e 2015/2, percebe-se que os pais da segunda turma possuem maior nível educacional, que os pais dos alunos da primeira turma, e também, têm ocupações profissionais que demandam elevado grau de formação escolar.

5.1.3.7 Outras questões e comentários dos alunos da turma de 2013/2 e da turma 2015/2

A seguir apresento outras perguntas do questionário de pesquisa respondido pelos alunos. São quatro questões e as respostas foram assim agrupadas: **Grupo 5** é o grupo dos 5 alunos menos favoráveis ao modelo do curso; **Grupo 22** é o grupo de 22 alunos mais favoráveis, da mesma turma (2013/2); e **Grupo 27** dos alunos da turma de 2015/2. No final de cada questão teço alguns **comentários** sobre as respostas dadas pelos alunos.

1) Qual tua primeira opção de universidade? Por quê?

Grupo 5: Dos 5 alunos, apenas um aluno tinha a UFFS como primeira opção, pela localização mais próxima de onde mora. Os demais tinham por primeira opção outras instituições: UPF, UFSCPA e UFRGS. Os motivos eram a proximidade de moradia, o custo benefício, a qualidade e a tradição.

Grupo 22: Um aluno disse preferir a UFFS pela proximidade; dois alunos afirmaram preferir uma federal de qualidade; um aluno optou por outra universidade; e nove alunos não tinham preferência. O restante dos alunos não respondeu a esta questão, ou escreveu o curso “medicina”.

Grupo 27: Dos 27 alunos, 12 responderam que a UFFS foi a primeira opção, nove deles disseram que pela proximidade, outros disseram por ser uma universidade federal, um afirmou que gosta da universidade e o outro disse que é uma instituição de qualidade. Os 15 alunos restantes tinham outra primeira opção de universidade, apenas um disse que pelo renome, os demais que responderam disseram que a opção era por proximidade.

Comentários: Dentre os alunos do **Grupo 5**, todos tinham opiniões definidas sobre qual era a primeira opção de universidade em que queriam estudar. Apenas um aluno escolheu a UFFS como primeira opção, os demais tinham como primeira opção, universidades com tradição. Já dentre o **Grupo 22**, apenas dois alunos mencionaram nomes de universidades, sendo que um disse preferir a UFFS pela proximidade, os demais não ambicionavam uma instituição em particular. Já no **Grupo 27**, um número expressivo de alunos tinha como primeira opção a UFFS, demonstrando que no curto espaço de dois anos, entre o primeiro e o terceiro ingresso no curso de medicina, a UFFS já marcou presença no cenário nacional de formação médica.

2) Pretendes concluir o curso na UFFS, ou pretendes pedir transferência? Por quê?

Grupo 5: Quatro alunos responderam que pretendem concluir, pois perderiam o semestre com a transferência e porque é difícil conseguir transferência para UFSCPA. Apenas um pretende pedir transferência, se não melhorar o contato com paciente e o conteúdo em clínica médica.

Grupo 22: Todos os alunos disseram que pretendem concluir o curso na UFFS.

Grupo 27: Todos os 27 alunos que responderam o questionário e disseram que sim, vão concluir na UFFS. Os motivos informados foram: proximidade de casa; gosta da instituição; o currículo é bom; boa estrutura de serviços médicos da região; pela qualidade da instituição e do curso; e, um aluno disse “*acredito no potencial e qualidade desta universidade*”. Outro aluno

comentou que a UFFS não era sua primeira opção, mas que acabou gostando da universidade e do currículo de qualidade.

Comentários: No **Grupo 5** se observa que eles consideraram a transferência como possibilidade, mas diante do raciocínio custo e benefício, decidiram permanecer na UFFS. Um dos alunos, no entanto, condiciona sua permanência a mudanças no curso que espera que ocorram. Já no **Grupo 22**, todos afirmam que pretendem concluir o curso na UFFS, poucos justificaram sua escolha, mas os que o fizeram, disseram que irão concluir, pois gostaram da universidade e também, pela qualidade dos serviços disponíveis na região de Passo Fundo. Todos os alunos do **Grupo 27** afirmaram que irão concluir o curso na UFFS e mais uma vez surpreende as justificativas, demonstrando aceitação ao modelo de curso e confiança na instituição, confirmando que este grupo apresenta um perfil bem otimista em relação aos dois grupos anteriores.

3) Tinhas prestado vestibular antes? Onde e para qual curso?

Grupo 5: Todos os cinco alunos fizeram vestibular antes, no mínimo em três e no máximo em sete universidades diferentes. Com exceção de um aluno que chegou a cursar por um curto prazo, Direito e Engenharia, todos fizeram vestibular para Medicina.

Grupo 22: Apenas um aluno tinha prestado vestibular pela primeira vez, os outros 21 alunos já tinham feito vestibular para medicina várias vezes, em diferentes locais.

Grupo 27: Todos tinham prestado vestibular antes para o curso de medicina e em diversas instituições no país.

Comentários: Nesta questão as respostas foram mais homogêneas. Com exceção de dois alunos do **Grupo 5**, um frequentou outros dois cursos diferentes antes de medicina e o outro aluno fez pela primeira vez vestibular. Os demais alunos dos dois grupos prestaram vestibular para medicina muitas vezes, até conseguir entrar no curso. No **Grupo 27** tiveram dois alunos que vieram por transferência de outra instituição que não foi informada. E dois alunos prestaram vestibular também para outros cursos além de medicina: Enfermagem, Biomedicina, Engenharia e Veterinária.

4) Quais os motivos para a escolher medicina?

Grupo 5: As motivações citadas foram: financeira; estabilidade financeira e vocação; qualidade de vida financeira pessoal e profissional; afinidade com o conteúdo; e, mercado de trabalho.

Grupo 22: Em ordem pelo maior número de vezes citada em primeira opção: vocação; sonho; contato com o ser humano; identificação com a área; prestígio e satisfação; estabilidade financeira e reconhecimento profissional; mercado de trabalho; rentabilidade; e, satisfação pessoal e financeira.

Grupo 27: As motivações mais citadas por 22 alunos foram: vocação; sonho; identidade; preferência; aptidão; amor à prática médica; gosto por ajudar as pessoas; e, trabalhar próximo às pessoas. Os cinco alunos restantes disseram que era interesse e habilidade com a área biomédica e fisiológica.

Comentários: Esta questão foi uma das mais reveladoras quanto às expectativas de cada um sobre a profissão médica. No **Grupo 5** todos mencionaram a questão financeira como primeira opção e na sequência apareceram vocação e outras motivações, mas sempre citadas num segundo ou terceiro motivo que os levaram a desejar ser médicos. Já no **Grupo 22** e no **Grupo 27**, ocorreu o oposto, as motivações mais vezes mencionadas e em primeiro lugar foram vocação, sonho, contato com o ser humano, ajudar as pessoas e identificação com a área biomédica. Neste grupo, nenhum dos 27 alunos mencionou o interesse no retorno econômico com a profissão. No **Grupo 22**, alguns alunos mencionaram como motivação os ganhos financeiros com a profissão médica, mas nunca em primeira opção, sempre vindo como terceira motivação em diante.

Houve uma exceção no **Grupo 22**, um aluno mencionou a motivação “*Ambição em melhora socioeconômica*”. Em razão disso, retornei ao questionário do aluno para saber quem era e buscar compreender sua posição. É um aluno com mais de 30 anos, veio de um pequeno município da região Sudeste do Brasil. Autodeclarou-se pardo, estado civil separado, fez pela primeira vez vestibular e foi aprovado. Ele declarou que é bolsista no curso e que se sustenta, além da bolsa, com a ajuda de amigos e familiares. Seus pais são funcionários públicos, sendo o pai aposentado e a mãe agente comunitária de saúde. O pai tem ensino fundamental e a mãe ensino médio. Ele vem de uma família com baixo poder aquisitivo e por sua história pessoal, ingresso tardio na primeira graduação, estado civil, talvez tenha despesas com filhos, família, etc. Pode-se presumir, que o aluno possui dificuldades de ordem financeira. Portanto, é coerente que veja na carreira médica a possibilidade de melhora de vida para ele, talvez filhos e pais. Também, ao mesmo tempo, ao se classificar para medicina num único vestibular, o aluno demonstra capacidade e determinação para alcançar objetivos, como a escolha da profissão médica.

Analisando os comentários dos alunos de 2015/2, observa-se que eles foram mais favoráveis ao formato do curso, em comparação com a primeira turma 2013/2 que apresentou maior rejeição ao modelo do curso, em especial, os cinco alunos menos favoráveis, como percebidos nos seus comentários. Algumas possibilidades para explicar as diferenças nos comentários entre as turmas podem estar no período de ingresso dos alunos na faculdade, ou seja, quando os alunos da segunda turma ingressaram na faculdade, o curso já havia passado por adequações que corrigiram deficiências vivenciadas pela primeira turma. Com o passar do tempo, o perfil do curso, criticado pela primeira turma, com a proposta humanizadora, de formação voltada para o atendimento no SUS, foi se consolidando na prática a partir das dificuldades que surgiram, sentidas pela primeira turma, mas que foram corrigidas, buscando adequar a proposta do curso ao contexto real.

Destaca-se que, a partir de 2015, a proposta pedagógica do curso passou a ser apresentada pela coordenação do curso aos alunos presencialmente, no ato da matrícula feita no campus de Passo Fundo. Também, durante a primeira semana do curso, os alunos têm atividades de acolhimento e apresentação do curso. É uma sensibilização ao formato e à proposta de formação do curso de medicina na UFFS, fazendo com que os alunos não sejam surpreendidos durante as primeiras aulas, o que transmite maior confiança e segurança no curso. Possivelmente, estas iniciativas refletiram na maior aceitação pelos alunos da segunda turma participante da pesquisa, que foi a terceira turma a ingressar no curso de medicina da UFFS.

Outra possibilidade considerada para maior aceitação à proposta do curso, observada na turma de 2015/2, foi a possibilidade de busca por informações sobre o curso e as instituições que, em geral, ocorrem antes da escolha da Universidade. É comum que os candidatos façam consultas na internet nos sites das instituições buscando conhecer a instituição e o formato do curso, também buscando informações junto a amigos e conhecidos. Contudo, a primeira turma, possivelmente, não se beneficiou de nenhuma destas ações, pois por ser um curso novo e instituição nova, não existiam informações. Essas e outras diferenças do contexto do curso em relação aos diferentes períodos de ingresso das turmas de alunos, poderiam ter gerado diferenças de percepção acerca do curso pelos alunos. O que poderia também, explicar uma aceitabilidade maior ao curso percebida nos comentários dos alunos da turma que ingressou depois (2015/2).

Em um curso jovem como este da Medicina da UFFS, em desenvolvimento, adaptações em geral são necessárias, como parte do processo, pois desafios vão surgindo e, como apontado por alunos e professores, são resolvidos à medida que aparecem. No entanto, geram momentos de tensão e insegurança, em especial nos alunos da primeira turma. Alguns alunos comentaram

no questionário que muitas questões que surgiram foram revistas, reformuladas e observam melhoras em muitos aspectos. Como o curso ainda não formou nenhuma turma, existe por parte de quem está no curso, discentes e docentes, coordenação e equipe técnica, expectativa e ansiedade, especialmente para a primeira turma que é quem primeiro vivencia as medidas adotadas no curso e sente de imediato seus efeitos e resultados. O que é um motivo de incertezas e inseguranças diante do amanhã, como os alunos da primeira turma fizeram referência no questionário da pesquisa. Nos comentários dos alunos da turma de 2015/2 não aparece insegurança, ou medo em relação ao modelo do curso, ao contrário, afirmam gostar do curso, se sentem bem ali e demonstram confiança na instituição e no curso.

Ao analisar o perfil do grupo de alunos menos favoráveis e considerando, o elevado nível de escolaridade das mães e dos pais destes alunos, a motivação financeira, como razão predominante para a escolha do curso, e a preferência dos alunos deste grupo, por universidades de reconhecimento e tradição, relaciono essas características e escolhas feitas como um padrão orientado em função de um determinado capital cultural herdado da família. Na concepção que define Bourdieu (1998), o capital cultural favorece o desempenho escolar, facilita a aprendizagem, e proporciona um melhor domínio sobre os códigos por parte dos alunos que possuem o capital cultural que a escola utiliza e sanciona. Contudo, quando estes alunos entram em um curso que mostra outros códigos, outros conteúdos e outros métodos de aprendizagem, os quais não faziam parte do capital cultural acumulado, que acreditavam ser a chave que abriria as portas do sucesso na escola médica, ficam inseguros e revoltados.

Ao considerar o capital cultural dos cinco alunos menos favoráveis da turma de 2013, talvez não seja suficiente para explicar o diferencial da posição deles com o curso em relação aos demais alunos mais favoráveis das duas turmas da pesquisa. Quando se considera o nível de escolaridade dos pais dos alunos da turma de 2015/2, mais da metade dos pais e mães dessa turma tem curso superior ou pós-graduação, o nível escolar deles é ainda mais elevado que o dos pais dos cinco alunos menos favoráveis. Então, como explicar que os 27 alunos da segunda turma foram mais favoráveis e se mostraram satisfeitos com o curso?

Outras questões no questionário são muito elucidativas quanto a diferença apresentada nos grupos de alunos da pesquisa, como a primeira opção de universidade que os alunos tinham: enquanto na primeira turma um aluno disse ter como preferência a UFFS, na segunda turma 12 alunos disseram ter escolhido a UFFS como primeira opção, pela proximidade de onde moram e também pela qualidade da instituição e do curso. A segunda questão que considero decisiva, para elucidar a diferença de imaginários dos alunos em relação à profissão médica, foi a motivação para a escolha da medicina como profissão. Como já mencionei anteriormente, os

alunos menos favoráveis veem os ganhos que podem obter com a medicina, enquanto, no restante de alunos da primeira turma, poucos alunos referiram a mesma motivação financeira, e os que mencionaram renda, não foi como primeiro motivo de escolha da profissão. Na turma de 2015, nenhum dos 27 alunos mencionou retorno financeiro como motivação para ser médico.

Sem invalidar a perspectiva do elevado capital cultural como característica importante nos dois grupos, considerando o elevado domínio de conteúdos e códigos específicos da área biomédica que os candidatos devem ter, ao disputar uma vaga para o curso, busco interpretar a motivação por traz do posicionamento do grupo menos favorável. Os imaginários em relação ao que iriam encontrar no curso são diversos entre os grupos de alunos, o que justifica agirem de modos diversos. Neste caso, os alunos menos favoráveis, trariam alguns imaginários e expectativas em comum, com relação ao curso e à formação médica.

As características em comum encontradas no perfil dos cinco alunos reforçam a questão do imaginário, pois quando mais uma vez considera-se a motivação para escolha do curso de medicina, o grupo prioriza o retorno financeiro como principal motivação. Os imaginários que carregam estes alunos em relação à profissão médica, os colocam num cenário distinto da rede pública de atenção à saúde do SUS. Corresponderia à expectativa por um perfil específico de curso e formação médica tradicionais. E, deparados com uma proposta diferenciada de curso, os alunos reagem com duras críticas e rejeição ao modelo desenvolvido pela UFFS, sentindo-se de certa forma traídos em relação ao imaginário do ser médico idealizado para si.

Ceccim *et al.* (2008) ajudam a refletir sobre o imaginário construído em relação ao exercício do profissional médico. Segundo os autores, existe um ideal acerca do exercício profissional médico e também um cenário. Neste imaginário idealizado, o médico é um profissional liberal que atua em um “consultório-prescrição”, no qual o médico trabalha de maneira individual com ampla autonomia. Este imaginário acaba por se tornar o projeto profissional buscado e esperado pelos estudantes de medicina. Este ideal se relaciona à área dos planos de saúde, dos serviços e atendimentos particulares de saúde, a chamada saúde suplementar. E o curso de medicina da UFFS desenvolve um currículo com a perspectiva da formação médica voltada para integralidade em saúde, da humanização, da Atenção Básica, e para esfera pública do SUS.

E o que explicaria os 27 alunos da turma de 2015/2, aprovarem o formato inovador do curso, uma vez que os dados escolares e a ocupação profissional dos pais, indicam que os alunos possuem maior capital cultural que o outro grupo de alunos? Teriam aqueles alunos, outros imaginários? Neste caso, Ceccim *et al.* (2008) destacam que é na educação profissional, que são construídos critérios e valores que dão o perfil no exercício da profissão, portanto, é

importante conhecer quais imaginários, estariam presentes no exercício profissional da saúde, e quais ideais estariam presentes, na educação superior em saúde. Diante destas afirmações, considero a possibilidade de que, as informações sobre o perfil do curso da UFFS e mesmo da sua história, e características de uma universidade popular, terem sido de alguma forma, comunicadas aos alunos a partir do segundo ingresso, e a partir disso, os alunos souberam antecipadamente, quais ideais acerca da profissão médica, estão sendo valorizados e construídos na UFFS.

“Um imaginário não funciona como um determinismo, mas como um campo de possíveis, proporcionando o agenciamento de marcas e signos, assim como inscrevendo memórias afetivas e promessas de futuro” (CECCIM *et al.*, 2008, p.1568). Nesta perspectiva, o imaginário acerca do curso de medicina dos alunos menos favoráveis, atuaria enquanto promessa de um futuro promissor como médico. E nos demais alunos, o imaginário da profissão médica está carregada do sonho de ser médico, de cuidar do próximo e de sentido humanitário da profissão médica.

5.1.4 Observações de Aulas

5.1.4.1 A Disciplina Seminário Integrador

A primeira observação realizada nesta tese foi da disciplina de Seminário Integrador (SI) III, realizada no segundo semestre de 2015, no turno da noite, na sede do campus de Passo Fundo, localizado junto ao Seminário Nossa Senhora Aparecida. A disciplina possui um crédito e carga horária de 18 horas/aula. O objetivo do SI é integrar vivências e conhecimentos aprendidos no processo educativo-reflexivo em cada fase, pois este componente curricular faz parte de todas etapas/semestres do curso de medicina da UFFS.

A metodologia desenvolvida no SI⁵² começa no início de cada semestre, quando ocorre um encontro inicial dos alunos com o professor responsável pela disciplina no semestre. Neste encontro é apresentado o Plano de Ensino da disciplina e são dadas as orientações do trabalho, bem como é realizado o sorteio de alunos que integrarão cada grupo. A partir daí as orientações se dão extraclasse – em data marcada os alunos enviam por e-mail o tema escolhido para trabalhar e o caso selecionado. Após isso, o grupo deverá entrar em contato com os professores da fase e ver como cada disciplina poderá contribuir com o caso escolhido. De acordo com a

⁵² Todas as informações foram retiradas do Plano de Ensino da Disciplina Seminário Integrador III, da UFFS, recebida em mãos da professora Ivana Lindemann, coordenadora do Seminário, no dia da apresentação.

necessidade de cada grupo, os alunos devem se reunir com o professor responsável pela área do tema do caso clínico escolhido para obter auxílio e orientações acerca do trabalho. As datas para a apresentação dos trabalhos dos grupos são marcadas antecipadamente – cada data é marcada reunindo os grupos com temas iguais ou afins. No dia da apresentação se reúnem os alunos que apresentarão, a banca formada pelos professores do curso e demais alunos das turmas que irão assistir. Cada grupo tem 50 minutos para fazer a apresentação, utilizando os recursos que desejar, e a banca tem 30 minutos para arguir. Não existe um tempo determinado para debates, mas observei que nenhum aluno fez perguntas, somente os professores falaram e os componentes do grupo que apresentaram respondem se questionados pela banca. No entanto, se algum aluno desejasse fazer perguntas ao grupo, acredito que seria permitido, porém não foi estimulado a fazer durante a aula observada.

A avaliação é feita com base na apresentação, participam do processo avaliativo o grupo de alunos e a banca de professores. A avaliação dos pares (discentes do mesmo grupo) tem peso 4 e a avaliação da banca avaliadora (docentes ou convidados) tem peso 6. Na avaliação por pares, os alunos em cada grupo têm condições de avaliar a participação dos colegas durante o desenvolvimento do trabalho.

Os alunos têm autonomia para escolher os casos que devem ser verídicos e escolhidos nos locais de práticas de atuação da UFFS, como na imersão, em hospitais, etc. O caso não deve focar a doença apenas, também outros aspectos devem ser contemplados, como: a história do paciente, o contexto familiar, profissional, social, o caminho percorrido na assistência na atenção básica, o estilo de vida, etc. Os estudantes poderão fazer uso de diversos instrumentos de pesquisa para obtenção das informações, além das leituras dos prontuários e exames, devem entrevistar a família, o paciente, fazer visitas em outros locais, tudo o que possa ter correlação com a evolução do quadro da doença do paciente.

No dia da observação, estavam presentes seis professores do curso e quatro grupos de alunos de diferentes semestres, pois o dia da apresentação dos grupos é organizado de acordo com o tema dos trabalhos. Neste dia o tema foi 'Doenças Renais'.

Observação da aula: Seminário Integrador III

Local: Seminário Nossa Senhora Aparecida

Data e hora: Aula observada em dezembro de 2015, das 19h às 22h30.

A aula teve início às 19 horas, quando a banca de professores estava formada. Vários alunos dos grupos que iam apresentar já estavam presentes antes no local e organizavam as apresentações. A sala onde foram feitas as apresentações é, na verdade, a união de duas salas,

com uma parede móvel que serve para criar um espaço maior para seminários e as cadeiras estavam enfileiradas lado a lado. O espaço ficou quase completamente cheio, pois eram três grupos para apresentar, cada um pertencente à uma turma de uma etapa (semestre) do curso, portanto, estavam presentes o equivalente a três turmas.

À frente da sala estavam os alunos do grupo que iria apresentar e na primeira fileira de cadeiras estavam os professores da banca, atrás deles estavam outros professores que assistiam juntamente com os demais alunos. A professora coordenadora entregou a cada professor uma ficha de avaliação dos trabalhos (Anexo G) e sinalizou ao grupo para começar sua exposição. O grupo iniciou com um aluno se apresentando e falando do tema do trabalho, iniciando sua exposição. Os alunos fizeram uso do Datashow e do quadro branco. Os slides apresentavam dados em tabelas, gráficos, textos e imagens. A apresentação foi bem planejada e organizada, nem todos os componentes dos grupos faziam apresentação oral do trabalho, mas subentendia-se que haviam colaborado na execução dos mesmos. Todos os integrantes ficavam reunidos em frente à banca dos professores durante a apresentação. Os alunos demonstraram domínio das informações que estavam transmitindo, percebi empolgação por parte deles e que assumiam uma postura de segurança ao apresentar os dados e informações sobre o caso estudado. A maior parte dos alunos demonstraram domínio da linguagem médica e do conteúdo que apresentavam e mesmo, que no início das apresentações demonstrassem um certo nervosismo, este logo foi superado.

A exposição em geral foi clara, porém nem sempre compreensível para quem não é da área médica, pois há predomínio da linguagem específica da área, como a descrição da sintomatologia das doenças, diagnósticos e nomes de substâncias medicamentosas utilizadas. Foi possível perceber nos alunos satisfação pessoal de estar apresentando, autoconfiança e que haviam se envolvido na pesquisa do caso clínico ao qual apresentavam.

Os outros dois grupos apresentaram seus trabalhos e a metodologia desenvolvida foi a mesma, exposição oral do conteúdo com o auxílio da apresentação das informações no Datashow e uso do quadro branco. Alguns alunos demonstraram mais desenvoltura no falar, argumentaram com destreza, se deslocavam ocupando todo o espaço disponível da sala, enquanto explicavam, fazendo uso dos dados que estavam apresentando. Outros ficaram menos à vontade, contudo, apresentaram e explicaram, incorporando ora uma didática como professor, ora uma postura médica em um congresso.

Após cada grupo concluir sua apresentação, os professores avaliadores completavam a ficha avaliativa e cada um tecia seus comentários, contribuições, sugestões e perguntas ao grupo. Cada professor contribuiu e entrevistou de acordo com sua área de formação e atuação. Os

comentários e perguntas dos professores das disciplinas de humanas em relação à apresentação (estavam presentes neste dia, o professor de Filosofia e a professora de Produção Textual) eram amenos, pareciam haver cuidado com o que iriam dizer, parecia também, que havia um sentimento de inadequação pelo fato deles serem de outra área e não da medicina para avaliar os trabalhos. Em geral fizeram elogios e quando fizeram alguma observação pertinente à sua área, fizeram de maneira gentil e construtiva.

Na parte médica clínica foi onde centraram-se as maiores críticas e questionamentos, afinal o caso apresentado era baseado no acompanhamento de um paciente hospitalizado e sua trajetória em termos de alta hospitalar ou óbito. Havia um histórico do paciente em função da doença, desde a obtenção dos documentos de ingresso do paciente no hospital, os estágios anteriores da doença, registros de baixa hospitalar, tratamentos aplicados, hábitos de vida do paciente, como prática de exercícios, tabagismo, etc.

Os professores médicos em suas colocações questionavam os alunos, desafiando-os, de certa forma, a pensar sobre o processo que acompanharam e sobre as conclusões que chegaram. Na maioria das vezes com críticas construtivas, mas também tiveram questionamentos, quanto à aceitação dos fatos sem questioná-los e à aparente naturalização da morte diante das circunstâncias. *“Será que era a única e a melhor forma de ter acompanhado e tratado este paciente?”*, questionou um professor médico. O acompanhamento pelos alunos da evolução da doença do paciente inclui acompanhar os tratamentos, medicamentos e dosagens utilizados pelo paciente, além dos procedimentos realizados em cada baixa hospitalar do paciente e na continuidade do tratamento nas Unidades de Saúde - estes dados foram apresentados no trabalho.

Um dos professores (médico) da banca chamou a atenção sobre os tratamentos que foram administrados ao paciente de um grupo. De acordo com o professor, e depois outros professores (médicos) concordaram com ele, os medicamentos administrados não estavam adequados, não eram indicados para aquele quadro de doença ou não deveriam ser administrados juntos. Chamou a atenção dos alunos para o risco daqueles procedimentos, pois poderiam ter provocado óbito do paciente.

Um dos professores (médico) da área biológica fez uma crítica a um grupo por ter ressaltado a importância em considerar as crenças religiosas do paciente no tratamento, os alunos argumentaram que se o paciente acreditar que sua fé pode curar, o tratamento médico funcionará melhor. O Professor disse que era necessário tomar cuidado ao usar essas crenças como afirmações, pois isso não oferece segurança para a medicina, uma vez que não tem comprovação científica.

Alguns professores questionaram a naturalidade com que os alunos encerravam o caso com a morte do paciente. Nos três casos apresentados pelos grupos o paciente veio a óbito, pois os casos selecionados eram de pacientes com histórico de doenças crônicas e quadros bem agravados. Contudo, os professores destacaram a importância da continuidade do apoio à família no caso do falecimento do paciente, pois *“a atenção médica não se extingue com a morte do paciente”*, afirmou um professor.

Especialmente em relação aos casos que os alunos apresentaram, os professores reforçaram que deveriam ter procurado o familiar que acompanhava o paciente e que foi a pessoa da família que, possivelmente, mais contato eles fizeram para obter informações do paciente. Os alunos dos grupos, foram questionados pelos professores da banca, se após a morte do paciente que acompanhavam eles foram visitar as famílias dos pacientes, se ofereceram apoio às famílias? E os alunos disseram que não, pois não viram mais os familiares. Dando a entender que a relação com o paciente e familiares se deu com um propósito da realização do trabalho e, uma vez pronto, não havia motivo para dar continuidade a esse contato.

Os procedimentos adotados pelos alunos em relação aos casos estudados se associam mais à visão da prática médica tradicional, focada na doença e não no doente enquanto um ser integral. Seminário Integrador é uma disciplina que agrada à maioria dos alunos que participaram do estudo dos casos clínicos. SI praticamente não recebeu críticas negativas dos alunos no questionário da pesquisa. Destacaram como pontos positivos todos os aspectos que a ligam ao modelo de medicina tradicional em vigor, o modelo biomédico, centrado na doença e no corpo. SI se desenvolve ao redor de estudos de casos clínicos, onde o doente é o objeto de estudo dos alunos, que o observam e o analisam. Mesmo quando os aspectos a serem observados são de ordem social, pessoal, ou emocional, são observados e tratados de modo fragmentado. Na apresentação dos trabalhos de SI, os aspectos sociais e individuais dos pacientes foram analisados como dados relevantes ou não, em relação à doença ou quadro clínico do paciente, não como parte constitutiva da pessoa em questão.

Aspectos apresentados pelos alunos mostraram lacunas em relação ao acompanhamento dos alunos junto a um paciente. Eles estão na condição de alunos desenvolvendo uma pesquisa, não podem intervir clinicamente no caso, mas ao mesmo tempo eles acessam o prontuário, o histórico clínico do paciente e a vida da pessoa enquanto paciente. Através do acompanhamento da evolução do estado do paciente, eles podem identificar falhas de diagnóstico, de tratamentos e de procedimentos que colocam em risco a vida do paciente – como apareceram nos trabalhos apresentados pelos alunos, situações identificadas na avaliação por alguns professores médicos, inadequação no tratamento dos pacientes. Das lacunas mencionadas acima, explicito algumas:

as ‘falhas’ no tratamento do paciente foram percebidas pelos alunos enquanto faziam o acompanhamento do mesmo ou somente quando a banca chamou atenção sobre isso? Qual a orientação que recebem os alunos em como agir diante de situações como estas? É ético para um aluno de medicina questionar os procedimentos clínicos de um profissional médico? É ético permitir que o erro se perpetue colocando em risco a vida de um paciente?

5.1.4.2 A Disciplina de Saúde Coletiva

A disciplina Saúde Coletiva (SC) é um componente curricular obrigatório em todas etapas (semestres) do curso de medicina na UFFS. Tem como objetivo geral “Desenvolver um processo educativo-reflexivo sobre as políticas, ações e redes de atenção à saúde no contexto brasileiro contribuindo para a compreensão ampla do sistema de saúde” (UFFS, 2012, p.99). A SC possui oito créditos e carga horária de 144 horas/aula. A disciplina Saúde Coletiva conta com duas dimensões de atuação: a Dimensão Teórico-conceitual (aulas de conteúdos teóricos que, em geral, ocorrem em salas de aula) e a Dimensão Prática-Vivencial/Imersão (aulas práticas envolvendo a vivências nos diferentes espaços de atenção à saúde, onde o processo de aprendizagem ocorre).

Os procedimentos metodológicos adotados na disciplina são: exposição dialogada; metodologias ativas de aprendizagem; vivências no cotidiano de SUS e comunidades; rodas de conversa; exibição de filmes e documentários; análise e debates; estudos dirigidos; e, utilização de registros escritos e visuais (mapas conceituais, portfólio, diário de campo, etc.)⁵³.

E a avaliação na SC é feita de dois modos, de acordo com as dimensões: na Dimensão teórico-conceitual é através de uma prova escrita com peso 5 e na Dimensão Prática-Vivencial o peso também é 5, porém, nesta etapa a avaliação é feita por observação e acompanhamento do professor e preceptor, considerando as contribuições dos alunos em sala de aula, na vivência intensiva no SUS, nos territórios, nos serviços e nas comunidades. Além disso, faz parte da avaliação uma atividade escrita feita pelos alunos após cada imersão, que visa promover a reflexão do aluno quanto à articulação das duas dimensões da disciplina SC. A média para aprovação é seis e a frequência deverá ser igual ou superior a 75% das aulas⁵⁴.

Observei quatro aulas de Saúde Coletiva: três delas na Dimensão teórico-conceitual, uma aula em cada uma das etapas (semestres VI, II e I), e na Dimensão Prática-vivencial

⁵³ Informações obtidas do Plano de Ensino da Saúde Coletiva. Recebido por e-mail, enviado pela professora Vanderleia Laoedete Pulga.

⁵⁴ Idem.

observei uma imersão/vivência da etapa VI. Início o relato das observações com as três aulas da Dimensão teórico-conceitual.

Observação aula: Saúde Coletiva VI

Local: Seminário Nossa Senhora Aparecida

Data e hora: Aula observada em março de 2016, das 13h30 às 18h.

A duração da aula observada foi das 13h30 às 18h, mas as aulas da dimensão teórica, em geral, têm carga horária de oito horas diária, sendo quatro horas no turno da tarde e quatro horas no turno da noite, no caso desta etapa VI. São dois turnos de aula com um pequeno intervalo no meio do turno da tarde e um intervalo maior entre a tarde e à noite, que foi negociado com a turma se seria maior ou menor, para assim poderem sair antes. A maior parte dos alunos preferem fazer o intervalo reduzido e sair mais cedo, porém um casal de alunos manifestou que precisavam do intervalo maior, pois tinham que buscar os filhos na escola. Posteriormente soube pela professora que ela e os alunos reorganizaram os horários para reduzir um pouco a carga horária, que de tão longa, se torna maçante. Eles passaram a desenvolver outras atividades, como, por exemplo, estudos dirigidos num dos turnos de aula.

Observei a primeira aula teórica de SC do semestre para a turma que iniciou no curso em 2013/2. Quando a aula iniciou, a sala estava cheia de alunos em uma sala pequena, com ar condicionado e janelas em uma das laterais. Fazia bastante calor e os alunos comentaram que escolheram esta sala, pois o ar refrescava melhor o ambiente por ser pequeno. A sala tinha cadeiras enfileiradas lado a lado e uma atrás da outra e a mesa pequena com cadeira para professora estava à frente na lateral oposta à porta. Estavam presentes 27 alunos (a turma tem 36 alunos), 15 moças e 12 rapazes.

Ao entrar na sala me apresentei à professora e combinamos como faríamos minha participação, previamente combinada por e-mail, eu também havia solicitado para entrevistá-la, aplicar o questionário de pesquisa aos alunos e observar sua aula. A professora, desde o início, se mostrou receptiva e disponível em colaborar com minha coleta de dados. Ela solicitou que eu me apresentasse aos alunos e falasse do meu projeto, então fiz isso no início da aula e combinamos que antes do intervalo do almoço ela deixaria uns minutos para eu entregar o questionário a eles. Ela explicou que era melhor não deixar para o final do segundo turno de aula, pois alguns começam a ir embora.

A aula teve início e os recursos disponíveis eram o notebook da professora, o Datashow e o quadro branco. A professora fez uma exposição dialogada do programa da aula naquele dia, enquanto os alunos acompanhavam os slides no Datashow. Ela iniciou a aula apresentando o

plano de ensino da disciplina para o semestre e começaram a surgir alguns questionamentos por parte de poucos alunos, que parecem estar na defensiva e desconfiados – é um grupo de três ou quatro alunos (moças e rapazes). Eles questionavam se teria referencial bibliográfico para estudar para a prova da disciplina? A professora respondeu dizendo que sim e que a base das aulas dela é “*O Tratado de Medicina*” e explica que são produções, publicações e protocolos para buscar, por exemplo, até onde vou para atender no meu trabalho, o meu serviço vai até onde? Alguns alunos comentaram: “*bom, até que enfim... teremos material teórico para buscar referência, aí a gente vai saber onde e o que estudar para a prova*”.

A apresentação do plano de aula seguiu e a professora perguntou: “*o que esperam deste semestre? Podem dizer sinceramente, pois já estão no meio do curso, têm condições de falar das expectativas em relação à disciplina e ao curso*”. Um aluno disse: “*menos empirismo, mais baseado em literatura*”. Outros falaram: “*mais preparo para atender em termos de recursos*”. “*Eu me sinto insegura para atender*”, falou uma aluna. No momento em que a professora explicou sobre como seria feita a avaliação e falou da presença mínima nas aulas para aprovação, os alunos contestaram em relação ao cálculo das presenças na disciplina. A professora havia explicado que é necessário ter no mínimo 75% de presença nas duas partes da disciplina, na teórica e na imersão. Eles reagiram não concordando, disseram que não era correto contar as presenças em separado, pois é uma só disciplina, e ouvi um deles comentar: “*se for assim, já estou reprovado*”.

A professora tranquilizou-os dizendo que ia verificar com a coordenação no intervalo, que talvez ela tenha se enganado. No retorno do intervalo, a professora comunicou aos alunos que verificou com a coordenação e que os alunos tinham razão, os 75% de presença são calculados sobre as duas etapas da Saúde Coletiva em conjunto, pois é uma única disciplina. No entanto, posteriormente, observei que no Plano de Ensino da disciplina, em todas as etapas, consta presença mínima de 75% em cada dimensão da SC.

Pouco antes do intervalo entreguei o Termo de Consentimento Informado e o questionário aos alunos. Expliquei que a participação era voluntária, mas todos os 27 alunos presentes responderam. Durante o intervalo entrevistei a professora na biblioteca, pois foi o único espaço mais silencioso e as demais salas estavam com outras pessoas. Por ser uma biblioteca, não pudemos nos estender demais no tempo, mas foi o suficiente para fazer todas as perguntas previstas no roteiro de entrevista.

Na segunda parte da aula, a professora passou a apresentar o conteúdo nos slides no Datashow. Ela disse aos alunos: “*todo este conteúdo eu resumi a partir do livro Tratado de Medicina*”, como se estivesse comprovando o que disse anteriormente e parecia estar tentando

agradá-los, dar-lhes confiança, dar satisfação a eles. Observei que a professora não explorava o espaço da sala de aula, permanecia sentada a maior parte do tempo da aula passando os slides e fazendo a exposição do conteúdo de aula. Ela demonstrou ter domínio dos conteúdos, que havia preparado a aula e em alguns momentos se mostrava motivada, quando exemplificava o conteúdo com fatos da sua própria experiência. Explicava o conteúdo e fazia alguns questionamentos aos alunos, exemplificava com fatos reais ou acontecimentos da sua própria experiência. Procurou estimular a participação dos alunos. Contudo, um pequeno grupo participava respondendo a alguns questionamentos, os demais ouviam, conversavam um pouco, tomavam chimarrão, uns poucos levaram notebook e outros ficavam com celular na mão. Alguns observavam e outros tomavam nota de algumas coisas. A aula foi se tornando muito cansativa, já estávamos há mais de cinco horas de aula com um intervalo de cerca de 40 minutos feito entre o turno da tarde e da noite.

A maior parte dos alunos permanece no campus mesmo quando o intervalo é maior, pois o local é afastado do centro e de outros bairros da cidade. Por isso, combinaram de fazer um intervalo menor para saírem antes. Observei que na parte da explicação do plano de aula, alguns alunos pareciam mais ativos e atentos. Contudo, à medida que o tempo passava e conforme iniciava a exposição dos conteúdos da aula, a participação era mínima e demonstravam cansaço, alguns saindo antes de terminar a aula.

A aula, por sua duração de muitas horas consecutivas e quantidade de conteúdos teóricos, seguindo sempre a mesma metodologia e didática, tornou-se cansativa para todos. Este fato apareceu nas respostas dos questionários dos alunos, onde eles se queixam da excessiva carga horária desta disciplina. Em alguns momentos os alunos pareciam desconfiados com relação ao que os esperavam da disciplina neste semestre e depois que a professora assegurou a eles que todas as suas aulas seguiriam um livro, demonstraram certa tranquilidade e segurança, pois teriam um manual para seguir. Naquele momento refleti o quanto uma proposta nova e diferente gera insegurança, o quanto os alunos necessitam de um mapa que lhes dê um caminho, como sentem dificuldade de criar o caminho.

A professora leciona na faculdade há dois semestres. Observei que existe uma relação cordial entre os alunos e a professora durante a aula e fora da sala, como nos corredores da faculdade. Existe uma boa relação, alunos a procuram antes da aula e ela os atende com simpatia e descontração. Durante a aula percebo que a relação entre professora e alunos se torna demarcada pelos papéis representados por cada um e pela separação espacial, cada um em uma posição oposta. Na aula observada, talvez por ser a primeira da disciplina, no semestre, não observei o desenvolvimento de uma prática pedagógica dialógica, no sentido apresentado por

Fernandes (2011, p.116) “relações tecidas com afeto e exigência, que não ocorram no vazio das relações previstas”, porém não observei nenhuma postura autoritária por parte da professora. Ficou mais evidente um certo desconforto da professora em relação ao território em que se desenvolvia aquela relação, ou seja, a sala de aula, pouco familiar na posição de professora, enquanto promotora de ação e produção de conhecimento.

Observação aula: Saúde Coletiva II

Local: Seminário Nossa Senhora Aparecida

Data e hora: Aula observada em abril de 2016, das 8h20 às 12h30.

A aula foi sobre Atenção Primária à Saúde – APS – e Medicina de Família e Comunidade. Aula expositiva e dialogada com apresentação de slides em PowerPoint com o uso de Datashow. A sala era ampla, com ar condicionado e janelas em uma das laterais, as cadeiras com mesa/braço para os alunos estavam dispostas lado a lado enfileiradas e o professor estava em uma mesa pequena com cadeira, posicionada à frente e ao centro da sala. Os recursos disponíveis eram Datashow, quadro branco e um notebook.

Quando cheguei à sala, apresentei-me ao professor, pois já havíamos combinado por e-mail a observação e a aplicação do questionário para os alunos. Inicialmente não tinha pensado em entrevistá-lo, pois o professor é novo na UFFS, imaginava que teria pouco a contribuir em razão do pouco tempo no curso, no entanto, ao longo da aula, decidi entrevistá-lo. O professor comentou antes da aula que era a segunda aula dele e naquele momento em que cheguei ele estava com dificuldades para acessar o site da UFFS e o conteúdo da aula. Enquanto aguardava alguém da universidade para dar suporte, ele comentava que estava tendo dificuldades com o Datashow e para acessar ao site, onde necessitava completar dados da aula e fazer a chamada dos alunos, disse que estava ainda se adaptando ao sistema.

De início tinham poucos alunos, o professor disse que os alunos presentes informaram que a turma teve prova na noite anterior e que alguns alunos estavam a caminho, eles aguardariam mais um tempo para iniciar a aula. Passados 30 minutos, havia 29 alunos, quase todos estavam presentes. Os alunos demonstraram paciência e respeito com a demora em iniciar a aula, quando o professor levantou e iniciou todos fizeram silêncio. Ao longo da aula sempre há um ou dois que falam mais alto, mas no geral percebi respeito com o professor, atenção e receptividade para a aula.

Antes de iniciar a aula programada para o dia, o professor disse: “*vamos repassar a aula anterior, nos falem como foi a experiência da ida ao território*”. O professor perguntou aos alunos como foi a visita no local da imersão, pois a turma, dividida em grupos de alunos, foi

aos municípios para a primeira visita no território da imersão/vivência na comunidade e nas unidades do SUS. O professor questionava e ouvia com atenção um a um dos representantes de cada grupo contando a experiência. Eles comentavam quem os recebeu, quais as impressões que tiveram, se visitaram a comunidade, se observaram as condições locais e do entorno e que atividades fizeram. Os alunos relatavam como foi a imersão e o professor demonstrava interesse nas respostas e fazia questionamentos de como eles tinham sido recebidos, assessorados, quais atividades fizeram, quais impressões tiveram e se haviam encontrado todas as informações. Enfim, o professor retomou o que haviam trabalhado na última aula teórica e se inteirou de como havia sido a primeira imersão dos alunos.

Após os relatos da imersão, o professor começa a seguir o planejamento da aula, apresentando o conteúdo em PowerPoint com o Datashow. Ele explica antes do que trata cada slide, lê algumas partes, dá exemplos, complementa as informações, consegue tornar a aula dinâmica apesar do conteúdo ser denso. Durante o tempo de exposição do conteúdo, o professor andou de um lado a outro da sala, com tranquilidade e também dinamismo, conseguindo obter a atenção dos alunos a maior parte do tempo. A exposição durou cerca de uma hora, tendo iniciado às 9:30. As 10:30 tiveram intervalo de 20 minutos e, após o intervalo, o professor prosseguiu com as exposições dos conteúdos por cerca de mais 1h20 de aula.

No intervalo, alguns alunos ficaram deitados nos sofás no corredor de entrada do prédio, pois o ambiente é familiar e os alunos sentem-se bem à vontade ali. O local onde está o campus é um grande prédio pertencente ao Seminário Nossa Senhora Aparecida, localizado fora da zona urbana, em um grande terreno com muito verde, rodeado de plantas, árvores e flores. Além dos alunos, professores e funcionários, não há mais ninguém, nem movimento de pessoas estranhas na parte da Faculdade.

O prédio tem dois andares, uma parte do mesmo não faz parte da UFFS, é destinado às pessoas do Seminário, mas nas vezes em que estive lá não vi circulação dessas pessoas. Ao lado do prédio onde estão as instalações da UFFS tem um ginásio, onde são organizadas oficinas e atividades com grupos da comunidade, em geral em parceria com o Seminário. O local difere bastante da formalidade encontrada em muitas instituições de ensino superior, em especial nas faculdades de medicina. Outra observação interessante é que os próprios alunos criaram uma caixa para receber doações de ração para os cães que são largados no Seminário, pude ver quatro cães, mas o segurança que fica na entrada do prédio da Faculdade disse que toda a semana largam outros cães ali e os alunos os alimentam e cuidam, pois, os cães chegam ali muito magros.

Observei que os alunos foram receptivos durante boa parte da aula, participaram em diversos momentos, fazendo perguntas e trazendo informações que complementavam o que

estava sendo apresentado e discutido. Mesmo após o final da aula, um grupo de alunos foi até a classe do professor falar com ele e um dos alunos ficou ainda mais tempo pedindo dicas de livros e perguntando sobre a avaliação da disciplina. E o professor atende a todos com muita calma, transmite segurança mesmo quando demonstra não estar à par de todas as rotinas de ordem prática do funcionamento institucional.

A turma pareceu ser bem entrosada, mesmo sendo o segundo semestre de curso eles convivem bastante tempo juntos, devido a carga horária intensa do curso, talvez também por muitos deles estarem longe da terra natal e da família, criando laços de amizade na turma. Demonstraram ter bom relacionamento de grupo e com os professores. Se posicionam e reivindicam o que necessitam, como observei durante a aula, quando o coordenador do curso entrou na sala para fazer um comunicado à turma e eles solicitaram alguns ajustes em termos de horários e laboratórios disponíveis para estudar para as provas, sendo acertado com o coordenador que seria providenciado. No turno da tarde eles tinham estudo dirigido da disciplina, portanto, a aula encerrou às 12h30.

Observação aula: Saúde Coletiva I

Local: Seminário Nossa Senhora Aparecida

Data e hora: Aula observada em abril de 2016, das 8h20 às 12h30.

Cheguei antes do início da aula e encontrei a professora na sala da coordenação. Ao sairmos em direção a sala de aula, algumas alunas vieram encontrá-la e chegaram abraçando a professora, beijando, com muito carinho e a professora igualmente as tratava com muito carinho, e foram assim rodeando a professora até a sala de aula. Na chegada da sala todos falam animadamente com a professora, é impressionante o carinho e respeito que demonstraram com a professora e ela com eles.

A aula foi na mesma sala da Saúde Coletiva II. Ao chegar, a professora solicitou aos alunos que ajudassem a fazer um grande círculo com as cadeiras. Em seguida me convidou para ficar no círculo também, me apresentou e pediu que eu falasse mais sobre mim, sobre a pesquisa e que acompanharia a aula com eles. Logo a seguir a professora disse: *“como hoje é o Dia Mundial da Saúde, eu gostaria que cada um de vocês levante e abrace o colega mais próximo, pois a saúde começa com o afeto por nós e pelos outros, começa pelo cuidado uns com os outros”*. Todos os alunos levantaram e abraçaram, não apenas a quem estava próximo, mas a todos, inclusive a professora e a mim. Foi muito bonito de ver e sentir.

A aula foi dividida em dois momentos: o primeiro foi de dinâmicas em grupos e o segundo foi aula expositiva e dialogada com apresentação de slides em PowerPoint e vídeo

sobre o Pacto na Saúde⁵⁵, com o uso de Datashow. Os temas da aula foram: o Dia Mundial da Saúde; o SUS; a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS); a Norma Operacional Básica (NOB); o Pacto pela Saúde; e, o Decreto 7.508.

A professora desenvolveu a aula de maneira criativa, participativa e inovadora. Estavam presentes cerca de 30 alunos. Iniciando a dinâmica, a professora solicitou aos alunos que formassem grupos de sete e oito alunos. A cada grupo foi dado uma proposta diferente: o conteúdo da aula anterior, história e legislação em saúde. Como forma de fixar o conteúdo teórico, cada grupo deveria fazer uma encenação teatral e apresentar a proposta do tema entregue a cada grupo.

Na primeira etapa da aula os alunos participaram totalmente. As encenações foram incríveis. Todos os quatro grupos foram muito criativos e criaram objetos, tais como estetoscópio de papel, para melhor demonstrar os temas que cada grupo tinha que encenar. Grupo 1: Encenar como seria o atendimento à saúde a partir dos Princípios e Diretrizes do SUS; Grupo 2: Expressar através de encenação a Participação na Saúde com base na Legislação; Grupo 3: Expressar a História da Saúde no Brasil através de encenação; Grupo 4: Encenar o que é Saúde com base na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

No intervalo, no meio da manhã, um grande grupo de alunos lancham no refeitório e outros ficam nos demais espaços do campus ou pegam sol na parte externa do prédio. A professora me convida e vamos encontrar os alunos no refeitório. Eles estavam fazendo lanche coletivo, faziam café e um deles levou bolo e dividiu com todos ali. A aluna que fez café oferece a todos e o diálogo segue descontraído e amigável por todo o intervalo. A professora sugere aos alunos que continuem a fazer lanches coletivos, cada semana um traz algo e ela mesma se compromete a fazer um lanche, os alunos aprovam a sugestão.

Após o intervalo, iniciou a segunda parte da aula. Por ser um conteúdo novo, eles assistiram um vídeo e slides com conteúdo e explicação da professora. Na segunda parte da aula a professora fez exposição dialogada do conteúdo. Esta parte tornou-se um tanto cansativa e a professora comentou isso com os alunos, pois sabia que era um momento cansativo e se desculpou por isso. Na medida do possível a professora procurava tornar mais dinâmico, usando recursos como vídeo institucional sobre o tema, com música criada para explicar o SUS. A aula

⁵⁵ “O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) [...] visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. [...] redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, s./p.).

foi até aproximadamente as 12h30. No período da tarde, a professora deu um estudo dirigido referente ao conteúdo desenvolvido no turno da manhã com os alunos.

Observei que, quando a professora fala, existe muito respeito e afeto com os alunos e que eles a atendem prontamente. Os alunos possuem grande apreço pela professora, buscam nela apoio, orientação sobre pesquisa, sobre questões pessoais e demonstram confiança na professora. Ela os atende com uma postura carinhosa, atenta, sorrindo, ouve, responde, dá atenção e demonstra se importar. Provavelmente devido a formação pedagógica e experiência anterior, a professora apresentou desenvoltura na aula, apresentou qualidade metodológica e didática, bom planejamento, utilizou variados recursos didáticos e contemplou a participação e protagonismo dos alunos com diferentes dinâmicas. A aula foi bastante agradável, como pude perceber na reação e participação dos alunos. Foi também, na maior parte do tempo, uma aula com dinamismo e motivação dos alunos, especialmente na primeira parte da aula, quando representaram médicos, doentes, gestores de saúde e parlamentares durante a encenação, na qual se divertiram muito.

Observação aula: Imersão/Vivência

Local: Unidade Básica de Saúde (UBS) – Estratégia Saúde da Família Santa Rita em Marau.

Data e hora: Aula observada em abril de 2016, das 7h30 às 17h30.

A Imersão/Vivência é a parte prática e vivencial da disciplina de Saúde Coletiva. Os grupos de alunos vão para as unidades de saúde em seis municípios: Água Santa, Barra Funda, Ernestina, Marau, Pontão e Sertão. Segundo explicita o artigo I do Regulamento da Imersão/Vivência:

A Imersão/Vivência, desde a primeira fase, é viabilizada através da inserção e acompanhamento dos acadêmicos nos distintos cenários do SUS, em diferentes municípios e realidades regionais. Esse processo educativo diferenciado apresenta características transformadoras na formação do profissional médico, pois visa implantar e implementar estratégias pedagógicas que promovam uma aprendizagem significativa adequada às demandas sociais e profissionais. A atividade propicia aos acadêmicos uma interação contínua e direta com o território, suas questões socioculturais, políticas e econômicas, de onde emergem as condições de saúde e seus agravos nas diferentes populações.

Nesse processo educativo, ocorrem ações de integração ensino-serviço-comunidade em que os atores envolvidos na Universidade, no SUS e nas próprias comunidades promovem a construção de processos dialógicos, parcerias interinstitucionais, atuação em equipes, produção compartilhada de saberes e ações comprometidas com a saúde integral das populações (REGULAMENTO DE IMERSÃO, 2014).

A UBS onde foi observada a imersão está localizada no município de Marau. Este município, localizado a 33 km de Passo Fundo, foi emancipado em 28 de fevereiro de 1955. Sua população de mais de 40.000 habitantes (2015)⁵⁶ era inicialmente composta por imigrantes italianos, mas nas últimas décadas têm recebido pessoas de outras regiões do país, atraídos pela diversificação da economia local, com indústrias do setor frigorífico, dos setores metal-mecânico e do couro.

A Unidade de Saúde da Família Santa Rita possui uma boa estrutura, composta por: um consultório médico; um consultório odontológico; um consultório psicológico; uma sala de vacinas; uma sala de procedimento; uma recepção; uma sala de esterilização; um consultório de enfermagem; uma lavanderia; uma cozinha; e, dois banheiros. Está situada num local de fácil acesso, as ruas são asfaltadas, possui tratamento de água e esgoto, iluminação pública, boas casas, enfim, é um bairro aparentemente organizado, limpo e tranquilo. De acordo com a médica preceptora⁵⁷ dos alunos e professora da Saúde Coletiva na UFFS, Marau é um dos municípios mais organizados em termos de atenção básica à saúde⁵⁸.

No dia da imersão, os alunos se encontraram no estacionamento da Escola de Enfermagem do Hospital São Vicente e Paulo (HSPV), no centro de Passo Fundo. O transporte é fornecido pela universidade, são vans que levam cada grupo de aluno no município e na UBS onde fazem a parte da vivência em Saúde Coletiva. No dia em que fui acompanhar um dos grupos de Marau, cheguei às 7h30 e fui com os alunos, três moças e um rapaz. O grupo é composto por cinco alunos, porém, neste dia, um dos alunos já havia comunicado aos colegas que não iria. O transporte era confortável, com ar condicionado, cinto de segurança e em bom estado. Levamos cerca de 40 minutos para chegar à UBS Santa Rita em Marau.

Durante o trajeto fomos conversando, já os conhecia do dia em que observei a aula teórica da turma deles e eles responderam o questionário da pesquisa. Ainda que eu não lembrasse individualmente de cada um, eles lembravam de mim. Em pouco tempo os alunos, principalmente duas alunas, falavam com abertura sobre o curso, as disciplinas, perguntavam também como estava sendo meu estudo. Os assuntos foram gerais, desde o local onde cada um

⁵⁶ Segundo o IBGE (2016b).

⁵⁷ Preceptor é o médico que está na UBS, desempenha função de médico no local e é referência para os alunos na imersão. Está vinculado à UFFS para este fim, ou seja, acompanhar a vivência no campo. Ele deve ser referência no campo de trabalho, atuando como facilitador e intermediador da integração do acadêmico ao serviço, a equipe de trabalho e aos usuários e é responsável por orientar e avaliar o desempenho dos estudantes durante a imersão. (REGULAMENTO DA IMERSÃO, 2014).

⁵⁸ Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (MARAU, 2014).

morava, quais as percepções da cidade, até que começamos a falar das aulas, percebi que havia interesse neste tema.

Uma aluna perguntou o que eu pensava sobre determinada metodologia de aula de um professor, reclamavam que as aulas das disciplinas da chamada humanização proposta no curso *“são muito entediadas, não aprendemos nada, os professores destas disciplinas dão sempre o mesmo tipo de aula cansativa e isso dá sono, desmotiva”*. Sugerí que conversassem com os professores sobre isso, pedissem que o mesmo diversificasse a metodologia, então uma aluna disse: *“não adianta e temos medo que fiquem irritados e saiam do curso, não podemos perder professores agora”*. Falei que era importante eles manifestarem a opinião deles e certamente não haveria razão para os professores abandonarem o curso. Argumentei da dificuldade de adaptar temas densos como os do curso deles em aulas agradáveis e dinâmicas, que existem situações que o melhor é propor seminários, leituras dirigidas e discussões no grupo em aula, mas podem e devem variar as aulas.

Chegamos na UBS situada em um bairro residencial, local urbanizado, instalada em um pequeno prédio de alvenaria, pintado de branco, bem cuidado por fora, com bancos externos e plantas bem cuidadas. No interior da UBS, na primeira sala fica a recepção, ao lado esquerdo da sala há uma mesa e cadeira, onde fica o funcionário que recebe e encaminha as pessoas. Do lado direito da sala tem bancos de madeira grandes, onde os pacientes aguardam atendimento. O grupo de alunos entra, diz bom dia rapidamente e se encaminha em direção ao interior da unidade. No caminho eles encontram a enfermeira que os cumprimenta e vem ao encontro deles e se aproxima a médica preceptora para recebê-los. De imediato, a professora expõe aos alunos a agenda do dia, fala dos pacientes que foram agendados para eles, os conduz até a sala onde são organizados os materiais e depois os encaminha para as salas onde atenderão. Foram agendados pacientes para eles atenderem em duplas – os alunos atendem sem a professora, pois estão no sexto semestre. Após o atendimento do paciente, os alunos saem do consultório para discutir o caso com a preceptora e, após isso, alunos e professora dão o retorno ao paciente.

Ao meio dia a Unidade de Saúde fecha e reabre às 13h. Três dos alunos, a professora e eu fomos almoçar juntos num restaurante, onde geralmente eles almoçam quando tem a vivência. Uma das alunas pediu para ir embora, pois estava com cólicas – a professora ofereceu remédio, mas a aluna disse que não queria, que precisava ir embora, pois não se sentia bem. A professora disse que se ela preferia assim, estava certo, porém ficaria com falta no período da tarde. Outra aluna não foi almoçar no restaurante, pois levou comida, disse que gasta muito cada vez que tem imersão. Levou um livro e estudou na ida e disse que iria estudar no intervalo do almoço. Os outros três alunos foram almoçar conosco, sentamos todos juntos. Os assuntos

foram sobre saúde, sobre atendimentos médicos, a professora contou algumas das experiências vividas durante sua trajetória acadêmica e profissional e as situações de atendimento pelas quais passou. Falou ainda da cidade e os alunos também comentaram sobre o gasto extra cada vez que tem imersão.

Depois do almoço, a professora passou em casa (ela mora em Marau) e os alunos e eu voltamos para a UBS. No caminho conversamos sobre o que pensavam sobre a imersão, ao chegarmos nos juntamos à aluna que havia ficado na UBS e a conversa prosseguiu. Ouvia eles falar e havia muita crítica e resistência, desta vez mais explícita em relação à imersão e à humanização. Diziam que achavam desnecessária a imersão, questionando porque não era realizada em Passo Fundo, porque tinham que se deslocar, se em Passo Fundo tem muitas UBS. Argumentavam que muitas vezes perdiam tempo sem ter o que fazer, lá ao menos poderiam estudar, mas ali na UBS ficavam ociosos. Falavam que gastavam mais para se alimentar, que se cansavam mais, visivelmente contrariados, afirmaram não ver utilidade em se deslocar para a imersão.

Depois, as críticas começaram a ser sobre a humanização. Uma das alunas falava com raiva, dizia: *“não entendo o que querem com humanização, por acaso vou ser diferente porque um é rico e o outro é pobre? Não, vou tratar igual, vou fazer o mesmo atendimento. Não é o curso que vai fazer alguém humano, ou a pessoa é humana, ou não”*. Os outros dois alunos em alguns momentos argumentavam a favor dela, em outras vezes ficavam em silêncio.

A professora chegou e não continuamos o assunto, pois haviam pacientes para os alunos atender. Ela falou com os alunos antes sobre quem era cada paciente, olharam os prontuários e conversaram sobre a história de cada paciente. A professora os orientava e incentivava a fazer a escuta sensível, a questionar sobre questões pessoais trazidas nas consultas anteriores, por exemplo, havia casos de separações, de morte na família, e ela ressaltava aos alunos o quanto essas questões afetam os quadros de saúde dos pacientes.

Teve uma das pacientes que os alunos foram até a professora e perguntaram se deveriam tocar no assunto pessoal que estava no prontuário, pois a paciente parecia muito ansiosa, e a professora disse sim, orientou-os a perguntar com respeito e delicadeza. Depois os alunos relataram que mal foi perguntado e a paciente chorou muito, então depois se acalmou, foi escutada e orientada. Antes da paciente ser liberada, a médica/professora entra junto com os alunos no consultório para conversar com a paciente e dar o retorno da consulta junto com os alunos.

A professora explicou, como era rotina no dia de imersão, que a equipe na UBS se organiza com antecedência, agendam pacientes que já são acompanhados na Unidade e, se

possível, marcam o retorno com os alunos que os atenderam antes, assim eles podem acompanhar o paciente. Ela disse que os alunos ajudam nestes dias, pois se há muitos pacientes, ela consegue ajudar a equipe, atendendo casos que não estavam agendados.

Em conversa com a professora, procurei esclarecer pontos sobre os comentários que os alunos haviam feito no intervalo do almoço – sobre a perda de tempo da imersão que poderiam estar estudando para provas, por exemplo. Perguntei como eles ocupavam o tempo durante a imersão, se faziam uso dos demais espaços na UBS. Soube da professora que eles podem usar diversos espaços na Unidade, dentre eles, uma sala onde tem dois computadores, uma mesa grande com várias cadeiras e uma pequena biblioteca com alguns livros de medicina. Ela disse que os alunos podem usar aquele espaço para estudar e outras salas também, quando não tem atendimento, podem usar os computadores para fazer consultas, pois possui internet. Concluí, então, que a justificativa apresentada pelos alunos, quanto a não poder ocupar o tempo para estudar, durante a imersão, não se justifica.

A UBS Santa Rita é uma das mais modernas e bem equipadas dentre os seis municípios onde acontece a imersão. O espaço é limpo, bem cuidado, tem uma funcionária que fica todo o dia na Unidade para limpar e fazer café. A qualquer momento a equipe e alunos podem ir na cozinha tomar café que está sempre pronto e fresco. Além disso, tem os intervalos entre um atendimento e outro, quando é possível encontrar alguns dos demais funcionários da Unidade lanchando e compartilhando suas bolachas com quem desejar. Existe um clima amigável e espontâneo entre todos da equipe, boa parte se conhece e trabalha junto há algum tempo. A cozinha oferece toda a infraestrutura, inclusive para cozinhar se assim desejarem.

Conversei com a enfermeira da manhã e com algumas alunas da residência múltipla, que estavam na unidade e pude observar, que existe um clima de respeito e partilha de saberes entre o grupo. Neste dia houve um encontro para as gestantes organizado pelas agentes comunitárias e alunas da residência múltipla. Esses encontros são periódicos e, além de assuntos sobre a gestação e maternidade, é oferecida orientação nutricional e servido um lanche saudável às gestantes. O processo de ensino e aprendizagem se dá através da prática incluindo a todos na Unidade. Observei ainda, ao transitar pela Unidade e conversando com grupos de pessoas que atuam ali, que os estudantes de medicina são respeitados e que existe uma estrutura de trabalho e aprendizagem montada para recebê-los. Não observei resistência por parte da equipe em relação a presença dos alunos. A enfermeira, comentou que vê o trabalho deles como um auxílio para a Unidade.

Contudo, observei que os estudantes não se misturam muito com os demais grupos, só se reportam à professora e eventualmente à enfermagem ou outro membro da equipe, se

necessário. Ficam sempre juntos e de preferência dentro do consultório. Observei que ao saírem para ir embora, apenas se despediram da professora, não se despediram do funcionário que fica na recepção. Ele estava com um paciente em sua frente atendendo, contudo, poderiam tê-lo cumprimentado e também aos pacientes que ali estavam. Passaram reto, ansiosos para entrar na van e sair.

Um fato chamou a atenção em relação à médica preceptora e professora: sua desenvoltura na UBS com os alunos e com a equipe toda. Demonstrou segurança e iniciativa, se movimentava todo o tempo com alegria e dinamismo. De fato, estava em seu ambiente de domínio, orientava aos alunos sem vacilar, com a confiança de quem sabe o que está fazendo e tem domínio da situação. Se diferenciou muito em termos de atuação na aula teórica em sala de aula, que observei com a mesma, anteriormente. Como informou a médica, é sua primeira experiência como professora e também não teve qualquer formação pedagógica anterior, afirmou que gostaria de saber trabalhar de um modo menos cansativo todos os conteúdos que fazem parte do plano da disciplina. Gostaria de trabalhar de uma maneira mais atrativa, mas não sabia como, contudo, buscava sempre fazer o melhor e tornar menos cansativas as aulas.

Ficou nítido que a professora fica menos à vontade na sala de aula do que no ambiente médico. Na aula teórica percebi que houve planejamento, houve leitura e preparo do conteúdo, havia esforço por facilitar a compreensão dos alunos sobre o conteúdo, contudo, a professora não parecia estar cômoda no espaço da sala de aula. Na imersão, ao contrário, é o espaço da sua atuação, onde ela tem o domínio, se sente confiante, lhe é familiar, ensina pelo exemplo e pela própria prática – a relação pedagógica é diferente. Em relação aos alunos, alguns deles fazem parte do grupo de alunos que identifiquei nos comentários do questionário respondido por eles, como sendo o grupo de alunos menos favoráveis ao modelo do curso. De fato, ficou bem explícito a contrariedade em relação às propostas do curso, ao ouvir seus comentários a respeito da imersão, críticas contrárias ao formato pedagógico do curso, à algumas aulas de humanas e a alguns professores. Neste grupo de alunos há rejeição ao modelo proposto e desenvolvido no curso, pois suas críticas negativas se voltam justamente, aos maiores diferenciais do curso: a aprendizagem e vivência junto às comunidades mais carentes, ao desenvolvimento da humanização desde a formação médica, a aquisição de uma base fornecida por disciplinas das áreas humanas, dentre outros. Estes alunos buscam, na verdade, a formação médica tradicional, contudo, este não é o modelo desenvolvido na UFFS, o que parece ser inaceitável ao grupo.

5.1.5 Entrevista Docente

Entrevistei cinco professores do Curso de Medicina da UFFS/PF, três são formados em medicina e dois professores são formados em outras áreas. Dentre os cinco entrevistados, têm quem se formou em instituições de tradição, outros em instituições com propostas mais inovadoras como a aprendizagem baseada em problemas (ABP)⁵⁹, e, um dos professores é formado fora do país. Os cinco professores entrevistados possuem especialização, destes, três possuem mestrado, e apenas um dos cinco, possui doutorado. Três deles possuem experiência anterior como docente e dois não possuem experiência docente institucional, no entanto, um deles possui experiência em educação popular junto a comunidades quilombolas e rurais.

COMENTÁRIOS DOS PROFESSORES RETIRADOS DA ENTREVISTA

1) Como é percebida a diferença do curso da UFFS em relação aos cursos tradicionais de medicina?

O primeiro professor entrevistado é formado em uma universidade tradicional da região de Passo Fundo, onde mora há 30 anos. Possui uma longa trajetória dentro da Medicina como médico e como docente no Ensino Superior. Ele destaca a diferença da formação do médico na UFFS, trazendo uma comparação com sua própria formação tradicional, diz:

[...] se pegar no meu tempo de formação que nós tínhamos uma formação essencialmente hospitalar, se aprendia a atender pacientes com doenças graves, o dia a dia, muitas vezes a gente não aprendia, muitas vezes o professor não parava para nos falar sobre uma verminose, não paravam para falar isso, depois com as mudanças curriculares começou a se deslocar uma parte das cargas horárias de dentro do hospital para os ambulatorios [...].

Sobre a proposta da UFFS, o professor diz que é diferente, que ela busca integrar os alunos às comunidades para que os alunos entendam a realidade socioeconômica do paciente. No entanto, o professor não está seguro quanto a ser a melhor escolha levar o aluno para a comunidade, ele afirma que os alunos sentem que está faltando alguma coisa, “[...] pois, o modelo de médicos que eles veem é o que o professor que está se apresentando para ele é, exatamente aquele modelo que ele está procurando, só que o professor está lá falando outra coisa”. O professor diz que isso gera uma contradição, um descompasso entre o que é dito e o

⁵⁹ A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) consiste no ensino centrado no estudante e baseado na solução de problemas. In: Medicina (Ribeirão Preto) 2014;47(3): 301-7. (Marcos C. Borges¹, Silvana G. F. Chachá², Silvana M. Quintana³, Luiz Carlos C. Freitas⁴, Maria Lourdes V. Rodrigues⁴). http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n3/8_Aprendizado-baseado-em-problemas.pdf

que o professor representa. Contudo, o entrevistado diz que a ideia em si é boa, mas precisa fazer esta ligação, uma transição, um melhor planejamento e preparação para que os resultados sejam satisfatórios.

O médico e professor destaca ainda que tem aspectos neste modelo da UFFS que estão preparando melhor o médico que os de outrora, em relação ao aluno conhecer sobre os gastos de um hospital e de onde vem o dinheiro para manter o lugar, mas faz uma ressalva quanto ao tempo despendido no curso para isso, conforme explicita abaixo.

[...] como é que o administrador age, porque se o estado não manda o dinheiro para o hospital, o hospital não tem como manter as portas abertas. Eles passaram a entender essa complexidade, eles passaram a entender isso com um administrador mostrando, como é que ele buscava, então houve um ganho, só que isto precisou de um período de quase um ano, e dentro de uma faculdade onde as coisas são rápidas acontecendo, eu achei muito tempo [...].

A outra professora entrevistada é médica de família e comunidade em município vizinho a Passo Fundo. Para ela, o principal diferencial do curso “*é promover o médico completo, é o principal de tudo, é aquele médico que não vai saber atender só em hospital, lógico ele vai atender também em hospital, mas vai atender também na atenção primária, também nas estratégias, acho que é a principal diferença*”. Ela conta que teve uma formação médica diferenciada, com a metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas. Neste sentido, ela percebe que o curso da UFFS tem aspectos inovadores, como a imersão, mas no restante é um curso mais parecido com os tradicionais:

[...] lá (onde se formou) é pró ativa, é totalmente diferente daquela parte teórica que a gente tem aqui, aqui é aula realmente, então como eu nunca dei aula antes, estou tentando adaptar criando algo assim, é difícil, pois é uma mistura de métodos, é tradicional, e a parte de vivência é voltada para uma prática no cotidiano do sistema de saúde, desde o início do curso, através das imersões/vivências, o que ajuda a capacitar o futuro médico para atender na atenção primária e não só no hospital.

O terceiro entrevistado trabalha junto às comunidades rurais camponesas. Ele se formou fora do país em 2009 e é especialista em Medicina de Família e Comunidade. Ele leciona há um ano, sendo sua primeira experiência docente em instituição, mas sempre esteve vinculado com a educação popular na saúde,

[...] tem a parte da educação da comunidade para a saúde, durante toda a minha vida profissional eu trabalho com grupos de educação e saúde nas escolas, com grupos de adolescente e pré-adolescentes, inclusive grupos de criança. É uma idade muito produtiva na educação em saúde, pois tu consegues ver mudanças perceptíveis e consegue trabalhar, sobretudo com unidades rurais onde tem muitos tabus e não tem muito diálogo de mães com filhos e de pais com filhos. E na educação da comunidade, montamos grupos de tabagismo, de hipertensos, diabéticos, fazer palestras sobre doenças transmissíveis, [...].

O professor considera que a maior diferença do curso de medicina da Fronteira Sul é a história da construção da UFFS, que nasce com um compromisso junto à comunidade. Ele conta como acompanhou a criação do campus de Passo Fundo e a Universidade da Fronteira Sul. Conta que antes mesmo da universidade existir, já havia mobilização da sociedade civil organizada em prol da construção de uma universidade,

[...] que respondesse aos problemas sociais existentes na região e juntos aos movimentos sociais, seguimentos da igreja, e inúmeras forças participaram disso. Então, o curso de medicina precisa estar elaborado para dar essa resposta social à nossa região e à sociedade brasileira.

Para este professor, o curso de medicina da UFFS tem outro diferencial, que é o fato de o currículo vincular a formação universitária aos municípios e, em especial, aos pequenos municípios do interior. Ele complementa: “*O que a gente espera do município é que contribua com a formação deles (dos alunos), e que eles (os alunos) também contribuam. E a universidade contribua, na organização das respostas da saúde e nas demandas destas populações*”.

Este professor teve em sua trajetória participação junto aos movimentos sociais da região, iniciada antes de cursar medicina. Antes da criação da UFFS e do curso de medicina da UFFS, ele já acompanhava as reivindicações pela criação dos mesmos. Ele explica que

[...] essa medicina (esse modelo de medicina que o curso está desenvolvendo) surge como um vácuo que existia na formação médica e a Fronteira Sul, sendo uma universidade comprometida com os movimentos sociais, acabou abrindo este curso de medicina e inclusive isso gerou enormes contradições com a sociedade civil organizada, pois em tese este curso não poderia estar localizado em Passo Fundo, isso foi uma decisão que a direção da universidade, a reitoria teve que tomar, pois efetivamente estava dada a possibilidade de abertura de um curso de medicina e faria em Passo Fundo ou não faria, e criou esse, não concebeu esse debate, mas os movimentos sociais, nós poderíamos por exemplo ter construído em Erechim, a gente tem uma base social mais organizada, tem pessoas que sempre contribuíram com o debate para criação da universidade e nós temos um campus da universidade lá em Erechim, e o Ministério da Educação acabou abrindo um curso de medicina para uma universidade particular em Erechim, a gente poderia ter tido um curso público.

Outro argumento usado pelo professor, para que o curso de medicina fosse em outro município e não em Passo Fundo, foi o fato de Passo Fundo possuir outros cursos de medicina privados, ter um número elevado de profissionais médicos e por ser um polo de medicina tradicional. Então, para ele, abrir um curso de visão progressista como este da UFFS ali, com uma organização diferente, provoca enorme resistência em Passo Fundo.

[...] existia uma tensão porque uma das funções da universidade é interiorizar a formação. Na argumentação, [...], foi que o curso aqui já teria um hospital, uma estrutura, e existia essa necessidade que o MEC vinha apontando de formar mais médicos, então quem estava na reitoria, na direção decidiu, bom vamos abrir o curso de medicina, depois a gente vai vendo como fazer.

O professor frisou ainda que o planejamento da criação da UFFS e do curso de medicina são anteriores ao Mais Médicos, ou seja, bem antes já planejavam uma instituição com este modelo e um curso de medicina diferenciado,

[...] inclusive a forma de gestão da universidade, a forma de participação da comunidade na universidade é bem evoluída, talvez inclusive o curso de medicina não chegue a corresponder a expectativa que a comunidade teve na criação do curso, porque a sociedade civil pouco participou da organização deste curso, infelizmente, foi um processo muito rápido.

Dois pontos importantes foram também destacados pelo professor. Ele percebe que as universidades no Brasil, não têm muita autonomia e são muito conservadoras. O outro ponto observado por ele é sobre os movimentos sociais:

[...] isso é uma característica dos movimentos sociais organizados no Brasil neste último período. O movimento faz uma luta e movimentação social até existir algo, no momento que existe, quem vai fazer a gestão é quem está dentro da instituição. Isso não é só com a Fronteira Sul, aqui a gente acompanhou os movimentos até a criação dos campi, depois quem acompanhou o andamento e funcionamento é quem está lá na estrutura da instituição. A comunidade consegue dialogar, faz o encaminhamento dos cursos, tem algumas parcerias com a sociedade civil organizada, mas mesmo assim, a comunidade se afastou da universidade após criação.

Por fim, o professor diz que participou de diversos movimentos sociais ligados à agricultura, pois a região concentra muitas pessoas na agricultura familiar, sendo essa a principal fonte de renda destas pessoas. Por essa razão, os movimentos sociais em defesa dessa atividade, são muito fortes ali: “na época a gente decidiu não seguir mais com o debate, pois não existia mais debate para a sociedade civil, para onde ia o curso de medicina, então a gente decidiu simplesmente, ficar afastados de todo o debate da universidade”.

Uma das professoras entrevistadas, referiu que a diferença do curso de medicina da UFFS, é o fato de ser voltado para uma medicina rural. Também destaca a ênfase na humanização do trabalho médico. Diz que pelo curso estar localizado no planalto médio, uma região de forte tradição em medicina, por conta do curso da Universidade de Passo Fundo, “este curso (da UFFS) sendo federal e de qualidade é uma possibilidade muito importante para os filhos de famílias mais carentes, poderem estudar medicina nesta região. A UFFS está transformando a história da região”.

Outra professora contou a trajetória de criação do curso de medicina na UFFS campus Passo Fundo, pois ela participou ativamente do processo de criação do mesmo. A professora atuou na construção do curso de medicina da UFFS/PF, inicialmente como participante dos movimentos sociais na região, posteriormente como técnica educacional, função que exercia no GHC, cedida à UFFS, durante o processo de instituição do curso em Passo Fundo. Logo depois

prestou o concurso federal para docente titular para o curso de medicina da UFFS/PF. Ela destaca que o que oportunizou a criação deste curso foi o plano de expansão das escolas médicas por parte do Ministério da Educação, que coincidiu com a organização dos atores políticos e sociais do campo da saúde da região de Passo Fundo e conta que *“começou com a prefeitura municipal de Passo Fundo na gestão do PDT (Partido Democrático Trabalhista) e do PT (Partido dos Trabalhadores), eles achavam que era importante a gente ter uma universidade federal aqui na nossa região”*.

No final de 2012, de acordo com a professora, *“se achou que o caminho para expandir essa universidade seria no campo da saúde, aí se procurou o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) para dar suporte na construção de um centro avançado de ciências da saúde aqui”*. Perceberam o momento ideal para expansão, pois coincidiu com o programa de expansão das escolas médicas do MEC e não tinha nenhum curso proposto para a região Sul: *“nossa região começou a se reunir, era a prefeitura de PF, era o GHC e eram os dois hospitais aqui de PF, o hospital São Vicente e o Hospital Municipal”*. O movimento ganhou força com o apoio de associações, como a dos prefeitos da região, do conselho municipal de saúde e de movimentos sociais. Após toda a organização, procuraram o MEC. A professora lembra que foram os últimos a entrar no programa, pois o prazo estava se esgotando. Por essa razão, foi tudo muito corrido e exigiu empenho e dedicação integral de alguns atores. Mesmo tendo entrado por último, a UFFS foi a primeira a criar e abrir o curso de medicina dentro do Programa de expansão das escolas médicas no Brasil.

Neste sentido, além da forma como se deu a constituição do curso, como resposta à uma demanda da comunidade local, a professora destacou três aspectos principais como diferencial do curso de medicina da UFFS. O primeiro é o ingresso dos alunos pelo Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), com as cotas conjugadas com escola pública, renda e cotas raciais. Ela aponta que esta forma de seleção está mudando o perfil dos estudantes de medicina,

[...] isto é bem visível, aqui a gente vê pouco filhos de médicos, a maioria são filhos de trabalhadores com renda até um salário, que estudaram em escola pública. Por si só já traz uma diferença, pois depois de formado não vai ter o consultório do pai para trabalhar, ele é um profissional que vai entrar no sistema de saúde, este é um diferencial, não que eu esteja determinando, a formação já vai determinando.

O segundo diferencial apontado pela professora é a organização do currículo. Ela exemplifica que em outros cursos o ciclo básico é trabalhado de forma bem individualizada das outras partes do curso e na UFFS eles procuraram integrar este ciclo, fazer uma formação generalista desde o início, para sair do modelo tradicional, no qual o curso com o tempo tende a se especializar. A articulação da formação com o serviço de saúde é outra característica

diferente no currículo do curso, como destaca a professora, pois a UFFS não possui hospital próprio vinculado, “*todos os campos de atuação são do SUS, ou conveniados com o SUS, então a gente só vai poder formar em rede integrada, com convênio, com parceria com cooperação*”.

Outro diferencial do currículo mencionado pela professora é os componentes curriculares de Filosofia e História da Fronteira Sul, presentes em todos os domínios curriculares de todos os cursos da UFFS, inclusive no curso de medicina. A coordenação da universidade considera importante que todos os alunos conheçam a história da região e da UFFS.

2) Sentiste necessidade de mudar tua prática pedagógica em razão do curso?

A prática pedagógica dos professores entrevistados foi outra questão trabalhada na entrevista. Além de saber sobre a experiência pedagógica anterior de cada entrevistado, questionei em que medida cada professor sentiu necessidade de modificar sua prática pedagógica no curso.

Dos entrevistados, dois professores não tinham experiência docente anterior à UFFS, nem tiveram formação pedagógica anterior. Um deles comentou que sente dificuldades em planejar uma aula inovadora, gostaria de fazer algo diferente, mais dinâmico, menos cansativo, no entanto, por não ter formação pedagógica anterior e ser sua primeira experiência docente, não sabe como fazer, mas procura fazer o melhor. Acrescentou que o formato do curso ajuda na construção pedagógica, tanto pelo contato com os alunos, que possibilita ter retorno mais imediato daquilo que estão aprendendo, como pelo apoio dos outros professores,

[...] as formas dos alunos assimilarem os assuntos são bem melhores, lógico que vai depender da organização do professor, tem que organizar a parte teórica e a parte prática juntas. Tem um grupo de professores que organizam e fazem isso, não é só dizer tu vais dar aula de SUS e tu vais ter isso e isso, tem que ter um pensamento mais abrangente, ter que pensar a prática também, demanda um pouco mais de trabalho, mas nada que a gente não consiga dar conta, todos os professores se ajudam.

O entrevistado, sem experiência anterior, é professor em uma instituição de ensino, pela primeira vez na UFFS, e também não teve formação pedagógica anterior em sua formação, contudo, ele atua na educação popular em saúde junto às comunidades mais carentes, especialmente com crianças e adolescentes em idade escolar.

Os outros três entrevistados são professores com experiência e tiveram formação pedagógica na graduação ou na pós-graduação. Um deles é médico e possui 16 anos de experiência docente em curso de medicina. Ele teve formação didática em seu curso de mestrado profissional na área médica. Disse, na entrevista, que o curso era voltado para formação de professor de ensino superior e não para formar pesquisador. No referido curso, ele

teve 160 horas/aula de didática, com uma professora rígida e exigente, mas que fazia com que todos os médicos/alunos estivessem atentos às lições que ela lhes transmitia. O professor comentou que foram marcantes as aulas da professora e que nunca esqueceu a postura da professora e da didática que adotava em aula. Ele comenta como é sua prática pedagógica em aula:

A gurizada, quando chega no curso superior, não chega preparada, vem achando que é um curso de segundo grau, que vai chegar lá o professor vai entregar a matéria mastigadinha e depois vai fazer uma provinha, então eu tento acabar com isto, às vezes a gente tem dificuldade, mas eu tento fazer isso e sempre contando histórias, eu sempre intercalo as histórias no meio, que é aquilo que te falei, eu não sou religioso, mas Cristo ensinou por parábolas, não tem coisa melhor que você contar uma história e você inculcar o que quer na história. E junto com isso, com um aluno mais no final da faculdade, se ele pegar o livro, ele vai estudar igual, o que difere o livro do professor é o conhecimento do que é mais urgente, como é que você chega aquela linha de raciocínio. Essa é a diferença, o resto tem tudo nos livros, você tem como encurtar o caminho, à medida que você já tem experiência, isso o livro não te dá, experiência. Ele te dá o conhecimento.

Uma entrevistada, é professora com experiência docente em educação superior na área da comunicação, e relata que teve formação e atuação 'autodidata' no teatro, além de vivência nas artes, e diz procurar agregar na educação formal do curso de medicina, os conhecimentos adquiridos de áreas que se complementam de forma coerente. “*Eu procuro trabalhar assim neste sentido, tornar úteis estas diferentes áreas, convergindo...*”. A professora está na UFFS desde 2013, trabalhando nas disciplinas relacionadas à comunicação e produção textual. Até 2015 trabalhou na disciplina de Saúde Coletiva, acompanhando as imersões.

Outra professora entrevistada, possui experiência docente desde o magistério, trabalhou vinculada à educação formal e informal, com comunidades rurais, mulheres camponesas, quilombolas e indígenas. Atualmente, mantém projetos de extensão com algumas destas comunidades. Começou a lecionar no ensino superior em 2001 e está no curso de medicina da UFFS desde a criação do mesmo. A professora vai fazendo relatos que demonstram que o curso de medicina na UFFS proporciona desafios pedagógicos para professores e alunos em razão da proposta inovadora, em especial pelas imersões em locais diferentes, que demandam posturas e ações que fogem ao padrão tradicional do ser professor e do próprio aluno.

Por exemplo, ela relata que no curso de medicina existem algumas polêmicas em relação aos componentes curriculares de Filosofia e História da Fronteira Sul, pois alunos e médicos tinham muita resistência à essas disciplinas. Para minimizar as resistências, a coordenação sugeriu trabalhar nas disciplinas questões da saúde na região e no Mercosul. Contudo, a professora não sabe dizer se estão conseguindo integrar os temas com o campo da medicina.

No componente de Saúde Coletiva é desenvolvido a parte teórica com a inserção direta no SUS, nos territórios e nas comunidades de cada lugar, que é a imersão/vivência com o cotidiano em saúde. Comenta a entrevistada que a disciplina demanda, no que se refere à prática docente, dentre outras habilidades, a capacidade de fazer a interação dialética entre a teoria e a prática dentro da Saúde Coletiva. No entanto, é possivelmente o maior desafio pedagógico do curso aos professores e alunos. Mas é uma disciplina em construção e, como foi mencionado pelos professores, adaptações são necessárias e estão sendo feitas ao longo do curso.

Outra mudança curricular no curso de medicina que demandou habilidades pedagógicas foi o componente curricular Processos Biológicos (PB). De acordo com a professora, esta disciplina foi pensada como um diferencial na formação básica específica da medicina, ou seja, o componente PB é resultado da proposta de integração entre as disciplinas de Fisiologia, Anatomia e Citologia integradas. Contudo, na prática não ocorre a integração, pois os professores responsáveis pela disciplina PB dividem o conteúdo e cada um desenvolve sua área específica. Para a professora, isso é uma contradição: *“só mudou o nome, mas continuam a desenvolver uma prática disciplinar, cada um vai lá e dá a sua aula, a prova é uma só, mas também com pedacinhos da matéria de cada professor”*.

Um dos professores do componente Processos Biológicos, comentou como trabalham na disciplina:

Quando se fala nas aulas teórico-práticas tem se usado a especificidade de cada professor, no meu caso o aparelho digestório, eu dou anatomia e fisiologia do aparelho digestório. O momento que tenta se integrar isso é o chamado Seminários Integradores, daí os alunos fazem uma história clínica com pacientes, é adotado um paciente para este momento onde eles trabalham muito a investigação e aí se reúne o grupo de professores para poder debater, este é o momento.

Quanto à disciplina de Seminário Integrador, a professora diz que SI foi pensado também para que todos os professores de todos componentes curriculares participassem, mas na prática virou um estudo de caso: *“[...] na residência já se faz isso, com outro nome, uma hora por semana eles fazem isso, estudo de caso clínico”*. Contudo, ela compreende que é difícil trabalhar conteúdos integrados, pois exige uma outra formação dos professores.

A professora fala um pouco sobre sua prática pedagógica, conta que tem desenvolvido experiências satisfatórias de ensino e aprendizagem junto aos alunos do curso,

[...] a gente está desenvolvendo devagar, eu vou falar como eu trabalho isso, pois não está totalmente integrado no conjunto do curso e dos professores. A partir das vivências que os alunos vão vivenciando nos territórios vamos ajudando eles a produzir textos, análises críticas, produzir trabalhos científicos, produzir artigos, que vão ajudando eles a desenvolver um pouco de elementos dentro da pesquisa, a partir da experiência.

3) Quais desafios e dificuldades são percebidos no curso pelos professores?

Dentre as dificuldades apontadas, uma das entrevistadas relatou a falta de tempo dos alunos para participar de outras atividades, como as de extensão, por exemplo. Ela conta que desenvolveu um projeto de extensão para trabalhar linguagem científica e teatral junto às comunidades, aproveitando a experiência das imersões dos alunos. Muitos alunos manifestaram interesse em participar, alguns entraram no projeto, mas não conseguiram dar continuidade por falta de tempo. Outra dificuldade relatada pela professora foi em relação ao preconceito que existe em relação ao professor que não é médico. Questiono se é por parte de alunos ou colegas e a professora responde: “[...] é pelos dois lados, mas não é generalizado, é em maior grau num e noutro, teria que investigar melhor o preconceito ao não médico, pois acaba sendo uma dificuldade e um desafio, há o que ser trabalhado.”

Um professor se refere ao fato dos docentes que estão no curso em sua maioria não terem experiência como professor e, mesmo os que têm experiência, não ser no sistema da UFFS. Se refere também à dificuldade dos alunos que tem aula até tarde da noite e precisam pegar ônibus para voltar para casa, diz que é muito escuro e perigoso ali na parada de ônibus do Seminário Nossa Senhora Aparecida. O professor diz,

Tem várias coisas que eu acho que precisa de um comprometimento um pouco maior, uma logística melhor, pode parecer bobagem, mas um espaço físico melhor adequado vai melhorar muito dessas coisas, não estou dizendo que lá não tem salas etc., mas é um professor dando aula aqui o outro lá distante, outro lá, não cria um grupo, dentro de uma faculdade tem que ter um grupo, onde um professor lá no 6º ano sabe como está pensando o outro colega.

A construção do curso foi apontada por quase todos os entrevistados como um desafio, pois afirmam que não existem certezas quanto ao resultado do processo. É necessário esperar a primeira turma se formar para ver se tudo o que se fez foi suficiente para formar o profissional médico que o curso tem por objetivo formar. E essas incertezas do processo de construção são sentidas pelos professores, como expresso em algumas de suas falas durante a entrevista.

[...] daí vem as dificuldades, na teoria a situação é bonita, para quem já está há anos na medicina. Primeiro, você não têm professores preparados para essas situações, é o primeiro grande impacto dessa situação, você não pode pegar um professor acostumado a viver dentro do hospital, que nem ele sabe, e eu estou falando por mim, você não sabe a periferia como está, se pegar os professores que adentraram, com uma ou outra exceção, todo mundo está treinado com a situação hospitalar, então esta interface é um problema, a ideia eu acho muito boa, mas tem que operacionalizar, e esta passa pela capacitação, você capacitar o corpo docente para poder oferecer o que é a intenção, porque se não, é frustrante para os dois lados, e eu acho que na UFFS muito aconteceu em relação a isso, a frustração de ambos os lados.

[...] na UFFS ficou um pouquinho mais complexo, o fato de ramificarem inclusive para outras cidades (sobre as imersões), aí vieram uma série de outros problemas agregados, viagens, o conhecimento local dessas pessoas [...]. Como trabalhar com esta gurizada em residência, você precisa estar inserido na comunidade, porque se

não as pessoas te recebem bem, mas elas têm que saber de alguma forma quem você é, com o agente de saúde junto, com o técnico de enfermagem junto que já está inserido no lugar, é você adentrar essa situação. Isso gera um distanciamento porque nós somos daqui [...]. Só que vem uma autocrítica que todas as vezes que nós fizemos isto nós só tiramos da comunidade, nós não demos nada para a comunidade, nós não fomos lá atender um grupo de pacientes, pelo menos orientar, não, nós fomos lá buscar informações deles e depois viemos embora. [...].

Outro professor chama a atenção a aspectos relacionados às dificuldades que poderão ser enfrentadas pelos egressos do curso. São aspectos relevantes que envolvem formação médica e atuação profissional, refletindo sobre o profissional que a UFFS está formando e sua colocação no contexto regional de trabalho. Na opinião dele, dentre os médicos que sairão da UFFS, pouquíssimos vão ser generalistas, a maioria vai se especializar em uma área focal e, isso segundo o professor, devido aos diversos desafios para ser um profissional médico generalista no Brasil. Ele cita alguns desafios:

[...] primeiro o médico generalista é pouco valorizado, não tem uma carreira garantida, geralmente tem um subsalário e uma alta carga de trabalho e ainda sofre preconceito por quem é especialista focal. [...] coisa que dizem 'ah quem está na atenção primária em saúde é porque não teve condições de virar um especialista focal', são preconceitos que quem decide ficar na atenção primária deverá enfrentar. Segundo, é um mercado de trabalho que não é atraente, que consiga chamar atenção das pessoas. E terceiro, que aqui na nossa região, mas também é a realidade brasileira, não está estabelecido quem vai contratar os profissionais médicos no futuro.

O professor explica que o custo de um médico para os municípios é elevado, o ministério faz um repasse, mas quase sempre não é suficiente para pagar dignamente o médico, então os municípios fazem uma manobra, a qual o professor diz ter presenciado em sua prática, que é o médico trabalhar menos horas do que expressa o contrato de trabalho, porque o salário não é o equivalente da expectativa do que ele iria receber. Então é bastante complexo, como expressa o professor, pois na região a contratação dos médicos pelos municípios do interior envolve questões políticas, como ele explica:

[...] o médico é uma liderança, ele acaba exercendo uma liderança inevitavelmente. As disputas eleitorais de municípios pequenos de 3 ou 4 mil habitantes, tomam o cuidado quem está no poder, de não concursar um profissional médico, só contratar, pois isso significa facilidade de não ter vínculo definitivo e poder dispensar dependendo da posição que assume esse profissional na política local.

Pelos relatos dos professores foi possível verificar que inovações curriculares desenvolvidas no curso de medicina da UFFS são os aspectos no curso que mais geram polêmicas, em especial na atividade de imersão, que representa diversos desafios, tanto para os professores, como para os alunos. A proposta de formação acadêmica associada a um campo de trabalho médico, tradicionalmente não utilizado para fins de formação médica – em outros

espaços físicos, em unidades básicas de saúde (UBS) do SUS, junto às comunidades carentes, com recursos tecnológicos e humanos por vezes escassos – se apresenta como um desafio, de aprender e ensinar em contextos reais, diferentes do hospital, considerado por muitos professores como local e cenário ideal de aprendizagem para formar novos médicos.

Dos desafios surgidos em relação à organização e arranjo das vivências junto às UBS muitos foram superados, como reconheceram alunos e professores na pesquisa. Um exemplo foi expresso na fala do professor que foi mais crítico a este respeito: “*a UFFS implantou um modelo novo e vai levar na cabeça e vai aprendendo. Se fosse iniciar hoje, nossa maturidade já é maior, já não é aquele grau de quem começou há 2 anos atrás tentando buscar.*”

4) Como percebes a postura dos alunos em relação ao curso?

Quis saber dos professores como percebem a postura dos alunos em relação ao curso como um todo e como os alunos tem reagido, manifestado e expressado suas opiniões em relação ao curso e às atividades propostas. Uma professora descreve um pouco como observa as reações iniciais dos alunos:

No início é um choque para eles, é uma coisa nova, tem toda uma desconfiança, toda aquela será que vai dar certo, será que eu vou aprender, não vou aprender, será que vou me formar um bom médico ou não vou, acho que todo curso novo tem isso, com o passar do tempo acho que já vai melhorar, já estão mais tranquilos, anteriormente quando ia apresentar o plano de aula eles faziam mil perguntas, detalhes mínimos, coisinhas, perguntavam, está mais tranquilo agora.

A mesma professora destaca, no entanto, o quanto é significativo o fato dela e os demais professores estarem fazendo parte deste processo de desenvolvimento de uma universidade nova e de uma proposta inovadora: “*sendo uma universidade nova [...], eu, como os outros professores, vou ser inovador, produtor de um conhecimento e de uma forma diferente de repassar um conhecimento, [...] importante para os alunos também, toda esta construção é muito significativa*”.

Outra professora comenta sobre reclamações dos alunos de duas turmas do curso em relação a alguns temas específicos de aula e de problemas técnicos na faculdade.

Eles reclamam da instabilidade da internet no campus, então às vezes eu tenho que trabalhar em outro local que não seja no campus por conta desta instabilidade [...] eles precisam acessar sites de revistas científicas médicas, eles precisam trabalhar no computador e reclamam com razão. A primeira turma teve mais gente resistente à filosofia, produção textual acadêmica enfim, estatística, teve mais gente abertamente resistente. A segunda turma que está na terceira fase teve um grupo um pouco menor de pessoas críticas, como eu disse as respostas e os feedbacks, foram somente positivas, eu observo que há uma aceitação muito grande da turma [...]. Na disciplina de Seminário Integrador vi eles reclamarem de dificuldade de comunicação, ou informações que chegaram muito em cima da hora, algumas informações que não

chegaram, aí eles tiveram surpresas, me deu a impressão que alguns alunos se sentiram um pouco desamparados, em como seria avaliado, não teria ficado claro, a partir do que me disseram, teria que conferir.

Um dos professores comenta que no geral percebe que os alunos reagem bem em relação ao curso, ele acredita que o problema maior é os docentes conseguirem transmitir segurança para os alunos quanto à proposta do curso: “[...] a gente enquanto docente conseguir deixá-los (os alunos) seguros, quando você não tem conhecimento de uma situação e está nela inserido e tem que conduzir essa situação, então vê são muitos questionamentos, muitas coisas que o aluno não entende e nem mesmo o professor entendeu”. Porém, o professor observa que atualmente está melhor do que foi no passado, ele acredita que nas turmas mais recentes essas questões serão corrigidas. O professor observa uma redução da insegurança dos alunos em relação ao que era no início do curso.

Uma das professoras entrevistadas, que é da área da comunicação, conta como ocorreram algumas resistências de alunos em relação às atividades propostas em sua disciplina de Produção Textual: “A segunda turma, que está na terceira fase, teve muita resistência de fazer este tipo de trabalho, eles não reliam, não socializavam, a maioria deles praticava o mesmo, que é escrever e entregar para o professor, eles se negavam a fazer outro método”. Questionei a professora sobre como ela conseguiu superar isso com os alunos e ela disse que, na verdade, não sabe se superou, explicou que,

[...] neste momento eu flexibilizei, em razão de uma sobrecarga horária do curso, eles têm pouquíssimo tempo para leituras para estudo, eles têm que estudar muito, eles têm muitas aulas. Então por exemplo, assim, na medicina de Harvard tem as tardes livres, aqui tem aula, manhã, tarde e noite, é trabalho, trabalho, leitura, muito conteúdo. Então, neste ponto eu resolvi flexibilizar um pouco, não ser tão exigente naquele momento, talvez eu tenha errado, e daí eu acabei negociando com eles de uma outra forma.

A professora relata que trabalha bastante a escrita com os alunos, os vícios de linguagens e redundâncias, e acredita estar alcançando bons resultados. Ela conta da vez que um aluno, já no 5º semestre do curso, disse: “eu não preciso saber sobre ciência e nem sobre textos científicos, eu vou ser um médico, eu vou pagar para escreverem estes textos para mim”. Naquele momento ela conta que explicou ao aluno e aos demais alunos presentes na turma a importância da atualização para a prática médica, explicou que não é a maioria dos médicos que consegue se atualizar, os que conseguem se atualizar se diferenciam na qualidade do trabalho e que esta atualização acontece inclusive se recorrendo a textos científicos.

Argumentei com ele e com a turma, que o texto científico é o relato de um processo de pensamento científico, é um tipo de linguagem, um tipo de raciocínio que se pode utilizar inclusive em consultório, então dizer que não precisa saber sobre ciência e

nem sobre texto científico indica realmente que ele precisa aprender sobre isto, que ele está ignorando o que seja isto.

A resistência de alunos em relação à dinâmica e organização do curso foi percebida e relatada por uma professora entrevistada,

Percebo muita resistência, é a minha segunda turma, é um curso novo e como todo curso novo ele está se estruturando, as coisas ainda não estão todas completamente organizada, às vezes pequenas faltas nem tanto na organização, mas de programação e isso acabou gerando problemas e muitas vezes dúvidas, por não saber o que vai ser daqui para frente. A gente ainda está estruturando os próximos semestres, então eu acho que eles como todo estudante de medicina, querem atender paciente, eles querem ver sangue, é bem normal de estudante mesmo, esta parte de saúde coletiva às vezes é maçante, lógico ela tem esta parte, tem bastante teoria, mas também tem a prática.

Um dos professores entrevistado diz não ver rejeição nos alunos ao modelo do curso, uma vez que é esta a proposta pedagógica da universidade. No entanto, reconhece que existem algumas deficiências e contradições na aplicação do modelo: “[...] nos municípios nós tivemos uma contradição, temos falta de pessoas capacitadas para serem professores no território, quem vai formar esses alunos, quem vai formar no território, na estratégia de família, essa é a contradição que a gente teve neste momento”. O professor considera que a proposta pedagógica do curso é avançada e que dialoga com o atual momento em que vive a sociedade brasileira em saúde, porém, há essa contradição:

[...] nós não temos um território preparado para receber o estudante, isto gera nos estudantes uma determinada angústia. A universidade tem feito um esforço e dialogado com gestões municipais e houve avanços neste ano letivo [...] temos em cada um dos seis municípios conveniados com a universidade, um médico responsável por conduzir o processo formativo do estudante, obviamente que o semestre começou recentemente, mas a gente vê e espera que tenham ótimos resultados, pois faz uma diferença enorme ter um profissional que esteja minimamente vinculado à universidade, e que se possa também cobrar, conversar e pactuar o que vai acontecer.

Ainda sobre a questão das contradições no curso, uma professora observa, também em relação a disciplina de Saúde Coletiva, que na parte das imersões existem duas contradições. Segundo ela:

[...] tem o lado bom que o aluno está produzindo conhecimento, está interagindo in loco com o sistema de saúde e as equipes [...] muitas vezes o estudante quer ser o juiz do lugar, o tribunal de contas que vai lá, e ele não pode ser isso. Ali é um campo que não tem como não enxergar as contradições, esse é um lado muito bom do nosso projeto pedagógico, o limite é um limite pedagógico do meu ponto de vista, que nós precisamos construir ferramentas de reflexão teórica para análise de situação de saúde, para análise de contextos.

5) O que consideras que está bom no curso e o que poderia mudar?

Apresento os comentários dos professores sobre esta questão. Como nas questões anteriores, foi possível observar que o 'calcanhar de Aquiles' do curso, na opinião dos entrevistados, é a Saúde Coletiva. Como observado nas opiniões dos professores a seguir:

[...] acho que a parte da imersão/vivência deles nos municípios é muito importante deve permanecer, pode melhorar a organização dessa parte, os municípios também podem trazer para nós as necessidades deles, as dificuldades deles, e os alunos podem contribuir mais com os municípios para onde estão indo, então são pequenas falhas que acredito que com o tempo se vai corrigindo e organizando. O que é sonho e o que é factível? Sonho toda a estrutura pronta, todos os alunos num local só, tenha anatomia ali, fisiologia aqui, as aulas juntas, ambulatórios próximos, aí você vai ter uma integração, isso é factível dentro de alguns anos. A gente tem salas, mas são todas distantes umas das outras, o deslocamento nos causa transtorno, mas acho que isso se melhora com o tempo. A biblioteca tem que melhorar, custa caro mas tem que ter, não temos os periódicos básicos ainda não tem, neste sentido tem várias coisas que já poderia ter acontecido, mas teve cortes de verbas, e uma outra etapa que é uma adequação do currículo atual, como é um currículo novo, aos poucos tem que acontecer, a própria situação das imersões uma adequação da carga horária nas outras disciplinas também obrigatoriamente tem que haver uma adequação.

Um professor entrevistado diz que, na opinião dele, hoje se tem um extremo oposto ao que se tinha no passado, quando se formava um anatomista, devido a excessiva carga horária de anatomia no curso de medicina: “[...] hoje você tem que dar o ‘beaba’ tão enxuto que eu acho que vai fazer falta, primeiro você tem que dar alicerce, você constrói o raciocínio em cima de alicerce, para isso eu preciso saber anatomia, fisiologia, bioquímica [...]”. Ele complementa que é assim não só na UFFS, outras instituições também estão reduzindo as ciências básicas e, para ele, sem essa base não se estrutura uma linha de raciocínio. O professor faz sugestões para a disciplina de Saúde Coletiva, que para ele não dá a base que o aluno precisa.

[...] a saúde coletiva, por exemplo, poderia andar um semestre na frente, aí você tem como ir jogando aquele raciocínio. [...] eu almejava diferente, aumentar um pouco as ciências básicas e diminuir um pouco a SC e num segundo semestre volta a Saúde Coletiva a pleno vapor, mas dá um tempo, no passado no primeiro e no segundo ano tu não entrava no hospital tu via ciência básica, ficava estudando fisiologia, citologia, anatomia de uma maneira esquizofrênica, pois era muito exigido e tinha que aprender aquilo lá muito bem, para depois dar o passo seguinte houve uma inversão tão grande que isso acho que foi um erro didático não deu tempo nem para uns se preparar nem para outros.

6) Na tua opinião qual o perfil médico que sairá do curso da UFFS?

Com esta questão tive por objetivo saber a opinião dos professores em relação ao perfil médico que sairá formado na UFFS e provocar a reflexão acerca do mercado de trabalho atual e o perfil de médico que se está desenvolvendo na UFFS. No caso de êxito na proposta do curso, a tendência é ter um médico com um perfil diferenciado, que ofereça um atendimento mais humanizado. E tendo a estrutura atual de atenção em saúde, é de se questionar se o médico

formado na UFFS conseguirá desenvolver as habilidades adquiridas nas diferentes áreas de atenção à saúde.

Para uma das entrevistadas, o perfil será bem amplo, de um médico que poderá trabalhar em qualquer local e fazer qualquer tipo de atividade relacionada com a medicina, desde especialista, se desejar mais tarde, até aquele médico que vai atender na estratégia da saúde da família: *“A formação deles vai ser muito ampliada com relação a isso e eles vão ter uma visão melhor de tudo”*.

Na opinião de outro professor, os egressos do curso poderão se inserir em qualquer serviço, contudo, em seus argumentos menciona limitações: *“[...] ele vai trabalhar na rede básica, muitos querem isso já, ele vai sair em condições de ir para a especialidade que ele escolha em um hospital ou fora, ele vai sair com uma visão mais ampla da medicina [...]”*. No passado, segundo o professor, o médico saía pronto para atender pacientes e resolver problemas graves, às vezes com uma visão cirúrgica: *“[...] ele não vai sair pronto para isso, vai sair com uma visão básica geral, mas não vai estar pronto, [...] houve uma desconstrução em partes da formação, não vai ter um médico para gravidades, ele vai ter uma visão ampla básica, até vai passar pela emergência, mas ele vai sentir”*.

Um outro professor apresentou argumentos que ampliaram e enriqueceram a perspectiva da questão sobre o possível mercado de trabalho do médico egresso da UFFS, bem como sobre o campo médico na região e no Brasil. Ele argumenta que a UFFS não está formando médicos para Passo Fundo, uma vez que em PF tem em torno de mil médicos ou mais, de acordo com o professor. *“[...] e o nosso perfil demográfico de médicos no RS é caótico, nós temos entorno de 25 mil médicos na ativa, mais de 50% estão na região metropolitana de Porto Alegre e em polos regionais, que concentram muitos médicos, como é o caso de PF [...]”*. É um número enorme, segundo o professor, por essa razão afirma que a UFFS está buscando dar respostas a uma demanda regional.

Cerca de 40% ou mais dos 25 mil médicos no RS não trabalham no SUS, afirma o professor, eles trabalham somente por planos de saúde ou em consultórios particulares:

“[...] então no final, sobram 15 mil médicos para dar conta de todo o Rio Grande do Sul, para atendimento na atenção pública, e estes estão concentrados em alguns locais, 3 mil na região de Porto Alegre, e tendo concentrações onde tem as universidades, Caxias do Sul, Passo Fundo, Santa Maria, Pelotas, então, o interior mesmo padece de falta de profissionais, de médico qualificado, falta de formação continuada para os médicos que estão nos municípios, falta de plano de carreira pra estes profissionais, falta muitas vezes do próprio município de manter este profissional médico [...]”.

Na opinião do professor, em relação ao cenário atual de distribuição de médicos pela região, a universidade não conseguiu avançar neste sentido, “[...] *por exemplo, os municípios de Pontão, Ronda Alta, Barra Funda, não tem nenhum estudante aqui, são contradições enormes, pois este estudante da UFFS acaba não pertencendo a esta realidade, não entendendo muitas coisas.*” Outra questão levantada pelo professor é sobre o uso de agrotóxicos na região e isso é um grande problema, no entanto, este tema não aparece na formação, “[...] *deveria ser transversal, e a gente precisa pensar em pesquisa, é a região que mais usa agrotóxico*”.

Na região onde se localiza a UFFS nos municípios do interior, os profissionais médicos trabalham muitas horas, como confirma o professor: “*não tem hora, não tem dia, não tem noite, a qualidade de vida é muita baixa*”. O professor conta que em Palmeira das Missões tem apenas três obstetras e eles trabalham 40 horas no município, tem consultório particular e trabalham no hospital, ou seja, durante todo o ano são eles que realizam todos os atendimentos de partos, e o professor chama atenção para o fato de que são pessoas com uma certa idade, “[...] *eu me pergunto em qual horário vivem, o que fazem quando saem? A qualidade de vida é baixíssima.*”

Para este professor é importante refletir e entender na formação, qual é o papel do médico na sociedade, pois para ele, “[...] *há muita confusão neste perfil, tenho observado que há grandes variações de uma região para outra na formação médica, por exemplo, no nordeste do Brasil, se consegue uma formação mais próxima da realidade, é o que observo no produto desta formação, é uma observação pessoal*”. O professor conta que morou na região Nordeste e que mantém contato com amigos médicos lá, ele conta que,

[...] são médicos muito mais próximos da realidade, muito mais humanos, se aproximam mais da sociedade, é um profissional vamos dizer mais comum, ele faz parte daquele meio social, não se distancia, coisas que aqui a gente tem muita dificuldade no Sul. Aqui o profissional é extremamente fora, deslocado do meio em que ele trabalha e é exatamente aquela visão de que o paciente é o paciente e eu sou médico, então estabelecemos e deixamos clara a distância que existe entre nós [...].

Para o professor este é um desafio para a formação do perfil médico que o curso da UFFS pretende formar, ao instalar o curso na cidade de Passo Fundo. “[...] *pois é o que eles (os alunos) vão ver todos os dias na formação deles, o perfil do profissional médico, a forma como se veste, como anda, o carro que dirige, esse status médico acaba criando essa subjetividade também do profissional e do próprio estudante.*” O professor diz não ter dúvida que o perfil médico em Passo Fundo é do médico elitista, pois “[...] *há um status aqui, a*

categoria médica tal como no RS, tem se mostrado muito conservadora. [...] não é que é culpa da categoria médica é que é o processo de formação de categoria médica”.

Nas colocações do professor ele ressalta que a formação tradicionalmente tem ficado a cargo de uma pequena burguesia, ou classe média alta, e a ideologia dessa classe tem determinado os valores na formação em saúde, o que representa um risco e um desafio para um novo modelo de formação médica, pois a formação tradicional se caracteriza por,

[...] um pensamento antipopular, antidemocrático e antinacional, então tudo o que é de melhor para a categoria médica é produzido fora, e com alta densidade tecnológica. Com um padrão de atendimento intra hospitalar, todo mundo tem que ter consultório, as consultas de valor exorbitante. São nesses hospitais que nossos alunos vão se formar, é muito difícil disputarmos uma questão ideológica com esses hospitais, então na formação a gente tem que fazer um esforço grande, e só vamos saber o produto final quando esses estudantes efetivamente tornarem-se médicos.

5.2 O CASO ESPANHOL

Durante o estágio doutoral que realizei na Espanha, fui convidada pelo meu orientador Professor Bartolomé Rubia para participar do projeto de pesquisa no qual ele fazia parte como pesquisador. Tratava-se de um projeto proposto por seis professores da disciplina Inovação Biomédica e Novas Tecnologias (IBNT), do curso de medicina na Universidade de Valladolid. Foi a partir da participação na pesquisa da IBNT que desenvolvi o segundo estudo de casos desta tese.

5.2.1 A Universidade de Valladolid

A Universidad de Valladolid (UVa) é uma universidade pública espanhola, localizada em Castilla y León na cidade de Valladolid. Fundada no ano de 1241, é a terceira universidade mais antiga da Espanha, vindo atrás da Universidad de Palencia e da Universidad de Salamanca. A UVa está organizada em faculdades e escolas universitárias, possui sete campi distribuídos em quatro cidades da região de Castilla y León: Valladolid, Palencia, Soria e Segovia. A Universidade de Valladolid é composta por oito Faculdades e quatro Escolas Técnicas Superior, que oferecem 34 cursos de graduação, além de muitos cursos de pós-graduação. Atualmente, a UVa conta com mais de 30.000 alunos e 2.000 professores distribuídos entre os cursos de graduação e de pós-graduação (dados relativos ao ano de 2014-2015).

5.2.2 A Faculdade de Medicina da UVA

A Faculdade de Medicina da UVA possui uma longa história que data do ano de 1404, com a criação da Cátedra de Física, por ordem do Rei Enrique IV de Castilha, mas registros de estudantes apareceram somente depois de 1546. Segundo relatos da história no site da UVA⁶⁰, o estudo da medicina se apoiava em quatro Cátedras, duas vitalícias, “Prima” e “Víspera”, e outras duas menores temporais, Medicina e Anatomia. Em 1594 foi criada a Cátedra de Cirurgia, que se juntou as outras quatro. Em 1807, uma lei suprimia todas as Faculdades de Medicina na Espanha, com exceção de Salamanca e Valência, contudo, não houve tempo para ser colocada em prática esta lei.

Depois da invasão da Espanha pelas tropas de Napoleão, reimplantou-se o estudo de medicina em Valladolid e em 1845 o ensino da Medicina e Cirurgia foi transferido para Salamanca, mas retornou à Valladolid em 1857. A Faculdade de Medicina da Universidad de Valladolid de Castilha foi a primeira Faculdade de Medicina da Espanha. A Faculdade desenvolve os cursos de Medicina, Logopedia (Fonoaudiologia) e Nutrição Humana e Dietética. Na oferta educativa para 2014/2015, no curso de Medicina no Campus de Valladolid, foram disponibilizadas 185 vagas.

Na Universidade de Valladolid, o objetivo em relação ao graduado em Medicina é que ele desempenhe as funções que constituem os objetivos gerais da formação médica, distribuídos nas competências e objetivos específicos, nas diferentes matérias e disciplinas, as quais têm por função preparar o profissional médico para ser capaz de:

- Prevenir problemas de saúde, no âmbito social e pessoal, com ênfases aos mais predominantes e graves;
- Diagnosticar os problemas de saúde;
- Resolver os problemas de saúde mediante o tratamento adequado;
- Aliviar o sofrimento, diminuindo as consequências daqueles problemas de saúde que sejam apenas suscetíveis de palição;
- Manter sua competência profissional, sendo capaz de detectar suas necessidades de formação e de buscar a informação confiável, relevante e atualizada;
- Contribuir com a formação de outros profissionais de saúde;
- Realizar tarefas de gestão sanitária.

⁶⁰ Disponível em: <http://www.med.uva.es/index.php?option=com_content&view=article&id=92&Itemid=620>

Para isso são necessárias atitudes, habilidades e conhecimentos que permitam ao estudante de medicina alcançar:

- Uma formação adequada das bases biológicas e sociais da medicina;
- Um raciocínio clínico competente;
- Um firme compromisso ético e social;
- Uma plena consideração humana da profissão.

A consideração humana da profissão médica é explicitada pela Universidade de Valladolid:

Es de esperar que los estudiantes del Título de Grado en Medicina afronten en el globalizado mundo donde les tocará ejercer la profesión médica, los retos de uno y otro sistema. En todo caso, en su ambiente prioritario, la educación médica del espacio europeo debe intentar conseguir en ellos un perfil profesional de médicos que traten enfermos, no enfermedades, de médicos con actitud crítica, comunicadores y empáticos, capaces de tomar decisiones adecuadas para el paciente y para el sistema, efectivos y seguros, al propio tiempo que honrados y fiables. (*UNIVERSIDAD DE VALLADOLID*, 2016, s./p.).

5.2.3 Critérios de acesso ao ensino superior espanhol

São princípios que regem o acesso às universidades espanholas: o pleno respeito aos direitos fundamentais e aos princípios de igualdade, mérito e capacidade; e, acessibilidade universal, com igualdade de oportunidades e não discriminação e o acesso das pessoas com *discapacidad* (necessidades especiais). O Real Decreto 1892/2008, de 14 de novembro, estipula as condições para o acesso ao ensino superior de graduação nas universidades públicas espanholas.

A Lei Orgânica 2/2006, de 3 de maio, sobre a Educação, em seu artigo 38, estabelece que o acesso aos estudos universitários exigirá a posse do título de *Bachiller* (título de conclusão do Ensino Médio) e a aprovação de uma prova. Esta prova tem por objetivo avaliar, além das “*calificaciones obtenidas en el bachillerato, la madurez académica, los conocimientos y la capacidad de los estudiantes para seguir con éxito las enseñanzas universitarias*”⁶¹. O conteúdo da prova é equivalente ao desenvolvido nas matérias de *segundo de bachillerato* (o *bachillerato* está organizado em 1º, 2º e 3º - são três anos) e a prova tem validade para acessar aos distintos cursos de graduação nas universidades espanholas.

⁶¹ Ver Real Decreto 1892/2008 em: http://www.uva.es/export/sites/uva/2.docencia/2.01.grados/2.01.01.pruebasdeacceso/_documentos/Real-Decreto-1892-2008-Acceso-a-la-Universidad.pdf

Compete ao Governo definir as características básicas da prova de acesso à universidade a partir de consulta prévia às comunidades autônomas e prévio encaminhamento de um relatório à *Conferencia General de Política Universitaria y Consejo de Universidades*, para então as autoridades educativas e as universidades organizarem a prova, garantindo a adequação ao currículo do *bachillerato*. Em 2007, o Real Decreto 1467/ 2007, de 2 de novembro, instituiu modificações no ensino *bachillerato*, a partir do qual foi estabelecida sua estrutura e fixados os conteúdos mínimos, criando a necessidade de adequação da prova de acesso à estas mudanças.

As vagas em todos os cursos na UVa são distribuídas entre uma quota geral e as quotas de reserva. Os estudantes que possuam os requisitos para ingressar na universidade, seja por acesso geral ou pelo percentual de reserva, podem utilizar uma ou mais vias de acesso para solicitar a admissão em um curso da UVa. Todos os candidatos fazem uma prova de acesso na universidade, com exceção dos candidatos às quotas de reserva.

As vias de acesso são: a partir dos estudos de *Bachillerato*, que corresponde ao Ensino Médio no Brasil; e, a partir dos *Ciclos Formativos de Grado Superior*⁶², que consiste numa formação de nível superior, dirigida a alunos que já cursaram o *Bachillerato* e buscam uma alternativa à universidade. Esses, são cursos essencialmente práticos, com menor duração que a graduação e qualificam o aluno para incorporar-se ao mundo do trabalho.

A distribuição⁶³ das vagas seguem a seguinte ordem: no primeiro momento, à estudantes aprovados na prova de acesso à universidade, na convocatória regular do ano em curso, ou nos anos anteriores; à estudantes que possuam título de Técnico Superior em alguma das áreas de Formação para o Trabalho, Artes Plásticas e Desenho e Desportivo Superior; e, à estudantes que possuam títulos equivalentes. Num segundo momento, as vagas são destinadas a estudantes aprovados na prova de acesso à universidade, na convocatória extraordinária do ano em curso e para estudantes com aprovação nos estudos, que conduzem aos títulos de Técnico Superior.

Existem outras modalidades de acesso, mediante prova realizada na universidade, as quais são específicas para cada grupo de acordo com sua faixa etária: maiores de 25 anos, maiores de 45 anos e maiores de 40 anos que comprovem experiência de trabalho profissional. Podem se candidatar aqueles que não possuem nenhuma titulação acadêmica, que habilite para ingresso na universidade e que possuam experiência laboral e profissional, relacionada com uma das áreas de ensino universitário. O acesso se dá, nos chamados ensinamentos concretos disponibilizados pela universidade, ligados à preparação para o mercado de trabalho e os candidatos devem encaminhar solicitação, ao Reitor da Universidade.

⁶² Segundo informações do EducaWeb (2016).

⁶³ Fonte: material de divulgação impressa, distribuído no setor de matrículas da Uva.

As quotas são divididas: em 2% para titulados universitários, 3% para maiores de 25 anos, 2% para maiores de 40 anos e maiores de 45 anos, 5% para pessoas com necessidades especiais e 3% para desportistas de alto nível (para o curso de Fisioterapia se destina 5%).

5.2.4 A Disciplina *Investigación Biomedica y Nuevas Tecnologías* (IBNT)

Investigações Biomédicas e Novas Tecnologias (IBNT) foi a experiência acompanhada durante estágio doutoral na Espanha e incorporada como objeto de estudo nesta tese. O objetivo geral da IBNT é a formação para a pesquisa do estudante de medicina na Universidade de Valladolid.

A disciplina foi criada no ano de 2011, na Universidade de Valladolid na Espanha, como parte das mudanças nos cursos de ensino superior desenvolvidos no marco da criação do EEES. A disciplina é parte do Módulo 2 do curso de medicina, denominado Medicina Social: Habilidades Sociais e Iniciação à Investigação. A IBNT possui 3 ECTS⁶⁴ – Sistema Europeu de Transferência de Créditos – e é uma disciplina “troncal”, como se referem os professores que a lecionam, faz parte do eixo central do currículo de medicina naquela universidade, é uma disciplina obrigatória desenvolvida no segundo ano do curso de medicina.

A disciplina é ministrada por 11 professores e envolve vários Departamentos da UVA: Bioquímica e Biologia Molecular e Fisiologia; Biologia Celular e Farmacologia; Cirurgia; Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Fisioterapia; Pediatria, Imunologia e Obstetrícia-Ginecologia; Nutrição-Bromatologia; Psiquiatria e História da Ciência; Teoria do Sinal e Comunicações; e, Engenharia Telemática.

IBNT segue as orientações por competências adotadas a partir do Tratado de Bolonha. As competências específicas da disciplina (Ordem ECI/332/2008) são:

- Conhecer, avaliar criticamente e saber utilizar as tecnologias e fontes de informação clínica e biomédica para obter, organizar, interpretar e comunicar informação clínica, científica e sanitária;
- Utilizar com autonomia um computador pessoal. Usar os sistemas de busca e recuperação de informação biomédica;

⁶⁴ O ECTS foi lançado em 1989, no Programa Erasmus, com objetivo de facilitar o reconhecimento dos períodos dos estudos efetuados no estrangeiro pelos estudantes de mobilidade através da transferência de créditos. Os países que assinaram o Processo de Bolonha identificaram o ECTS como um dos pilares fundamentais do Espaço Europeu de Ensino Superior. O ECTS baseia-se no princípio de que 60 créditos medem o volume total de trabalho de um estudante a tempo inteiro. Na Europa, esse volume de trabalho situa-se entre as 1500 e 1800 horas por ano e nesses casos um crédito corresponde a 25-30 horas de trabalho. Regra geral, 30 créditos equivalerão a um semestre e 20 créditos a um trimestre de estudos (UNIVERSIDADE DE COIMBRA, 2009).

- Conhecer e saber utilizar os procedimentos de documentação clínica;
- Compreender e interpretar criticamente textos científicos.
- Conhecer os princípios do método científico, a investigação biomédica e o ensaio clínico;
- Conhecer os princípios da telemedicina. Conhecer e saber utilizar os princípios da medicina baseada na (melhor) evidência;
- Realizar uma exposição em público, oral e escrita de trabalhos científicos e/ou informes.

Dentre os objetivos específicos da IBNT está o de proporcionar ao aluno: conhecer os fundamentos da pesquisa e o método científico; conhecer as bases para o desenho do projeto; conhecer sobre financiamento e execução de projetos de investigação; compreender a pesquisa como tarefa unida à assistência; o hospital como centro de pesquisa; conhecer o conceito de Bioinformática e sua aplicação nas ciências biomédicas; conhecer os fundamentos da medicina baseada na evidência; identificar características, vantagens e utilidades da telemedicina e da consulta à distância; e, aprender a usar, com autonomia um computador pessoal e os programas úteis para a biomedicina.

Quanto à avaliação, a disciplina possui dois instrumentos: um exame teórico de perguntas curtas, ou de tipo teste, cujo peso é de 80% da nota; e, a avaliação das práticas, através da análise de dados, buscas bibliográficas, consulta à base de dados, etc., esta parte representa 20% na nota final. Além destes dois instrumentos, existe a avaliação contínua, resultante de consenso entre os professores. Após avaliação das demais atividades do curso é concedida uma nota que equivale, no máximo, a 10% acima da nota final (soma da nota dos instrumentos avaliativos citados). Quando a qualificação final supera os 100% é atribuído “*con honor*”, honra ao mérito do aluno.

5.2.5 Inserção no Projeto IBNT

Minha participação junto ao projeto IBNT “Avaliação do impacto formativo a longo prazo, da disciplina ‘Investigação Biomédica e Novas Tecnologias’, na atividade profissional dos egressos da Faculdade de Medicina”, ocorreu sob duas perspectivas complementares: a primeira foi como pesquisadora atuando na equipe de pesquisa, colaborando com desenvolvimento dos instrumentos de pesquisa, participando das reuniões de planejamento, do levantamento dos dados e de análises preliminares (quando terminou meu estágio, o projeto estava em andamento); e, a segunda perspectiva foi como aluna do doutorado e pesquisadora, focando na construção deste estudo de caso para minha tese.

O objetivo do projeto de pesquisa da disciplina IBNT foi avaliar se as atividades de ensino e aprendizagem desenvolvidas pela IBNT no novo formato, eram adequadas para conseguir, a longo prazo, com que os egressos se tornassem médicos plenamente capazes de usufruir dos resultados da investigação biomédica em sua prática profissional. A justificativa para criação do projeto se deve ao reconhecimento de que a prática médica está sustentada em conhecimentos científicos gerados a partir da atividade de pesquisa. Neste sentido, a formação do médico investigador, além de ser essencial, é tida como o motor de novas descobertas na área da pesquisa em saúde, promovendo revoluções na prática médica e, por consequência, na qualidade de vida e saúde humana.

A equipe do projeto da pesquisa era composta por seis professores da área biomédica que lecionam a disciplina, além um professor e dois doutorandos da área da educação. Para os professores da disciplina se faz necessário uma mudança no sistema de saúde, que potencialize a figura do médico-investigador, mas consideram que o pilar fundamental está na mudança de atitude dos médicos, a qual compete aos formadores e à formação dada pelas faculdades de medicina ao futuro médico (Convocatória 14-15, do Projeto de Inovação Docente). O projeto teve início em setembro de 2014 e pude acompanhá-lo de outubro de 2014 a julho de 2015.

5.2.6 Trabalho de campo

O trabalho de campo e a coleta de dados para a pesquisa do doutorado, teve início nas reuniões de pesquisa, nas quais foi possível observar, como os professores se organizavam enquanto grupo, em uma disciplina com formato e organização diferentes, apresentando e desenvolvendo uma proposta inovadora. Entre reuniões, planejamentos, elaboração de instrumentos, observações de aulas da IBNT, acompanhamento da coleta de dados, discussões em equipe e avaliação, fui coletando os dados para a construção do estudo da minha tese. Nesta coleta de dados, aproveitei todas minhas imersões em campo, tanto na participação do projeto de pesquisa, quanto em outras atividades específicas para a tese.

Como instrumentos, utilizei a entrevista com os seis professores que lecionam a disciplina e que estão na equipe do projeto IBNT, e questionário com questões abertas e semiabertas, com os alunos da disciplina IBNT. As entrevistas foram ricas e contribuíram muito para conhecer o funcionamento da disciplina e sobre a educação superior na Espanha, pois os depoimentos e relatos sobre a experiência de alguns professores ampliou a visão que tive nas observações das aulas. A aplicação dos questionários aos alunos foi um tanto frustrante, pois tinha uma meta de aplicar questionários a 30 alunos da disciplina e foram entregues

questionários para alunos de duas turmas, durante a aula da disciplina IBNT, ou seja, em número maior que os 30 da meta, no entanto, só consegui nove questionários respondidos, neste momento. Posteriormente, consegui outros dois por e-mail, quando já havia retornado ao Brasil.

Por sugestão dos coordenadores da disciplina, a aplicação do questionário ficou para o último dia de aula. Em reunião com os professores, ficou decidido que eu levaria os questionários na Faculdade no dia do teste final e os próprios coordenadores da disciplina entregariam aos alunos de duas turmas, no momento em que acabassem a parte teórica do teste. A organização foi sugerida desta forma, pois a presença nas aulas teóricas não é obrigatória, portanto, o melhor dia para conseguir a participação de maior número de alunos era o dia da avaliação final, que é obrigatório aos alunos. O teste final é composto de duas etapas, uma inicial em sala de aula e a segunda etapa no laboratório de informática. Porém, neste dia faltou luz no prédio logo no início da segunda etapa e não funcionaram os geradores de energia elétrica no laboratório de informática, ocasionando a suspensão pelos professores da segunda etapa do teste.

Os alunos receberam o questionário da pesquisa logo que terminaram a prova teórica escrita, eles iriam respondê-lo até o final da segunda etapa do teste, no entanto, diante do cancelamento desta etapa, os alunos foram orientados pelos professores que respondessem ao questionário e o deixassem no escaninho dos coordenadores da disciplina, localizado ali no mesmo prédio onde estavam, mas apenas 9 alunos entregaram o questionário respondido.

Diante do ocorrido, é imprescindível fazer uma observação sobre a dificuldade de obter a participação dos alunos nas pesquisas, como descrevi acima, e anteriormente, ocorreu semelhante com o projeto de pesquisa da disciplina. Junto aos dois professores da educação, integrantes da equipe, passamos em três turmas durante as aulas da IBNT para apresentar o projeto, expor os objetivos, os procedimentos que seriam realizados e convidar os alunos para participar da pesquisa. Foi explicado que a adesão era voluntária, mas justificou-se a importância dos estudantes se inscreverem para participar de um grupo focal, foi explicado a dinâmica, foi salientado o anonimato nas informações e, por fim, incentivado a participação dos alunos em todas as etapas da pesquisa, que tinha por finalidade qualificar o ensino no curso de medicina.

Foi disponibilizado dois e-mails aos alunos para inscrição, poderiam fazer contato direto com os professores, manifestando o interesse em participar da pesquisa, contudo, ao longo de mais de dois meses, uma aluna foi a única a manifestar interesse. Tal fato levou a equipe de pesquisa a desistir do grupo focal e repensar formas de obter a participação dos alunos na pesquisa, ou seja, obter a participação dos alunos em outras atividades que não fossem as

obrigatórias do curso não era tarefa das mais fáceis, demandando, em muitas reuniões de pesquisa, uma pauta específica para discussão de como conseguir a adesão dos alunos à pesquisa.

5.2.7 Descrição das observações e percepções obtidas junto à equipe de pesquisa durante as reuniões

As reuniões aconteciam sempre na sala de reuniões da biblioteca do Instituto de Biologia e Genética Molecular (IBGM). O IBGM está situado em um prédio de quatro andares, onde estão laboratórios de análises químicas e biológicas, além da biblioteca. É um prédio destinado à produção de pesquisas biomédicas, local onde cinco dos professores da equipe produzem suas pesquisas para a Universidade, onde possuem suas salas, recebem e orientam alunos.

A primeira reunião que participei foi a primeira da equipe, após a aprovação do projeto. Por ser a primeira, foi tratado do planejamento das ações iniciais do projeto, dos instrumentos que deveríamos desenvolver, como se daria a apresentação do projeto para os alunos, quais as estratégias seriam buscadas para obter maior participação dos alunos, etc. Inicialmente, fui apresentada ao grupo de professores da medicina e falei um pouco do meu projeto. Fui muito bem recebida pelo grupo e me deixaram à vontade para interagir e opinar.

Observei, na primeira reunião, o modo como a equipe se organizava. Existe uma pauta para cada reunião, enviada previamente por e-mail. No início da reunião a coordenadora do projeto apresenta a pauta e passam a discutir cada item constante nela. Todas as decisões são planejadas, discutidas e aprovadas em grupo. Observei que existiam posicionamentos distintos no grupo, existiam duas professoras mais reservadas, um tanto tímidas, só falavam quando questionadas. Um professor mais velho fez críticas negativas em relação aos alunos, seus comentários não eram muito otimistas, em relação às demandas do projeto. Um outro professor médico - usava jaleco branco, mesmo estando fora do ambiente clínico - contribuía com sugestões, demonstrando receptividade e envolvimento com o projeto. A professora coordenadora do projeto, e o coordenador da disciplina IBNT, eram os mais envolvidos, motivados e motivadores junto aos colegas. O professor da educação e o doutorando em educação, demonstravam envolvimento e interesse no projeto e suas opiniões, eram bastante valorizadas e respeitadas pelo grupo, que afirmava ser fundamental o olhar da educação naquele projeto.

No início de cada reunião, um membro da equipe se voluntariava para anotar o que foi decidido e os encaminhamentos da reunião. Após tratados e decididos os pontos da pauta, estabelecia-se novos objetivos para a próxima reunião. Nessa primeira reunião foram divididas as tarefas em grupos menores, eu fiz parte do grupo com as professoras mais tímidas e o professor mais velho e pessimista. Nos encontramos na semana seguinte, na faculdade de medicina, para elaborar questões para o questionário dos alunos. O professor participou bem, as professoras igualmente, argumentaram e defenderam suas ideias e no final conseguimos realizar a tarefa a ser apresentada na reunião seguinte, onde juntamente com a contribuição do restante do grupo seria construído o primeiro instrumento da pesquisa.

O primeiro questionário foi disponibilizado na área do aluno, na plataforma Moodle usada pelas disciplinas do curso de medicina, na área do aluno, no site da universidade. Este instrumento de pesquisa levou cerca de um mês para ficar pronto, mais dois encontros foram realizados até termos a versão final. Como os alunos que responderiam ao questionário eram os matriculados na disciplina, que estavam no segundo ano do curso e os que estavam concluindo a graduação e entrando na residência médica no sexto ano, era necessário ter dois questionários diferentes, pois os primeiros estavam tendo uma disciplina específica para pesquisa, a IBNT, enquanto os demais não tiveram. Havia interesse, por parte da equipe, em contrastar os resultados, entre os dois grupos de alunos.

Tínhamos reuniões quinzenais, às vezes mensais, sempre com distribuição de tarefas em duplas, grupos ou individual. A troca de informações se mantinha pessoalmente, por e-mail ou por telefone. Todo esse envolvimento com a pesquisa da IBNT, foi de extrema importância e pertinência para esta tese, pois a cada contato com os professores da medicina fui questionando uma série de informações da área que não conhecia, nem mesmo aqui no Brasil. A partir do pequeno recorte que representa uma disciplina, diante de um curso, pude aprofundar questões que estão presentes em diferentes contextos, mas que são de mesma natureza e com efeitos semelhantes sobre as pessoas envolvidas. Por exemplo, a supremacia epistemológica da ciência moderna dentro da universidade que aparece no fazer docente, na expectativa dos alunos em relação ao curso, dentre outros, atua como obstáculo nos processos de inovação que demandam ruptura com o padrão tradicional de ensino.

5.2.8 Observações das aulas da disciplina IBNT

As observações das aulas da IBNT foram na Faculdade de Medicina e ocorreram sempre no turno da manhã, com duração de 1h40 cada aula. As aulas observadas eram lecionadas pelos

professores que fazem parte da pesquisa IBNT e as observações serviram também, para dar retorno aos professores da disciplina, sobre suas práticas. Eles queriam ser avaliados neste sentido, um olhar da educação, como diziam. Outro doutorando em educação na UVA, e integrante da equipe do projeto IBNT, fez as observações comigo.

As aulas foram em salas e no laboratório de informática (Figuras 3, 5 e 6 do Anexo E), localizados no prédio da Faculdade de Medicina. As salas tinham formatos e tamanhos variados, algumas semelhantes às que conhecemos aqui, outras mais antigas em formato de anfiteatro, uma dessas antigas é uma sala em formato de anfiteatro também, porém, as fileiras iam subindo bem mais alto que as demais que conheci e a disposição das filas de cadeiras e mesas formam em ‘U’. E no centro da sala e do ‘U’ havia uma mesa cirúrgica antiga com uma lâmpada enorme e antiga, parecida com as de centros cirúrgicos (Figura 2 do Anexo E).

Fiz no total cinco observações de aulas da disciplina IBNT, sendo que observei em aula seis diferentes professores. Uma aula no laboratório multimídia, que estavam presentes três professoras; três aulas de um mesmo professor e a quinta aula observada foi de um professor apenas e que é o coordenador da disciplina. Meu objetivo nas aulas foi observar como elas ocorriam em termos pedagógicos, a didática e a metodologias aplicadas, a relação professor e alunos, os recursos disponíveis e a participação dos alunos. Tendo como orientação estes objetivos, construí os quadros abaixo, mostrando a síntese de cada aula observada.

AULA 1	"Princípios e práticas no domínio da investigação biomédica"
Recursos	A sala é grande em forma de anfiteatro; quadro-negro (não utilizado); quadro branco; projetor, Datashow, computador e mesa grande para o professor no púlpito. A aula começou com um pouco de atraso em razão da apresentação do projeto de pesquisa da disciplina.
Metodologia	Aula expositiva, com apresentação de PowerPoint em Datashow.
Didática	Apresentação de slides, bem elaborados com textos em tópicos e figuras. O professor explicava o conteúdo, dando exemplos reais.
Relação professor e alunos	O professor é médico, usa jaleco branco durante as aulas. Os alunos ficam atentos ao que o professor fala. Professor se desloca de um lado da sala até o meio e o foco do seu olhar fica mais deste lado da sala, é onde parece haver maior interesse por parte dos alunos. Professor fez duas perguntas durante a aula, a mesma aluna respondeu as duas vezes.
Participação alunos	Alguns chegam atrasados, comendo ou bebendo. Alunos usam laptops, <i>tablet</i> e celulares ou tomam nota à mão. A maioria não faz registros. Dois alunos dormiram. Três alunos fizeram perguntas, mas não teve maiores discussões, pois o professor controlava o tempo da aula, não dava tempo para maiores discussões.
Observações	O conteúdo ocupa todo o tempo da aula, nos slides finais os temas eram mais polêmicos e poderia dar um bom debate, mas foi rapidamente tratado e nenhum aluno fez perguntas. Cerca de 40 minutos de aula, os alunos começam a demonstrar sinais de cansaço e começam a perder o foco e se agitar nos bancos. Logo que termina o horário da aula, os alunos saem da aula

	<p>rapidamente. Tive a impressão de que o professor estava falando mais para si mesmo, pois não era uma fala pausada, parecia decorada, não havia intervenção e falava o tempo todo sobre o conteúdo, não houve interação entre aluno e professor. Percebi que quando o professor dizia algo engraçado, os alunos descontraíam, mas rapidamente o professor pedia "por favor" e rapidamente voltava o silêncio. Os dois temas polêmicos – pesquisa em humanos e em animais - ficaram para os dois últimos slides e o tempo estava se esgotando. O professor chama a atenção para as leis da Europa e América, que são bastante restritas em relação ao pesquisar em pacientes, citou o exemplo de vacinas que é difícil testar em pessoas, muitos países usam pessoas nos países africanos, onde não há uma regulamentação a esse respeito. Ele também disse que as leis que regem o uso de animais em pesquisas de laboratório garantem um melhor atendimento para animais e que não são usados animais domésticos. No entanto, não houve espaço para perguntas, nem tempo, uma vez que a aula terminou.</p>
--	---

Quadro 9 – Aula 1

AULA 2	"Princípios e práticas no domínio da investigação biomédica"
Recursos	A sala é menor, os alunos ficam mais próximos, em forma de anfiteatro com uma só coluna de bancos; quadro-negro (não utilizado); quadro branco; projetor, Datashow, computador e mesa grande para o professor e púlpito.
Metodologia	Aula expositiva, com apresentação de PowerPoint em Datashow.
Didática	Apresentação de slides, bem elaborados com textos em tópicos e figuras. O professor explicava o conteúdo, dando exemplos reais, ele estava mais relaxado, porém o procedimento em aula foi o mesmo, inclusive os mesmos exemplos.
Relação professor e alunos	O professor era o mesmo da aula 1, é médico, usa jaleco branco durante as aulas. Pela sala ser menor, o professor se localizava mais próximo aos alunos e num local central, onde conseguia ver e falar para todos. O professor parecia mais descontraído nesta aula.
Participação alunos	Alunos usam laptops, <i>tablet</i> e celulares, ou tomam nota à mão. A maioria não faz registros. Alunos interagiram um pouco mais, com poucos questionamentos de um aluno, mas os alunos pareciam mais receptivos ao conteúdo e ao professor.
Observações	A diferença para esta aula foi que começou no horário, foi na segunda metade da manhã, contudo, o mesmo cansaço observado na outra turma se verificou nesta turma, cerca de 40 minutos de aula e os alunos começam a demonstrar sinais de cansaço e começam a perder o foco e se agitar nos bancos. O conteúdo e os slides foram os mesmos, a explicação foi a mesma e também não houve momentos de reflexão e crítica sobre algum tema. Logo que termina o horário da aula, os alunos saem da aula rapidamente.

Quadro 10 – Aula 2

AULA 3	Aula prática no laboratório de informática, são três professoras responsáveis e dois monitores que vão auxiliando os alunos juntamente com as professoras.
Recursos	O laboratório é em uma sala grande com quadro branco à frente, Datashow e projetor no teto como todas as salas. Além de monitores de TV instalados no alto das laterais da sala. Computadores e cadeiras. São cerca de 50 computadores, mas são quase 60 alunos, alguns usam seu notebook.
Metodologia	A aula é dirigida por uma das professoras que apresenta o passo a passo preparado no computador e vai sendo projetado na tela central e nos monitores laterais, enquanto os alunos acompanham pelos monitores do computador ou fixados nas paredes da sala.

Didática	A aula é prática, apresentação de um vídeo explicativo de como acessar e realizar buscas no site PUBMED ⁶⁵ . Após o vídeo, as orientações são simultâneas enquanto os alunos realizam as atividades de busca e pesquisa nos sites, as professoras vão interagindo com eles, andando pelo laboratório para atender e auxiliar aos alunos.
Relação professor e alunos	A relação é muito mais dinâmica, observa-se interação entre os alunos dos pequenos grupos, ou seja, os que sentam próximos formam meio que grupos de trabalho, embora cada um deva acessar e fazer as buscar por si, com orientação e ajuda nos grupos.
Participação alunos	Nesta aula a participação é maior, pois são os alunos que devem executar a atividades, eles participam neste sentido, perguntam, pedem ajuda.
Observações	Problemas de organização e estrutura ocorreram também lá, a aula começou mais tarde, pois quando os professores chegaram perceberam que faltava um programa de busca de artigos médicos que deveria estar instalado nos PC's, como não estava, tiveram que instalar em um por um dos computadores. Nem todos os alunos têm domínio dos recursos tecnológicos, alguns demonstraram dificuldades bem básicas no uso do computador. Tive a impressão de que foi uma aula prazerosa para os alunos, na medida em que puderam realizar por si, atuar e se mover. Observei grande respeito pelas professoras. Também a professora responsável pela disciplina demonstrou muito respeito pelos alunos, quando no início da aula, explicou a eles a razão do atraso em iniciar a aula e lhes pediu desculpas pelo atraso. Nesta aula nem todos os alunos saíram rapidamente quando terminou, alguns ficaram fazendo perguntas e interagindo. Alunos e professores interagem, de forma protagônica, as professoras vão até os alunos para tirar as dúvidas, mas também os colegas desempenham este papel.

Quadro 11 – Aula 3

AULA 4	Como apresentar resultados de trabalhos e fazer comunicações em congressos médicos.
Recursos	A sala é pequena e com cadeiras modernas, individuais com braço para escrever, a sala é bem semelhante às salas de aula universitária no Brasil. Possui Datashow e computador, além do quadro branco. Alunos usam laptops, <i>tablet</i> e celulares ou tomam nota à mão.
Metodologia	Toda a matéria da aula é disponibilizada no Moodle antecipadamente. Durante a aula, as atividades são apresentadas a partir do ambiente virtual Moodle, projetado no Datashow, a partir dali o professor faz a explicação. O professor é o centro da aula.
Didática	Nesta aula os alunos realizaram os exercícios em grupos já previamente organizados. O professor entregou trabalhos apresentados em congressos, cartazes e resumos apresentados e publicados, dividiu os trabalhos entre os grupos e solicitou que avaliassem estes trabalhos de acordo com os critérios apresentados em aula. Depois o professor projetou um a um dos trabalhos e os alunos foram dando os pareceres e justificando-os. Fez perguntas em grupo e individuais, lançou desafios à turma, os fez pensar, refletir, questionar sobre o que expôs. O professor apresentou dois trabalhos publicados e pediu aos alunos que avaliassem os trabalhos, dizendo o que estava bom nos trabalhos e o que deveria ser melhorado.
Relação professor e alunos	Durante a aula o professor explica cada uma das lâminas de forma muito dinâmica e descontraída, envolve os alunos na aula, contudo as relações são sempre de muito respeito, em especial em relação ao professor.
Participação alunos	Houve bastante interação entre todos. Os alunos se motivaram na aula, argumentaram e demonstraram bom relacionamento em grupo, todos contribuíram e demonstraram ter entendido as normas de apresentação.
Observações	Chamou atenção quando o professor durante a apresentação do slide, sobre como deve ser a apresentação de um slide num congresso médico, ele destacou que “o slide não pode ser

⁶⁵ Pubmed – site de publicação de artigos médicos, dentre outros, disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>

	<p>muito inovador, pois pode dificultar a apresentação do trabalho, o que compromete a seriedade do trabalho, especialmente se o público for conservador. Não abuse dos efeitos especiais, pode cansar a apresentação e tirar o foco”. Embora a aula estivesse muito bem elaborada e apresentada, como nas demais, percebo que não existe tempo de pensar fora do previsto, não tem tempo de surgir um questionamento crítico. O tempo é regulado em razão das atividades, cada ação parece ser calculada.</p>
--	--

Quadro 12 – Aula 4

AULA 5	Apresentação de trabalhos e comunicações em congressos médicos.
Recursos	A sala onde ocorreu esta aula foi a mais diferente de todas que observei na Faculdade. Era em forma de anfiteatro, porém as bancadas eram divididas em três colunas que formavam um semicírculo e iam subindo bastante até a altura das janelas. Bem no centro da sala tinha uma cama de metal de cirurgia, com lâmpada redonda acima, no passado era aula com corpo humano, já não era utilizada mais para estes fins, contudo, causava um desconforto, pois como ela estava fixada no chão, não se podia tirar e sempre ao olhar para ela se imaginava um corpo sendo dissecado. Na sala tinha projetor fixo, Datashow e computador. Tinha púlpito para o professor, porém não foi utilizado.
Metodologia	A aula consistiu na simulação de apresentação de trabalhos científicos como se estivessem em congressos. Dez minutos para apresentação e cinco minutos para perguntas. Dois professores avaliaram segundo critérios de avaliação digitados em uma folha. A apresentação era em duplas já organizadas anteriormente, as quais apresentaram os resultados de estudos médicos publicados em artigos. Esta aula era opcional, somente os alunos que desejassem participar, mas conta pontos a quem fizer.
Didática	O professor da disciplina e mais um professor médico convidado de outra universidade eram os avaliadores dos trabalhos e faziam perguntas à dupla.
Relação professor e alunos	No início da aula, o professor da disciplina organiza com os alunos a apresentação e faz o sorteio com cada dupla, para ver quem da dupla vai apresentar o artigo e quem fica responsável por responder as perguntas à banca. Os alunos estavam um pouco tensos, revisando o conteúdo, havia uma relação amigável, porém, havia a tensão pré-apresentação de trabalho e sabendo da avaliação externa de um professor.
Participação alunos	Os alunos que apresentaram foram muito bem preparados e se saíram muito bem, os professores ficaram satisfeitos com a postura e seriedade dos mesmos, teve correções e sugestões, mas tudo num clima de respeito ao aluno. E os demais, assistiram com atenção aos colegas. Alguns alunos foram só assistir as apresentações.
Observações	O professor desta aula é o mesmo das duas primeiras aulas e nesta aula não estava usando o jaleco branco, estava mais descontraído. Chamou a atenção, quando o professor convidado entrou, só soube depois quem era, pois ele entrou cumprimentou o professor da disciplina com um gesto da cabeça e sentou-se na primeira fileira, sem falar com mais ninguém, o professor da disciplina e eu estávamos na última, mais alta. Interessante o sorteio das apresentações entre as duplas com moeda “cara e coroa”, ninguém reclamou ou contestou o resultado. Alguns artigos apresentados foram indicados pelo professor e outros os alunos escolheram. Tinham artigos em inglês e outros em espanhol. Todos eram artigos publicados em revistas consagradas na área médica.

Quadro 13 – Aula 5

5.2.8.1 Análise das observações de aula

As observações de aula foram feitas por mim e por um outro doutorando da educação que integrava a pesquisa IBNT, eram sempre nas sextas-feiras de manhã, na Faculdade de Medicina da UVA. Nas reuniões da pesquisa, posterior às observações, dávamos retorno sobre as observações e, embora ficássemos longe um do outro nas salas de aula, durante as observações, percebíamos praticamente as mesmas coisas acerca das aulas.

Das aulas observadas, a 1 e a 2 foram as mais tradicionais em termos pedagógicos, demonstrando uma didática voltada para o conteúdo. A preocupação do professor se centrou em vencer o conteúdo previsto no plano de aula. E eram conteúdos para serem vistos em mais tempo, com maior exploração dos fatos e discussões da teoria. No entanto, a disciplina tem carga horária pequena, dura cerca de 1h40 cada aula. O conteúdo da aula não era um tema inovador, que por si permitisse uma dinâmica inovadora, como aconteceu com a aula de laboratório. Como o professor é médico, trabalha com conteúdo específicos da área.

Na reunião posterior às duas primeiras aulas observadas, comentamos com o professor das aulas observadas, o que percebemos em relação ao uso do jaleco, a indumentária do médico, fora do hospital, em local onde não exercia a função de médico. Comentamos sobre o foco da atenção e dos movimentos dele, limitando-se até o meio da sala, que isso influenciou a participação dos alunos na aula. O professor foi receptivo, agradeceu muito pelo retorno que estávamos dando a ele, disse que foi importante saber, disse que não tinha ideia disso. Na aula seguinte que observei dele, a aula 5, ele estava completamente diferente, sem jaleco, descontraído, mais relaxado com os alunos também. Nossas dicas foram seguidas, era uma aula diferente, eram apresentações dos alunos, mesmo assim ele foi bem mais tranquilo nesta aula.

A aula 3 foi uma aula prática, desenvolvida no laboratório de informática, durou mais tempo que as outras, iniciou com um pouco de atraso e durou toda a manhã. Nesta aula, os alunos desenvolviam as atividades com a orientação das professoras e monitores. Foi uma aula dinâmica, apesar dos problemas iniciais com o programa que deveria estar instalado nos computadores e não estava, neste momento houve certo estresse da professora coordenadora do projeto, com a pessoa responsável pelo laboratório, pois houve falha na comunicação, ou mesmo negligência por parte do responsável em entregar o laboratório com os computadores em condições. Os alunos foram tolerantes com o atraso e demonstraram respeito com a professora, quando ela explicou a situação e se desculpou pelo transtorno. Em seguida, a aula teve início e foi tranquila. Observei que existe respeito entre alunos e professores, os alunos não entram nas salas sem ser autorizados pelos professores, eles ficam no corredor, conversam

descontraídos, mas não existem maiores ruídos, risadas altas, som de músicas ou de celular, etc. Nesta aula percebi interação dos alunos em especial com a professora que coordenou a aula. Quando terminou a aula, muitos ficaram fazendo perguntas para a professora, não demonstraram a mesma pressa em sair da sala, como observada nas demais aulas.

A aula 4 foi uma aula de conteúdos teóricos e trabalhos em grupos, foi dinâmica pois as atividades estavam divididas entre a parte da exposição dos conteúdos, na qual o centro foi o professor, explicando os conteúdos a partir dos slides projetados e, num segundo momento, os alunos interagiam entre si e com a turma. Também o professor os questionava após a exposição do conteúdo, chamava alguns pelo nome, perguntava diretamente a alguns alunos, fazendo-os interagir. A aula foi bem planejada, pelo conteúdo, poderia ter sido cansativa, mas as dinâmicas aplicadas, fez com que fossem bem participativas. Os alunos tiveram oportunidade de avaliar trabalhos reais, publicados e apresentados em congressos, eles tinham que justificar suas avaliações. Após a avaliação dos trabalhos nos grupos, eles apresentavam suas avaliações e argumentos para a turma. Os alunos, de modo geral, se envolveram bastante nesta tarefa.

O professor da aula 5 é o mesmo das aulas 1 e 2, porém esta aula foi bem diferenciada. Mesmo sendo opcional a participação dos alunos nesta aula, tinha cerca de 20 alunos. Eles encararam com muita seriedade e profissionalismo a apresentação do artigo. Este trabalho parte de um tema de um artigo e a partir dele as duplas devem fazer uma ampla investigação sobre o mesmo tema e contrastar com o que diz o artigo, avaliando sua veracidade, potencialidade do que expõe e trazendo outras possibilidades, além de ter tudo fundamentado com dados e referências reais e comprovados. As duplas se saíram muito bem, os professores fizeram contribuições e perguntas que foram respondidas pelas duplas com segurança. Não houve interação com os demais alunos, nem manifestação dos demais alunos, somente aplaudiam às duplas ao final de cada apresentação.

A equipe dos seis professores da pesquisa oferecia algumas possibilidades para observar as aulas e não tinham muitas opções, pois a disciplina tem poucas aulas e a carga horária total é dividida entre os 11 professores, pequenas partes, com muitos e diferentes conteúdos, relativo à área de cada um deles. Entre os seis professores da equipe, existe planejamento em comum, debatem sobre a avaliação, a construção das questões para o teste, existe troca de percepções sobre os alunos da disciplina, são repartidos os problemas e dificuldades, apoiam-se mutuamente, mas não interferem na parte que cabe a cada um, como é o caso de temas específicos. Já na aula no laboratório, todos contribuem com sugestões, como acompanhei. Os demais professores não têm contato com estes seis. As aulas dos outros cinco professores não são na Faculdade de Medicina, mas sim na Engenharia, pois são vinculadas às tecnologias

aplicadas à medicina. Percebi que existe uma divisão clara, que não é somente física e espacial, como apareceram em relatos dos entrevistados, não existe diálogo entre os grupos que desenvolvem a IBNT.

5.2.9 Questionário dos alunos da disciplina IBNT

Apliquei um questionário com questões abertas e semiabertas aos alunos da disciplina IBNT, como referido anteriormente. A partir das informações obtidas nos questionários, apresento alguns dados e comentários a respeito dos alunos que responderam ao questionário.

O perfil dos alunos que responderam ao questionário é composto por dados pessoais e ocupação dos pais. São sete moças e quatro rapazes, com idades entre 19 e 30 anos, sendo nove alunos até 21 anos, um aluno com 27 e outro com 30 anos. Ocupação dos pais: dentre os pais, são quatro médicos; um auditor; um professor; um mecânico; um sonorizador, um técnico de impressão; um soldador e um trabalha em hotelaria. As mães: uma médica; uma farmacêutica; uma caixa em banco; uma assistente social; uma professora; duas donas de casa; uma doméstica; uma técnica de segurança do trabalho; uma trabalha em hotelaria; uma em administração; e, uma balconista.

O número de participantes é pequeno, 11 alunos, representam cerca de 30% dos alunos de uma das turmas observadas no curso de medicina. Contudo, é possível complementar este perfil com as observações das aulas. Observei que predominam alunos jovens, o número de mulheres um pouco maior que o de homens, nas turmas observadas. No entanto, em diagnóstico de estudantes na graduação, por sexo, mostrou que 73% são mulheres e 27% são homens, no curso de medicina na Universidade de Valladolid, segundo o Plano de Igualdade de Oportunidade entre Mulheres e Homens da UVa (2012-2014). *“Cabe destacar el avance continuado de la tasa de matricula femenina en Medicina. Se ha roto, por tanto, el tópico del médico como figura masculina de autoridad, aún tan extendida en el imaginario social”* (UNIVERSIDAD DE VALLADOLID, 2012-2014, p.55).

Pelas respostas do questionário foi possível perceber que, quatro dos alunos são filhos de médicos, os demais alunos, têm pais com profissões que demandam nível de escolaridade médio, técnico ou básico. Dentre as mães, apenas três têm ocupações de nível superior, farmacêutica, médica e assistente social, a médica é esposa de um dos médicos, portanto, a considereei nos quatro alunos filhos de pais médicos.

Nas observações realizadas junto aos alunos, e mesmo em outras situações dentro da UVa, não foi possível identificar se há estudantes afrodescendentes, em especial nas aulas de

medicina, não identifiquei nenhum. Existem muitos estudantes estrangeiros de países de língua espanhola, sendo difícil apenas com a observação identificar de qual país vieram.

Outra observação que é interessante fazer foi o fato de não conseguir informações socioeconômicas dos alunos e dados de escolaridade dos pais. Antes de aplicar o questionário fui até setores da UVA à procura destes dados, depois de passar por alguns setores e explicar o que queria e para quê, soube que eles não têm estes dados, inclusive disseram que não fazem este tipo de levantamento dos alunos ou das famílias, passando a impressão de que estariam invadindo um campo pessoal. Seria ofensivo perguntar dados socioeconômicos dos alunos.

5.2.9.1 *Questões do questionário e os comentários*

1) Qual tua motivação para escolha da profissão médica?

Vocação (mencionada por seis alunos); interesse na biomedicina; ajudar a melhorar a saúde das pessoas (mencionada por três alunos); ajudar as pessoas nos piores momentos de suas vidas (seis alunos mencionaram a satisfação em ajudar as pessoas); compreender o corpo humano e saber como ajudar as pessoas (duas pessoas mencionaram o fato de aprender a ajudar, curar e tratar); é a profissão mais humana e preciosa; e, deixar pegadas de saúde ao meu redor, sonho desde criança em ser médica.

Comentários: Em relação à motivação para a escolha do curso, a maioria dos alunos comentam estar realizando seu sonho, sua vocação, afirmam ter muita vontade de ajudar as pessoas. Observei que alguns trazem um imaginário acerca da medicina, de que esta lhes possibilitará adquirir conhecimentos capazes de mudar a vida das pessoas, dando-lhes cura e amparo nos piores momentos. Dois alunos fizeram os comentários “deixar pegadas de saúde por onde passar”, “é a profissão mais humana”, transmitindo um certo romantismo acerca do fazer médico mais tradicional que temos acompanhado na sociedade. Existem profissionais que possuem este perfil, mas fazem parte de uma minoria certamente.

2) Em qual área da medicina pretendes atuar após formado?

Em Cirurgia, três alunos; um em Neurologia; dois em Clínica médica; um em Neurocirurgia; dois em Medicina Interna; um em Cirurgia plástica; um em Clínica e pesquisa. Um dos alunos justificou porque pretende fazer cirurgia plástica:

Cirugía plástica. En un mundo en el que vivimos en el cual el aspecto físico importa tanto, algún “defecto” o accidente que tengamos puede ser objeto de burla y con ello crearnos problemas de autoestima, psicológicos y emocionales. El hecho de poder

poner remedio a dichos 'defectos' y con ello conseguir evitar posibles problemas psicológicos, y permitir a la persona tener una vida feliz.

Comentários: É interessante que todos demonstraram saber a área que querem se especializar, sendo a maioria em Cirurgia, em segundo Clínica Médica, um fez referência à pesquisa como prática associada à Clínica e um justificou a razão de querer Cirurgia Plástica, como que justificando que não é uma área fútil ou supérflua. Talvez, entre eles esse seja um valor de importância, atributo vinculado ao ser médico, pois, nos comentários do questionário, aparece em momentos diversos a ênfase na ideia de nobreza do ser médico.

3) Quais são os aspectos positivos da disciplina IBNT?

A abertura a novos métodos de pesquisa; aprender a usar bases de dados e gestores de informação; contrastar as informações; útil para o exercício da profissão, para saber onde encontrar as informações e artigos; por fazer conhecer o mundo da pesquisa; por aproximar a pesquisa aos alunos da graduação e os conceitos da medicina baseada em evidências; ensina a buscar informações verdadeiras sobre nosso campo de estudos; motivar para fazer pesquisa e encontrar informações corretas; como está sendo desenvolvida nenhum aspecto positivo.

4) Em quais aspectos a disciplina IBNT pode melhorar?

Centrar-se em aprender em profundidade sobre bases de dados e outros programas informáticos, pois ao abordar muitos temas se acaba não sabendo nada em profundidade; em muitos aspectos, como facilitar aos estudantes a aprendizagem na disciplina; adotar práticas mais dinâmicas ou saber chegar a respostas dos casos em todas as práticas, parte teórica mais amena; muitíssimo; menos teoria e mais prática, não necessariamente no computador as práticas; deveria ter mais organização e ser mais atrativa para o aluno; simular um pequeno projeto de pesquisa em grupos de alunos e aproximar a disciplina dos profissionais pesquisadores em seu dia a dia; ser mais prática; e, produzir um artigo de pesquisa de forma simples.

5) A disciplina IBNT contribuiu para tua formação médica?

Ensina onde buscar referências para futuros trabalhos; motivou a fazer pesquisa no futuro e onde buscar referências seguras; aumentou meus conhecimentos de informática, saber mais sobre o que se faz na universidade, projetos de investigação, por exemplo; visão crítica; me aproximou de um mundo que eu ignorava; conhecer programas e ferramentas para coletar informações; saber me mover no ambiente da pesquisa, ter uma atitude receptiva; em nada; e três alunos deixaram em branco essa questão.

6) Consideras a disciplina IBNT inovadora? Justifique.

Sim, quanto a métodos e objetivos, na teoria se pode melhorar, pois ao mostrar muitas coisas sem se aprofundar, não deixam as coisas claras; é inovadora, mas não a considero necessária para minha formação, acredito que é muito pesada para o início do curso; as práticas são inovadoras e alguns temas, como a telemedicina, e os centros onde se fazem pesquisa, porém alguns temas teóricos não são inovadores; sim, os temas são inovadores, mas não a metodologia para desenvolvê-los; acredito que é uma proposta inovadora que está sendo mal desenvolvida na prática; sim, o conteúdo é inovador, mas a metodologia de avaliação através de exames é obsoleta para avaliar a disciplina; é inovadora, mas a UVA não está preparada para estes avanços; sim é inovadora pelos seus novos métodos.

Comentários sobre a avaliação da IBNT feita pelos alunos:

Dentre os aspectos positivos da disciplina, a maior parte dos alunos fizeram referência à parte dos conteúdos relativos à pesquisa, aos canais de busca de informações e ao uso do computador. Acredito que ocorre por algumas razões: o fato deles participarem mais das aulas em laboratório, onde não se limitam à participação contemplativa, pelo contrário, envolve interação e atividades práticas que eles mesmos desenvolvem; outro ponto é que esta parte consiste em algo novo, o conteúdo é novo para o currículo de medicina, conhecer a pesquisa produzida pela universidade, os locais onde se produz pesquisa e verificar que os resultados tornam-se artigos, que são importantes para a prática profissional futura, é inovador.

Nos aspectos a serem melhorados aparecem duas queixas: uma em relação ao excesso de conteúdos, que não chegam a ser explorados em profundidade (a mesma impressão tive ao observar as aulas 1 e 2) e a outra queixa é que pedem para que seja mais prática e menos teórica. Esta é uma queixa recorrente entre os diversos alunos de medicina, seja na Espanha ou no Brasil, mas não só os de medicina. Este pedido pela educação ser mais prática traz consigo uma série de significados. No meu entender, os alunos estão sedentos por agir, por testar suas habilidades, não apenas à nível clínico, mas fazer, aplicar e significar dentro das suas subjetividades os conteúdos que estão sendo vistos. Por outro lado, querem conteúdos e saberes aplicáveis à própria realidade e ao seu contexto de vida. Então, em outras palavras, eles são as vozes que clamam por mudanças, lembrando, ao que diz Santos (2008a) sobre o fracasso de um único paradigma considerado como válido, o qual mostra seu esgotamento e limites, ao não corresponder às demandas atuais. Destaco duas sugestões feitas por dois alunos, uma para que eles desenvolvam um projeto de pesquisa e a outra para que produzam um artigo científico.

Considero bastante relevante o interesse manifestado por estes alunos, pois demonstra que estão sensibilizados pelo valor da pesquisa que a disciplina IBNT tem por objetivo desenvolver junto aos alunos, também demonstram que estão prontos para ir além do que foi proposto até agora, querem vivenciar o âmbito da pesquisa, exercitando a produção desta.

Em relação à contribuição da disciplina para a formação dos alunos, eles reconhecem os aspectos destacados anteriormente como positivos para sua formação, consideram que a disciplina fornece ferramentas que contribuirão em suas carreiras profissionais. Nem todos veem benefícios na disciplina: três alunos se omitiram de responder e outros dois disseram que não contribuí com nada. Um dos alunos disse que a disciplina apresentou a ele um mundo que ele ignorava e, por certo, muitos dos estudantes de medicina também ignoram a pesquisa como fator fundamental para evolução da ciência médica e que pode ser associada à profissão clínica médica. Ou seja, no imaginário do ser médico, tem estado dissociada a pesquisa, contudo parece que neste grupo há o reconhecimento da mesma como ferramenta útil aliada da atenção em saúde.

Todos consideram que a IBNT possui algum aspecto inovador, no entanto, não houve muito consenso, alguns consideram a metodologia inovadora e outros não a consideram, mas provavelmente eles se referem a partes distintas da mesma disciplina. Referem que os temas são inovadores, mas a forma como são trabalhados não. Novamente a prática é considerada a parte mais inovadora e um aluno comentou a forma de avaliação que é adotada, considerando que é obsoleta e não condiz com uma disciplina inovadora. A observação deste aluno é muito pertinente para refletir sobre a implementação de processos inovadores nos cursos, não basta a descrição de uma proposta inovadora, objetivos inovadores e temas inovadores, é necessário pensar na execução inovadora, na prática pedagógica inovadora, a qual precisa ter coerência entre as escolhas dos temas e recursos e a aplicação dos mesmos, e a avaliação é parte fundamental para que alunos e professores possam se autorregular dentro do processo.

7) Em tua opinião, qual é a missão médica?

Buscar novos métodos para ajudar as pessoas, detectar precocemente as doenças para tratamento e cuidado dos pacientes; a medicina deve ajudar o ser humano a promover e manter a saúde e colaborar o máximo possível com a pesquisa; ter verdadeiro interesse no bem estar social, ajudando aos pacientes e aos demais, tentar conquistar a confiança da sociedade, já que a saúde dela está em nossas mãos; trabalho assistencial e pesquisa; até agora acredito que os médicos têm se dedicado ao trabalho assistencial, mas devem desenvolver mais pesquisas; curar, ajudar o máximo possível aos outros; melhorar a saúde e os hábitos saudáveis da população;

ajudar e curar as pessoas; e, recuperar a saúde das pessoas e ajudá-las a ter a melhor qualidade de vida possível.

Comentários: Nesta última questão, assim como na primeira, destacam-se comentários que reforçam os ideais humanos da profissão na visão dos alunos. Usam o termo “dar assistência às pessoas”, no sentido de cuidar, ter interesse no bem-estar humano, como também um certo heroísmo, “tentar conquistar a confiança da sociedade, já que a saúde dela está em nossas mãos”. Concordo que é importante atenção, respeito e carinho no cuidado de pessoas enfermas, mas percebi uma necessidade de verbalizar o caráter humano da profissão como motivação necessária a quem quer ser médico. Relaciono este aspecto à uma observação feita por um professor de direito e advogado na Espanha, em que mencionou que o principal valor para o povo espanhol é a dignidade e justificou sua afirmação falando do primeiro parágrafo do capítulo dos direitos e deveres fundamentais, da constituição espanhola:

De los derechos y deberes fundamentales

Artículo 10

La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social (BOE-A-1978-31229).

O professor mencionou que para o povo espanhol, é muito importante demonstrar sua dignidade e os comentários dos alunos, me lembraram a ênfase do professor em relação a este traço da personalidade espanhola. O termo *dignidad*⁶⁶ deriva do latim *dignitas* e significa valioso, com honra, merecedor. Acredito que isso, de certa forma, tenha aparecido nas afirmações dos alunos. O amor ao próximo, a vocação e o desejo de ajudar são sentimentos nobres que são próprios de quem tem dignidade e, portanto, é merecedor de ser médico.

5.2.10 Apresentação dos resultados da entrevista com os docentes da IBNT

A entrevista seguiu um roteiro semiestruturado (Anexo D). Entrevistei seis professores – dois deles são formados em Medicina, um deles atua como médico e o outro nunca exerceu a medicina. Os quatro professores restantes são formados em Bioquímica e Biologia Molecular. Dos seis, três são professoras e três professores. Os seis lecionam e fazem pesquisa na Universidade de Valladolid.

Para trabalhar com os dados sem expor os entrevistados, codifiquei cada professor com a letra P e número de 1 a 6, ficando da seguinte forma: P1, P2, P3, P4, P5 e P6.

⁶⁶ Conforme o site Significados (2016), disponível em: <<<http://www.significados.com/dignidad/>>>

DOCENTES COM FORMAÇÃO MÉDICA	DOCENTES COM FORMAÇÃO EM OUTRAS ÁREAS
<p>(P4) Formado em Medicina, mas não atua como médico. É docente e pesquisador na área da Bioquímica, Biologia Molecular e Fisiologia. Morou e trabalhou como pesquisador na Universidade de Utah por quatro anos.</p> <p>(P5) Formado em Medicina e Cirurgia. Doutorado em Medicina e Cirurgia na Universidade de Valladolid. Pós-doutorado na Universidade de Edimburgo no Reino Unido. Especialista em Docência Universitária na Universidade de Valladolid.</p>	<p>(P1) Formada em Bioquímica e Biologia molecular. Leciona desde 2006, é professora na disciplina IBNT desde que foi criada. Pesquisadora. Fez pós-doutorado na Holanda.</p> <p>(P2) Formada em Bioquímica e Biologia Molecular. Leciona há anos na Faculdade de Medicina da UVa, é professora da disciplina IBNT desde o início. Pesquisadora. Fez pós-doutorado na <i>University of Pennsylvania</i> na Filadélfia – EUA.</p> <p>(P3) Formada em Bioquímica e Biologia Molecular. Leciona desde 2002. Professora da disciplina IBNT. Pesquisadora. Morou nos Estados Unidos e trabalhou como pesquisadora na Universidade de Utah por oito anos. Tem pós-doutorado.</p> <p>(P6) Formado em Bioquímica e Biologia Molecular. Desde 1979 é professor, sempre na Universidade de Valladolid. Leciona 7 disciplinas, dentre elas a INBT. É pesquisador.</p>

Quadro 14 - Perfil acadêmico dos docentes entrevistados

Fonte: Entrevistas com professores. Quadro Campos, M.

As informações no quadro acima mostram o elevado nível de formação acadêmica dos seis professores entrevistados. Quatro docentes fizeram pós-doutorado em universidades nos Estados Unidos e um na Inglaterra. Apenas um docente não mencionou pós-doutorado, que foi o professor com mais idade, o qual está por se aposentar, mas atua ativamente na docência, lecionando sete disciplinas e pesquisando na Universidade. Três professores entrevistados relataram que viveram fora da Espanha, dois deles nos Estados Unidos e um no Reino Unido. Eles contam que eram pesquisadores e professores nestes países, retornaram por conta do Programa Ramón y Cajal criado pelo governo para recuperar pesquisadores espanhóis que estavam fora da Espanha. O programa oferecia oportunidades para quem desejasse voltar a morar e trabalhar aqui, os três professores voltaram pela oportunidade oferecida pelo Programa.

A partir dos relatos dos professores entrevistados sobre a experiência de cada um na IBNT, foi possível descrever a história da disciplina desde sua criação até hoje. A IBNT foi criada em 2012 com uma versão diferente de como é atualmente. Foi escolhida uma professora catedrática pelo reitor para desenvolver a disciplina, por sua facilidade de comunicação com os departamentos da Faculdade de Medicina, o que facilitou o convite dos demais departamentos para participar. O formato desenvolvido pela professora foi elaborado com professores de quatro áreas distintas da Faculdade. Um ano após, a professora pediu afastamento, argumentando que o formato era muito baseado em conversas, apresentações, uma linguagem

muito científica para sensibilizar os estudantes. Era necessário integrar as áreas, porém ela não conseguiu, pois, cada área tinha uma ideia distinta sobre a disciplina, tinha muitos conteúdos, dentre eles um artigo que todos os 200 alunos deveriam ler e apresentar em grupos de 20 alunos, o que dificultava a avaliação e devido ao número de alunos em cada grupo os professores não sabiam quem havia lido e feito, o que tornou inviável a atividade e a disciplina naquele formato.

A coordenação atual assumiu em 2013. As partes consideradas boas do formato anterior foram incorporadas no novo formato, como a leitura de artigos e apresentação, porém, neste formato, a parte dos artigos é opcional, *“estimulamos que os alunos leiam, porém não os obrigamos, dessa maneira conseguimos níveis de participação muito bons”*. De acordo com o coordenador da IBNT, toda a parte teórica foi remodelada, antes praticamente não havia horas de práticas. As atividades desenvolvidas na IBNT são: as práticas de laboratório, atividades relacionadas à investigação - analisar dados e imagem, busca bibliográfica em diferentes bases de dados, práticas de aula sobre como fazer uma apresentação, como fazer um pôster ou uma conferência, aprendem o que é a leitura crítica, realizam a leitura de um artigo científico e, como é um projeto de investigação, aprendem sobre o que é importante para que um projeto tenha financiamento. *“Informamos a eles como é a carreira científica, que opções eles têm como futuros médicos e estudantes de medicina de fazer carreira científica.”*

Alguns dos professores que lecionavam a disciplina desde 2012 continuaram com a nova equipe, outros não. O coordenador se queixou, por não ter poder para escolher quais professores entram ou saem da disciplina, e este é um dos problemas apontados pelo grupo dos seis. Atualmente, a disciplina é composta por um grupo de 11 professores – seis professores do projeto de inovação docente e mais cinco professores médicos que não se envolvem muito com a organização da disciplina, apenas dão seus conteúdos e entregam suas questões para compor a prova dos alunos.

Nós seis, estamos em áreas diferentes, mas estamos em harmonia, dizemos que somos o núcleo duro da disciplina, temos mais horas e estamos meio que coordenando sozinhos. Os outros 5, dizemos, têm partes blindadas, eles dão suas aulas, entregam suas perguntas para o teste, não participamos da formulação das perguntas, eu como coordenador homogeneizo no final para que não sejam muito distintas na formulação, porém não temos mais contatos com eles.

De acordo com os entrevistados houve muita rejeição dos cinco professores em relação aos seis. Uma professora entrevistada considera que existe este preconceito, pois apenas dois dos seis têm graduação em medicina, os demais têm formação em Bioquímica. Para ela, existe também disputa pela posição de quem pesquisa e quem é mais apto a ensinar a fazer pesquisa. A professora afirma que os médicos não fazem pesquisa, estão com os pacientes, o sistema não

deixa e são poucos que conseguem pesquisar, “*então é uma batalha muito grande dentro da faculdade de medicina*”, afirma.

Alguns dos entrevistados comentaram que a disciplina IBNT foi criada dentro das orientações do Tratado de Bolonha, como é mais conhecida a criação do EEES. De modo geral, não apenas para esta disciplina, mas na educação superior pós Tratado de Bolonha, foi enfatizado que existam mais atividades práticas para que os alunos tenham maiores possibilidades de exercer o protagonismo, contudo, os professores dizem não saber como colocar em prática essa possibilidade, pois em disciplinas como fisiologia existem muitos conceitos que não se descobrem através de uma experiência em laboratório. Uma professora comenta que as orientações de Bolonha diziam para ter mais práticas e menos teoria, ela diz que continua dando as mesmas teorias de antes, em algumas disciplinas mudou, mas na maior parte das disciplinas continua sempre igual, só tem outro nome, diz a professora.

No sentido que orienta o Tratado de Bolonha, a maioria dos entrevistados considera a IBNT inovadora, pois ela busca suprir deficiências que foram detectadas a partir dos estudos feitos por orientação do EEES, quando tiveram conhecimento dos currículos de diversos países e puderam comparar, verificando defasagens que poderiam ser supridas na formação médica. Dentro dessa perspectiva, entrou a valorização da investigação como uma competência capaz de qualificar o profissional de medicina, agregando à sua formação as ferramentas para a pesquisa a serem utilizadas na busca por solução das enfermidades e, também como prática produtora de conhecimentos na área médica. No entanto, os professores reconhecem o desafio que é implementar as inovações que recomenda o Tratado, “*IBNT é inovadora, na linha de Bolonha com muitas atividades práticas, mas num contexto difícil*”.

Sobre os alunos, os entrevistados mencionaram que são pessoas muito centradas no estudo e um pouco desconectados da sociedade, no geral são muito competitivos, estão sempre controlando as notas, sabem que se obterem melhores notas vão ter melhor pontuação no MIR⁶⁷ (Médico Interno Residente). O MIR é o exame que seleciona os candidatos para ingressar na residência médica, em toda a Espanha. A prova é composta de 225 questões de múltipla escolha, onde cada questão certa vale 3 pontos e cada errada diminui um ponto, têm duração de cinco horas. A prova vale 90% da nota do exame e os 10% restantes vêm da nota do histórico de desempenho do curso de medicina. A classificação é em ordem decrescente.

Na opinião de um dos professores entrevistados, os alunos se saíram muito bem na residência, porém bons especialistas, o que é bem diferente de saírem médicos bons de modo

⁶⁷ Curso MIR Asturias (s./d.). Disponível em: <<http://www.curso-mir.com/El-examen-MIR/Informacion-General-sobre-el-Examen-MIR.html>>

integral, como acontece em outros países, “*pois a medicina baseada em evidência que os anglo-saxões têm, eu acredito que os daqui não estão à altura dos estudantes que saem de uma universidade da Finlândia ou Grã-Bretanha.*”. Os alunos que entram no curso de medicina têm uma nota muito boa e, muitas vezes, por isso sofrem pressão dos pais para fazer medicina, em alguns casos seguindo a carreira dos pais médicos ou da família, sendo uma carga grande que os pais colocam sobre os filhos, pois nem sempre é por vocação, afirmou um professor.

Todos os professores descrevem o comportamento dos alunos no curso, como o de um estrategista por pontos, de acordo com eles, o foco dos alunos não está em aprender, adquirir conhecimentos, mas sim no que podem fazer para obter mais pontuação.

Pensam na residência, seguir para um hospital curar pacientes, esta é a filosofia, olhando de fora, esta é a demanda social da medicina. Nós, educadores não clínicos, mas de ciências fundamentais, como fisiologia, bioquímica, vemos os alunos menos centrados na formação, eles seguem essa linha mestra, aprovar nestes exames.

Os professores observam, que os alunos consideram a disciplina IBNT de menor importância, e atribuem isso à racionalidade pragmática deles e à falta de interesse na proposta da IBNT, como aparece em alguns comentários:

Os alunos não valorizam muito o que estão vendo ali, pois é algo que está distante da aplicação/ Os alunos não demonstram interesse nas aulas, não consideram a disciplina importante/ chegam com as mesmas estratégias, o que tenho que fazer para conseguir este ponto...focado no interesse em que retorno terão com isso/ eles seguem essa linha mestra, aprovar nestes exames, chegar ao 6º, aprovar no MIR/ tiram notas muito altas, se tem uma nota muito boa, afortunadamente é para a medicina, pois diferente de outras carreiras, ela oferece um trabalho, não é por vocação/ são alunos com têm interesses muito concretos, obter nota que vai lhe servir para o exame do MIR.

Porém, o fato dos alunos pensarem e agirem desta forma parece estar sendo fomentada no próprio sistema de ensino na faculdade, de acordo com comentários de um dos professores:

A partir do 4º ano aqui na UVA eles têm práticas no hospital, pelo feedback dos estudantes eles não veem essas práticas como algo muito útil, vivem pensando que quando chegarem na residência será melhor. É um erro porque está se gastando mal o tempo destes estudantes durante 3, 4 anos, que são muito importantes para a formação dos cérebros deles, se dá a falsa ideia de agora só preciso aprovar nos exames e quando chegar na residência aprenderei, é uma contradição.

Dentre as dificuldades identificadas pelos professores entrevistados está o fato de os alunos não terem muito claro se a IBNT é útil, e o problema de *status* de professores médicos, que acreditam que estão acima dos demais que não são médicos: “*acham que o que pensam é perfeito, e o que defendemos não serve, a maioria pensa que esta disciplina não serve*”. O que de certa forma se relaciona a outro fator mencionado pelos entrevistados, o fato de a formação

médica estar muito centrada na parte clínica e o estudante de medicina muito centrado em terminar a formação e fazer o MIR.

O coordenador comenta que os professores leem notícias nos jornais e revistas e levam para os alunos, comentam coisas importantes sobre vacinas e bactérias e os avanços. Mas, de acordo com ele, na faculdade existem poucas áreas que estão diretamente envolvidas com estes temas que estão dando avanços na medicina. Neste sentido, vários entrevistados comentaram que é necessária uma mudança de mentalidade para que os médicos vejam suas práticas de uma maneira diferente. Observam que são problemas presentes na universidade espanhola de longa data e que deixam se arrastar:

[...] deixar se levar pelo que foi feito antes, assim se faziam as coisas e eu vou seguir fazendo assim, é uma postura cômoda, mudar coisas envolve muita energia pessoal de algumas pessoas, que enfrentam mais que problemas de infraestrutura, como também problemas com pessoas, está mais favorável para que tudo siga igual.

Os professores comentaram sobre o modelo de formação na Espanha. Este modelo é um sistema de ensino que reproduz a mentalidade da sociedade. Eles sugeriram diversas vezes, a necessidade de mudar a mentalidade dos alunos e da própria sociedade em relação ao perfil médico, que esperam que a universidade forme. Os professores se mostram contrariados com isto, em especial os três professores que tiveram um tempo maior de vivência em países ricos e com padrão de ensino reconhecidamente superior, como Estados Unidos, Finlândia e Inglaterra. O modelo anglo-saxão é tido por estes professores, como referência de qualidade na formação de médicos bem preparados para atuar clinicamente e fazer uso da pesquisa, com apurado senso crítico e capacidade de raciocínio médico.

Os entrevistados enfatizaram diversas vezes a prática em comum dos médicos na Espanha, reproduzida na formação médica, ancorada nos protocolos médicos. De acordo com os professores, os alunos não se importam em ir além dessa prática, lhes falta raciocínio, curiosidade, criatividade e interesse. Neste sentido, a disciplina IBNT se torna ainda mais fundamental, pois procura demonstrar a importância da pesquisa enquanto produção de conhecimento, oferece ferramentas para ir além dos protocolos, qualificando o atendimento clínico, aumentando as possibilidades de cura dos pacientes, além de abrir possibilidade científica para os médicos que quiserem fazer carreira científica.

O uso dos protocolos, como principal fonte de consulta para os diagnósticos feitos pelos médicos, é apontado pelos entrevistados como um procedimento mecânico, que empobrece o fazer médico, dizem que falta a eles colocar o fator humano na profissão, no sentido de um ser capaz de raciocinar, criar, questionar, desenvolver novos conhecimentos, pois o uso de

protocolos simplesmente limita as chances de acertos em diagnósticos de doenças diferenciadas e não os diferencia de robôs, como disse um entrevistado: *“digo a eles que um médico não tem a varinha mágica que cura todas as doenças, nem é um robô, seguir o protocolo é robô não precisa ser humano”*. Outro professor comentou que quando tiveram os casos de ebola, muitos médicos só seguiam o protocolo, não pensavam duas vezes, logo concluíam: *“se a pessoa tem febre tem ebola, se não tem febre não tem ebola. Ou, de onde vem, se vem da África esteve em contato com algumas pessoas... Mudar a mentalidade deles é complicado teria que mudar toda a sociedade”*.

Os professores afirmam que pretendem com a disciplina, fazer com que os estudantes sejam conscientes da existência da investigação e que ela pode ser útil para seu futuro profissional, afirmam que *“medicina é ciência, neste momento a medicina é baseada em evidências”*, pretendem que eles vejam que seu trabalho como médico clínico, não pode ser separado de um processo de investigação e que durante o processo de formação eles percebam que ter as ferramentas que vão ser utilizadas na investigação servirá de ajuda para curar um paciente, *“pois isso, nada mais é que um exercício de investigação aplicada à saúde”*. Uma professora menciona que o que os professores estão fazendo é oferecer aos alunos todas as bases de dados e tudo que possam ter para acessar informações e materiais confiáveis na internet: *“então o aluno deve buscar e contrastar com o protocolo, os medicamentos que podem usar, já é um primeiro passo, pelo menos”*.

Outro professor entrevistado comentou que o pensamento dos jovens e alunos é o mesmo que da sociedade em geral, pois são os valores que estão sendo transmitidos a eles, a ideia de que o médico tem que saber de tudo e diante do paciente tem que mostrar que sabe o que ele tem, esta é a postura do médico, mas também do paciente. Neste sentido, diz o professor, é necessário desconstruir essa imagem de médico para ele poder se ver e ser visto como um médico investigador que nunca vai ter todo conhecimento suficiente para interpretar o que ocorre no mundo.

Na investigação é algo que se aceita, que nunca vamos saber sabe tudo, nada é assim sempre, o que hoje está aceito amanhã já pode ter mudado. Em medicina as coisas seguem sempre iguais e o médico tem que dar a ideia que está sempre dominando a situação. Curiosamente em investigação se entende que, tens mais domínio da situação, quanto mais dúvidas tens acerca dela. Na medicina não, o status médico é de quem, como deus sabe o que há, então essa filosofia, ou esta mentalidade digamos é a que uma disciplina como esta quer mudar.

Sobre outras dificuldades e desafios encontrados pelos professores na IBNT, eles comentam um problema que ocorreu na Espanha com esta disciplina, foi que nem todas as faculdades incorporaram ela ao seu currículo, existem faculdades que não tem, e outras onde

tem, mas a orientam de maneira totalmente diferente da UVA. *“Daí vem a preocupação, se realmente vai gerar utilidade prática para todos os estudantes de medicina”*. O comentário do professor se configura como uma crítica à ideia de homogeneização do modelo proposto no Tratado de Bolonha. Para ele, a ideia global de homogeneizar poderia ser algo bom somente se avaliassem: *“não podemos pensar em um sistema sem uma avaliação posterior, que eu saiba não estão planejando em ver se este sistema com esta ideologia por trás está servindo de alguma coisa”*. Ele argumenta que eles seis, estão desenvolvendo o projeto de inovação docente, para avaliar se estão alcançando os objetivos na IBNT, se daquilo que planejaram obter da formação dos alunos, vai ser alcançado no final.

Essa atitude de se auto avaliar, foi muito questionada por professores da universidade, por isso, o professor pensa que na faculdade, não estão sensibilizados para serem avaliados, e afirma: *“estou seguro que nenhuma faculdade da Espanha vai querer ser avaliada por auditores externos para ver se realmente é uma universidade que cumpre os objetivos e se não os cumpre o que vai acontecer a essa faculdade?”*

A parte pedagógica foi apontada pelos entrevistados como apresentando carências muito grandes de formação: *“todos os professores que conheço, que começaram nos últimos 15, 20 anos, iniciaram sua primeira aula sem ter noção do que tinham que fazer, quando iniciei aqui na universidade, ninguém me disse o que eu tinha que fazer, disseram para dar aulas apenas”*. O coordenador comenta que ele e alguns professores da Faculdade de Medicina buscaram, durante alguns anos, formação e cursos nesta área para poder falar sobre educação e fizeram uma formação pedagógica: *“foi muito formativo fazer uma filmagem de uma aula e mostrar para os colegas e depois comentar o trabalho, foi fundamental. Fora este curso eu não tive mais nada, ele foi oferecido pela universidade para qualquer um que quisesse, mas pouquíssimas pessoas foram. Falamos para companheiros e muitos acharam que era perda de tempo”*. O professor, que é médico, diz que a disciplina IBNT mudou muito a prática pedagógica dele, *“pois me obrigou a repensar o planejamento da minha prática, isto tem muito mais que ver com meu trabalho em laboratório, [...], eu gostaria de trabalhar mais, porém não consigo por todas as outras coisas que tenho para fazer, mas gostaria de me dedicar mais a essa disciplina.”*

Existem dificuldades de ordem estruturais. Um professor fala das salas multimeios que não funcionam direito e estes recursos são fundamentais para a disciplina. Ele fala também que os alunos da medicina não dominam o inglês, não leem em inglês, e os livros e sites de medicina são em inglês.

Diante dos desafios, o grupo dos seis professores se mostra bastante unido, se fortalecem e empreendem esforços juntos, para que a IBNT dê bons resultados, que ela atinja os objetivos propostos pelo grupo. Lhes preocupa o fato, dela não ser considerada importante e útil pelos alunos e não possuir reconhecimento dos colegas da universidade. Além disso, eles não contam com o apoio dos outros cinco professores da disciplina, os quais se mantêm distanciados, na visão do grupo dos seis, pois não querem comprometer seus *status* na Universidade. Um dos professores do grupo dos seis, que é médico, comentou que de início estava um pouco resistente em fazer parte da disciplina:

[...] eu disse ao grupo, não sei se vou poder, mas me disseram todas as ideias que queriam colocar em prática, queremos fazer com pessoas de confiança, então eu disse está bem, vamos fazer, vou lhes dar uma mão, mas sem muito convencimento. Em pouco tempo eu disse que sim, valia a pena, que me interessa e que a IBNT está me forçando a aprender outras coisas.

O professor destacou o planejamento do trabalho no grupo, feito por todos do grupo, ele percebe que não tem esta integração em outros grupos e diz que isso facilitou muito as relações pessoais também.

Me sinto plenamente integrado, motivado e com capacidade de fazer muito mais se não fiz mais é porque realmente não há tempo para tudo, temos muitas coisas para fazer, mas todos são estimulados a participar, as sugestões são bem aceitas, não há interesse por parte de ninguém em se sobrepor ao outro, tem diferenças, uns participam um pouco mais, mas há liberdade.

Os professores médicos trabalham vinculados nos hospitais universitários, pela manhã atendem no hospital e se dividem entre as disciplinas clínicas; os que não são vinculados em hospitais dão aulas, fazem investigação e se dividem entre as disciplinas pré-clínicas. As disciplinas pré-clínicas são administradas até o 3º ano e as demais após o 3º até o final do curso. De acordo com o professor que é médico, tem alguns professores médicos que também dão consultas fora do hospital, mas são poucos, pois é necessário ter permissão especial e ter dedicação parcial à universidade. De acordo com o professor, não é fácil obter essa permissão. Em Valladolid, o professor da medicina tem dedicação exclusiva.

Os entrevistados retrataram problemas quanto ao trabalho docente e médico, como cargas horárias extensivas, não deixando tempo para a pesquisa. Reclamaram que não há estrutura adequada para a realização de investigações. Mencionaram que é necessária uma mudança no sistema das leis que regulam a pesquisa docente e médica. Uma professora chegou a dizer que tem a esperança de que conseguindo convencer os alunos da importância da pesquisa, eles possam num futuro, como médicos, assumir cargos de chefia no setor da saúde e defendam essas ideias junto a políticos e estes mudem as leis, criando condições para que quem deseje

pesquisar possa fazer como parte do seu trabalho e dentro da sua carga horária, pois ela diz que se alguém quer pesquisar precisa abrir mão dos finais de semana, da família, se torna um ato de sacrifício.

O professor, que também exerce a medicina, comentou que na Espanha sempre tem projetos financiados pelo Instituto Carlos III de Madrid, através do Ministério da Saúde, mas são poucos que conseguem as bolsas, pois tem que ser muito bom e demonstrar muito interesse na pesquisa. Praticamente não tem financiamento privado para pesquisa na Espanha, segundo ele diferente do Reino Unido, onde esteve por sete anos com financiamento privado para pesquisa. Ele comenta *“é difícil, aqui quando aparece financiamento privado, eles possuem outros propósitos, estão muito interessados no que podem conseguir, com a publicação em periódicos, querem nomes conhecidos, nome de peso, pela publicidade que vão ganhar com isso, é difícil competir”*. Ele acredita que começou a ser assim a partir da separação da pesquisa e da prática médica: *“choca essa separação, e isso ocorreu quando a ciência se profissionaliza, quando os cientistas se profissionalizam lhes pedem resultados e estes resultados têm que ser de um certo tipo”*.

A situação retratada pelos seis professores mostra também, certa angústia por parte deles. Sentem-se com a responsabilidade de provar a si mesmos, aos alunos e principalmente na universidade, que os esforços investidos não foram e nem são em vão. Eles defendem a IBNT, pois acreditam nela como uma proposta inovadora que pode ampliar o campo de visão e atuação do profissional médico. Mesmo que reconheçam que não é tarefa fácil, que eles não têm controle sobre a situação da pesquisa médica, veem como um investimento futuro, que não colherão os frutos, pois só lhes cabe semear uma boa semente, regar é a parte dos alunos.

Contudo, os alunos não demonstram estarem abertos a este plantio, estão ocupados demais, desenvolvendo estratégias de como obter mais pontos e conquistar uma boa classificação na seleção, para as vagas e especialidades para residência médica, o MIR (o que explica o pequeno número dos questionários de pesquisa respondidos).

O pragmatismo dos alunos desmotiva os professores que aguardam ansiosos as respostas do projeto que desenvolveram para avaliar a disciplina e suas práticas. *“Estamos todos muito preocupados, estamos em fim de curso e deveríamos ser capazes de avaliar como está a disciplina, avaliar ou colocar algo dessa disciplina nos trabalhos de fim de curso. Avaliar se aquilo que estamos fazendo se estamos alcançando nossos objetivos”*. O coordenador afirma que não defenderá a disciplina se não estiver completamente convencido de que ela tem validade e que cumpre com os objetivos, este é o grande desafio colocado por ele: *“esperamos*

as respostas do projeto de investigação docente, dizer e mostrar sobre o que estamos fazendo, nos diga se estamos fazendo a coisa bem, se não estamos, temos que mudar”.

Os comentários no geral, apresentam certo pessimismo, em relação às mudanças que a disciplina está tentando desenvolver e em relação aos rumos que poderá tomar. O grupo dos seis professores, mostram-se inseguros diante do desafio, ao mesmo tempo em que se fortalecem mutuamente, dizem-se em harmonia, consideram-se como o “núcleo duro”, o “coração” da disciplina. Alguns dos professores, apostam no tempo para superar obstáculos, que para eles, na atualidade são quase intransponíveis. O coordenador da disciplina, mencionou que o grupo, espera a aposentaria dos colegas que não demonstram abertura às novas ideias defendidas por eles, e esperam, que os alunos formados promovam mudanças nas leis, mas, por outro lado, o professor com mais idade acrescenta que tudo já foi feito, não há mais nada o que criar em termos de novos arranjos curriculares na medicina.

No entanto, os seis entrevistados acreditam que é uma semente que está sendo colocada nos alunos, que alguns poderão fazer a diferença e ir além do uso de protocolos. Consideram que: *“isso uma máquina pode fazer, se eles não colocarem a parte humana, que é justamente a parte que a máquina não pode colocar, não teremos bons médicos”.* *“Não digo investigar em nível básico, que é importante também, mas investigar a nível clínico, diante dos casos que tenham”.* *“Quando um médico enfrenta um caso, cada pessoa é um mundo, quando ele apenas aplica um protocolo vai deixar escapar muitas coisas”.*

6 COMPARAÇÃO ENTRE OS DOIS CASOS

BRASIL – UFFS/Passo Fundo	ESPANHA- UVa/Valladolid
Histórico das instituições	
<p>Faculdade recém-criada (2013), com a abertura do primeiro curso de medicina planejado dentro do programa do Governo Federal para expansão da formação em saúde no Brasil, como estratégia do Programa Mais Médicos para formação de mais médicos para atender as demandas no país.</p> <p>A Universidade Federal da Fronteira Sul, criada em 2009, é uma instituição pública federal e popular, têm suas raízes nas reivindicações por educação pública, gratuita e de qualidade, resultantes de mobilizações dos movimentos sociais da sua região de abrangência, a Mesorregião Fronteira Mercosul. Foi a primeira universidade pública da região.</p>	<p>A Faculdade de Medicina da Universidade de Valladolid foi criada a partir da Cátedra de Física, por ordem do Rei Enrique IV de Castilha no ano de 1404. O curso de medicina da UVa foi o primeiro da Espanha. É um curso com tradição de séculos.</p> <p>A Universidade de Valladolid (UVa) é uma universidade pública espanhola, localizada em <i>Castilla y León</i> na cidade de <i>Valladolid</i>. Fundada no ano de 1241, é a terceira universidade mais antiga da Espanha.</p>
Mudanças/inoваções no curso	
<p>O Curso de medicina na UFFS nasce com uma nova proposta, identificada com os princípios defendidos pelo SUS e fundamentados nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais para graduação em medicina, como parte da política de âmbito federal - Mais Médicos. Formação voltada para uma medicina integral e para Atenção Básica, pautada em num novo perfil médico generalista e humanista.</p>	<p>A Medicina é uma das profissões reguladas na Espanha, pois o Governo define as condições dos planos de estudo. O sistema do ensino superior segue orientações europeias definidas no EEES. O novo sistema adotado institui a educação por competência e a contagem de créditos ECTS. A ênfase na formação é para o profissional competitivo no mercado internacional.</p>
Perfil docente	
<p>Os professores têm experiências práticas na realidade brasileira, como educação popular junto às comunidades rurais e quilombolas. Qualificações variadas, com Especialização em Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva. Mestrado Profissional com ênfase na docência em Ensino Superior. Doutorado em Movimentos Sociais na Saúde. Atuação de alguns no Programa Mais Médicos, como médico, coordenador e supervisor. Graduação na área biomédica e na área de humanas em instituições de modelos diversos.</p>	<p>Professores com formação em Bioquímica e Medicina. Com pós-doutorado no exterior, Estados Unidos e Inglaterra. Vivência no exterior por longos períodos, experiência em pesquisa e docência de vários anos.</p>
Relação pedagógica observada	
<p>A relação envolve professores, alunos e equipe multiprofissional nas Unidades Básicas de Saúde e é marcada por menor hierarquia, em alguns casos se observa vínculos mais afetivos. Relação de proximidade e troca entre os atores, pautada por diálogos e partilha de experiências e vivências. A</p>	<p>A relação envolve professores e alunos e é pautada pela formalidade. A hierarquia está presente em todas as esferas das relações, inclusive entre docentes e alunos. A teoria e prática não estão integradas na maior parte das aulas. Estão encontrando dificuldades para desenvolver novas atividades que integrem</p>

<p>teoria e prática, em alguns casos, estão integradas e ocorrem com alguma frequência em outros territórios, como nas imersões nas comunidades, noutros ainda predominam aulas do tipo tradicionais, com saberes fragmentados e pouca interação. Proposta do curso desafia docentes a desenvolver maior abertura para atividades práticas e interação com outras áreas.</p>	<p>teoria e prática e também na avaliação das atividades práticas, devido à falta de estrutura física, falta de tempo para desenvolver as atividades e falta de compatibilidade entre o grupo de professores em relação ao tema.</p> <p>Alunos desejam mais práticas e consideram demasiados conteúdos e temas, desenvolvidos sem a profundidade necessária.</p>
Alunos	
<ul style="list-style-type: none"> - Ingresso pautado pela inclusão social e racial. - Grupo mais homogêneo, predomínio de alunos oriundos de classes populares, de menor renda e baixo capital cultural. - Possuem voz e espaço de interlocução no curso, são partícipes da elaboração do curso. - Participam da avaliação entre pares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alta seletividade, somente os com notas bem altas têm acesso. - Muito centrados no estudo. - Competitivos. - Focados na obtenção de pontos para o MIR, exame de ingresso à Residência Médica. - Pouca intervenção nas aulas, pouco abertura.
Aulas	
<p>Dois formatos de aulas: Tradicional (mais teórica) e Imersão (mais prática).</p> <p>Tradicional: aulas em salas na faculdade, com uso de recursos básicos (quadro e Datashow); predomínio de conteúdos teóricos, expostos a partir de slides; alguns diálogos, pouca interação entre alunos e professores em algumas aulas, noutras são realizadas discussões e dinâmicas de grupo com muita interação no grupo e entre alunos e professores, por exemplo, encenação teatral.</p> <p>Imersão: aulas que envolvem vivência junto às comunidades no interior de municípios próximos ao campus de Passo Fundo. Atividade que envolve a comunidade e o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, sob supervisão de um médico a serviço da UFFS. Envolve pesquisa sobre local, comunidade, condições ambientais, sociais e de saúde. Envolve atenção à saúde com atendimento a pacientes. Interação entre professor/médico e alunos, alunos e alunos, alunos e equipe múltipla de saúde e alunos e comunidade local.</p> <p>* Seminários Integradores: tem proposta integradora de conteúdo das diferentes áreas do conhecimento. Da maneira como tem sido desenvolvido, tem priorizado a área biomédica: a atividade se baseia no estudo de um caso clínico, promove interação entre o grupo de alunos e a interação docente só ocorre na composição da banca de avaliação da apresentação dos casos. A presença às aulas é obrigatória e um dos critérios de aprovação. A avaliação utiliza instrumentos bem variados, incluem avaliação baseada na observação das</p>	<p>Apresentam dois tipos de aulas, uma mais tradicional e teórica e outra mais voltada à prática em laboratório multimídia.</p> <p>Tradicional: aulas em salas de aula na faculdade, uso de Datashow e ambiente virtual Moodle. Predomínio de conteúdos teóricos expostos pelo professor, com uso de slides. Pouca interação em algumas aulas, em outras existe interação promovida por atividades participativas, como trabalhos em grupo.</p> <p>Aula prática: aula no laboratório multimídia, com uso de computador e Datashow. Alunos realizam as atividades orientados pelos docentes, trabalham 3 docentes juntos. Há integração docente, no planejamento, desenvolvimento e avaliação. Interação entre professores e alunos e entre alunos.</p> <p>*Apresentação de artigo: esta aula é uma atividade opcional, na qual duplas de alunos apresentam um artigo científico médico para avaliação de uma banca com um professor médico convidado e o professor da disciplina IBNT, que é médico. É uma simulação de Congresso Científico.</p> <p>A frequência nas aulas não é obrigatória, há apenas duas situações que é cobrada: nas práticas de laboratório bioquímico e nos dias de prova. Avaliação não é participativa, é individualizada, mesmo quando o trabalho é em grupo. Avaliação formal e obrigatória feita por testes com questões objetivas, mais análise e interpretação de textos e imagens.</p> <p>Há estímulo ao desenvolvimento de um pensamento crítico em relação à prática tradicional da medicina a partir da inclusão da investigação, como ferramenta</p>

práticas do aluno. Há estímulo e promoção de protagonismo e autoria (produção de relatos, artigos, participação em seminários, etc.).	que amplie o potencial médico no cotidiano da prática clínica.
Currículo do curso de medicina - primeiro ano	
Curso de Medicina da UFFS Horas: 8190 - Créditos: 546 Duração 6 anos	Curso de Medicina da UVa ECTs: 360 Duração mínima de 6 anos
<p>Disciplinas das Fases (Semestres) 1 e 2</p> <p>Estatística Básica Produção textual acadêmica Saúde Coletiva I Processos biológicos I Construção Histórica da Medicina Urgência e Emergência Seminário Integrador I Iniciação à prática científica Introdução à Filosofia História da Fronteira Sul Saúde Coletiva II Processos Biológicos II Atenção à Saúde: Epidemiologia Bioestatística Ciência, Espiritualidade e Saúde Seminário Integrador II</p> <p>➤ A estrutura curricular da UFFS apresenta disciplinas da área de humanas, intercaladas com disciplinas biomédicas, desde o primeiro semestre. É uma inovação, em termos da estrutura curricular dos cursos tradicionais de medicina.</p>	<p>Disciplinas do 1º ano</p> <p>Anatomia Humana I Anatomia Humana II Biologia Médica Histologia Médica Molecular I Bioquímica e Biologia Molecular II Genética Médica História da Medicina</p> <p>➤ É possível perceber a diferença do currículo da UVa, cuja ênfase está nas disciplinas biomédicas, em relação ao currículo da UFFS. São poucas disciplinas da área de humanas no currículo obrigatório de medicina da UVa. (Conforme Anexo H).</p>
Perfil do egresso	
<p>Perfil do Egresso/Profissional médico (UFFS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 a 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. 	<p>Perfil do graduado em Medicina (UVa)</p> <p>Demonstrar aquisição de competências para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevenir problemas de saúde; - Diagnosticar os problemas de saúde; - Resolver os problemas de saúde; - Aliviar o sofrimento; - Manter sua competência profissional; - Contribuir com a formação de outros profissionais de saúde; - Realizar tarefas de gestão sanitária; <p>Desenvolver atitudes, habilidades e conhecimentos para alcançar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uma formação adequada das bases biológicas e sociais da medicina; - Um raciocínio clínico competente; - Um firme compromisso ético e social; - Uma plena consideração humanista da profissão.
Desafios para atingir os objetivos propostos na prática profissional futura	

<p>Resistência por parte de alguns professores e alunos à proposta do curso;</p> <p>Imaginários construídos sobre um modelo tradicional de formação e atenção à saúde;</p> <p>Resistências à algumas medidas adotadas para cumprir com as orientações das DCN, como a humanização do currículo, com a inclusão de disciplinas como filosofia, história e saúde coletiva;</p> <p>Desigualdades sociais e regionais; políticas municipais precárias para fixação de médicos nas comunidades carentes;</p> <p>Repúdio velado às medidas do Programa Mais Médicos – ampliação do número de médicos, popularização da formação médica e popularização da atenção médica nas UBS.</p>	<p>Demasiada hierarquia e falta de autonomia da equipe docente para fazer alterações na disciplina;</p> <p>Resistência dos alunos à disciplina, por não oferecer aplicabilidade imediata e, teoricamente, não fazer diferença no acesso à residência médica;</p> <p>Falta de apoio e credibilidade por parte de alguns colegas da disciplina;</p> <p>Falta de tempo e poucas condições para desenvolver atividades práticas na disciplina, bem como desenvolver projetos de pesquisa com os alunos;</p> <p>Impossibilidade de compatibilizar as atividades docente, exercício médico e ser um pesquisador ativo;</p> <p>Não reconhecimento do valor da disciplina e do trabalho do grupo docente envolvido, por parte de superiores.</p>
Mudanças propostas nos cursos de Medicina	
<p style="text-align: center;">A PARTIR DO “MAIS MÉDICOS”</p> <p>Estabeleceu novos Parâmetros Curriculares;</p> <p>Os cursos de Medicina estão sujeitos à efetiva implantação das DCN;</p> <p>Controle da abertura de novos cursos de Medicina;</p> <p>Reordenação da oferta de vagas para residência médica;</p> <p>Formação médica com maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;</p> <p>Inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS;</p> <p>Ao menos 30% da carga horária do internato médico na graduação deverá ser na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS (no mínimo dois anos);</p> <p>Os programas de residência médica ofertarão anualmente vagas equivalentes ao número de egressos do ano anterior (a ser cumprida até 31/12/2018)⁶⁸.</p>	<p style="text-align: center;">A PARTIR DO ESPAÇO EUROPEU DE EDUCAÇÃO SUPERIOR</p> <p>Adoção de um sistema de títulos compreensível e comparável, a partir de um modelo unificado;</p> <p>Adoção da mesma estrutura de estudos baseada em dois ciclos: graduação e pós-graduação (mestrado e doutorado);</p> <p>Estabelecer um sistema de transferência e acumulação de créditos (European Credit Transfer System – ECTS) centrado no trabalho do aluno;</p> <p>Promover a mobilidade de estudantes, professores, investigadores e administradores (capital intelectual da Europa);</p> <p>Desenvolvimento de critérios e metodologias comparáveis, mais interativas, construtivas e interdisciplinares, centradas no aluno;</p> <p>Promover o ensino superior na dimensão europeia para atrair estudantes de diferentes países, favorecendo sua empregabilidade e competitividade no mercado de trabalho internacional⁶⁹.</p>

Quadro 15 – Comparação entre os casos Brasil e Espanha

Fonte: dados coletados na tese. Quadro elaborado Campos, M.

6.1 ANÁLISE COMPARATIVA

Das experiências estudadas, destacam-se semelhanças, contrastes e especificidades. Os estudos de caso consistiram em dois cursos de graduação em medicina, que estão em processo de adaptações práticas. Estas são resultantes de mudanças realizadas a partir das orientações

⁶⁸ Fonte: Diretrizes Curriculares Nacionais para cursos de graduação em Medicina. **Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.**

⁶⁹ Fonte: Fernández-Salineró (2006).

definidas em lei por organismos superiores. As mudanças contemplam novos arranjos curriculares, envolvendo a criação de novas disciplinas e a readequação de conteúdos e de carga horária de disciplinas existentes. A ampliação da prática nas atividades de formação curricular, integração e interação entre diferentes áreas, conteúdos e sujeitos envolvidos no processo pedagógico, além da utilização de novas tecnologias, metodologias e espaços de ensino e aprendizagem.

Uma das diferenças está na origem das mudanças e nos propósitos. Na Espanha são orientações vindas de uma ordem supranacional, o Tratado de Bolonha, que buscou, dentre outros objetivos, homogeneizar as formações em nível de ensino superior nos países europeus para possibilitar a livre circulação de estudantes e de atuação de profissionais. No Brasil, as mudanças partiram de uma política do Governo Federal, com vistas a formar maior número de profissionais médico e novo perfil médico. As propostas estão em sintonia com as demandas do SUS, tanto na atenção médica, quanto no perfil profissional desejado.

A pesquisa aponta algumas motivações que promoveram as mudanças mencionadas: no caso da Espanha, como os demais países europeus, a implementação das mudanças foi em cumprimento às normativas estabelecidas pós Tratado de Bolonha. Com a criação do EEES foram impostas uma série de medidas para alinhar os sistemas de educação superior nos países europeus. Estas medidas se inserem na estratégia de desenvolvimento econômico baseado numa sociedade do conhecimento, com objetivos expressos de projetar a União Europeia como o bloco de nações mais competitivo e dinâmico do mundo. Como explicitam Fernández e Salinero (2006, p.133):

A su vez, la Unión Europea asumió esta iniciativa desde el objetivo estratégico para la década en curso formulado por el Consejo Europeo de Lisboa en marzo de 2002 de “convertirse en la economía basada en el conocimiento más competitiva y dinámica del mundo, capaz de crecer económicamente de manera sostenible con más y mejores empleos y con mayor cohesión social.

No Brasil, as mudanças se instituem em todo território nacional, na forma de lei do Governo Federal, com a criação do Programa Mais Médicos e com este, dentre outras medidas, foram aprovadas novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina. No entanto, em termos de objetivos e diretrizes para a formação médica, não apresentaram grandes novidades, pois as primeiras DCN para medicina, aprovadas em 2001, já continham os mesmos princípios do perfil médico desejável. A diferença é que agora as novas DCN expressam como devem ser implementadas as mudanças a fim de se obter a formação do profissional médico definido na lei, tornando obrigatória a efetivação das mudanças em todos os cursos de medicina no país. Essas medidas representam uma resposta às demandas sociais

que vêm sendo evidenciadas por diversos setores da sociedade civil e da saúde, que ganharam força com a Constituição Federal de 1988, e a efetivação do Sistema Único de Saúde. As medidas encontram sustentabilidade no atendimento aos princípios que regem o SUS.

Foram objetos de estudo três disciplinas: Investigação Biomédica e Novas Tecnologias na Espanha, Saúde Coletiva e Seminário Integrador no Brasil. Três aspectos foram analisados dentro da prática pedagógica: a ação do professor, a ação do aluno e a relação que se desenvolve no âmbito da aprendizagem, considerando elementos que integram e interferem nela, como os conteúdos selecionados, as metodologias adotadas, os recursos utilizados e o contexto onde se desenvolve a relação pedagógica. Parto da compreensão de que as escolhas iniciais são do professor, como escolha metodológica, seleção dos conteúdos, dos recursos disponíveis, da didática e das dinâmicas, são escolhas ancoradas num currículo determinado, portanto, delimitadas por ele. Quando aplicadas, o foco da relação passa ao aluno que responde de diferentes modos ao cenário que está posto a ele, bem como o professor passa a agir a partir dessa resposta. Importante que ocorra a interação como resposta positiva de que as escolhas foram acertadas. No entanto, essas relações são permeadas de diversas influências subjetivas trazidas por cada indivíduo.

Partindo dessa reflexão, que emerge da complexidade observada nas experiências estudadas, identifiquei aspectos da pedagogia universitária observada nas aulas das três disciplinas estudadas. Os dois casos apresentam em comum o posicionamento do professor e do aluno diante do cenário atual. Está na responsabilidade do professor aplicar as mudanças adotadas de modo satisfatório, o produto destas mudanças, no caso, o médico formado dentro de uma nova proposta, deverá apresentar um novo perfil. Contudo, os professores não sabem como fazer isso e o desafio é enorme e as dificuldades estão sempre presentes. Sentem falta de preparo pedagógico, de orientação, sofrem pressão e cobranças, eles dependem da organização de setores, que fogem da sua alçada. Os alunos são guiados por interesses próprios, venceram muitos adversários para chegar ao curso de medicina e esperam uma formação que lhes garanta estabilidade profissional, econômica e status social.

Algumas diferenças encontradas nos casos em relação aos aspectos acima foi que no caso do Brasil, com exceção de uma parcela da primeira turma do curso, boa parte dos alunos do curso de medicina da UFFS/PF está gostando do formato do curso, das vivências no SUS, alguns reconhecem as dificuldades por ser um curso novo, mas sentem-se partícipes desta elaboração e responsáveis pelo êxito do curso. São alunos oriundos de famílias de baixo poder aquisitivo, de municípios pequenos e remotos, que valorizam a oportunidade que este curso lhes deu de acesso ao ensino superior e em especial ao curso de medicina – curso marcadamente

elitista e seletivo quanto ao ingresso em universidades tradicionais. Fato que se confirma pelas diversas vezes que fizeram vestibulares para alcançar este objetivo.

Para os professores, no caso brasileiro, dentre os maiores desafios está a estrutura que é demandada para colocar em prática todas as determinações dos novos parâmetros curriculares e que está sendo adequada para possibilitar a integração da formação aos espaços de serviço médico. Também por ser uma faculdade nova – com curso novo e uma proposta inovadora – e estar situada em um município com forte tradição em formação médica, em uma universidade privada comunitária, inevitavelmente gera comparações entre os modelos de formação e, talvez num futuro próximo, gere competições na região pela formação médica.

Um contraste encontrado diz respeito às perspectivas dos alunos em relação ao curso de medicina. Na Espanha, o curso de graduação em Medicina tem duração de seis anos. Após concluir esta etapa, eles não estão habilitados a atuarem como médicos clínicos, pois somente estarão aptos após a residência médica, que pode levar no mínimo quatro anos, dependendo da área que optarem em se especializar. Alguns professores entrevistados comentaram que uma das razões dos alunos com melhores notas fazerem o curso de medicina é a alta empregabilidade da profissão, contudo, estes alunos só poderão trabalhar passados dez anos, no mínimo, de estudos. Talvez isso explique, em parte, a urgência e a priorização deles em passar no MIR e conseguirem logo fazer a residência. Um dos professores observou que a prova é muito difícil, muitos alunos fazem cursos preparatórios para passar e ter boa classificação, pois quem se classifica melhor tem prioridade na escolha das melhores ofertas de vagas. No Brasil, o médico graduado pode exercer a medicina antes da residência, ele pode inclusive não se especializar, poderá atuar como clínico geral.

Outro contraste entre os casos diz respeito à política de trabalho do docente universitário. Na faculdade de medicina na Espanha, os professores têm dedicação exclusiva, os médicos estão vinculados a um hospital universitário e podem dar aulas em um turno e atender no hospital em outro. Ou, os que não atendem, mas lecionam e pesquisam, não é permitido ter outros vínculos ou prestar atendimento médico fora do hospital. Se algum médico desejar oferecer consultas em consultório ou em casa, por exemplo, terá que solicitar dedicação parcial a faculdade e pedir autorização, a qual em poucos casos é concedida, como informou o professor que é médico na UVa. No Brasil não existe essa exigência, os médicos professores aqui acumulam muitos locais de trabalho, dedicando-se em geral 20 horas semanais à docência, que na prática de sala de aula pode chegar a 8 horas reais. Esta situação por certo afeta bastante o envolvimento do profissional na docência, pois como comentado nas entrevistas realizadas na UFFS, não existe um plano de carreira docente para o médico, mesmo aqueles que gostam

da docência, acabam por preteri-la ao atendimento clínico, em razão da pouca valorização econômica da docência.

No caso espanhol os professores pesquisados estão sozinhos, são eles que precisam fazer dar certo a disciplina que pretende incluir a pesquisa como competência na formação médica e vender esta ideia a alunos e professores de uma faculdade secular, com forte hierarquia e valores rígidos. Novas determinações estão postas pelo EEES e não há como recuar, estão incumbidos de realizar inovações, mas não lhes deram ferramentas para tal. Eles não contam com o apoio do grupo dos outros cinco docentes que fazem parte da equipe, mas enfrentam o descrédito quanto a utilidade da disciplina por parte de docentes médicos da faculdade e o desinteresse dos alunos pela proposta que a disciplina desenvolve. O grupo dos seis professores abraçou o desafio de desenvolver a IBNT, eles possuem uma visão ampliada quanto à profissão médica, à formação e à pesquisa, proporcionada pela qualificada formação e vivência em países do primeiro mundo. Tal visão foi incorporada nos objetivos que traçaram para alcançar junto aos alunos, no entanto, ressentem-se diante das atitudes dos alunos e dos colegas de profissão, por não apresentarem uma mente aberta o suficiente para compreender e apoiar suas ideias.

Os seis professores desenvolveram uma pesquisa para conseguir enxergar pontos frágeis que existam no direcionamento que estão dando ao seu fazer pedagógico junto à IBNT, pois querem corrigi-los. Acreditam que é uma semente que estão colocando nos alunos, que no futuro, quando forem profissionais, isso possa fazer a diferença na mentalidade deles e que eles sejam os protagonistas de mudanças de mentalidades, influenciando políticos no país para que mudem as leis, ampliando as condições reais de ser um médico pesquisador na Espanha. É o sonhar sonhos possíveis, como ensina Freire⁷⁰, os sonhos impossíveis existem, porém, a possibilidade ou impossibilidade deles estão sujeitas a critérios histórico-sociais e não individuais. A prática e o empenho desses seis professores condizem com as palavras freireanas “O sonho viável exige de mim pensar diariamente a minha prática; exige de mim a descoberta, a descoberta constante dos limites da minha própria prática, que significa perceber e demarcar a existência do que eu chamo espaços livres a serem preenchidos”⁷¹

As especificidades que encontrei nas experiências foram especialmente nas práticas das aulas observadas. Na disciplina IBNT, na Espanha, estão apresentando e ensinando aos alunos sobre ferramentas virtuais para acesso a dados científicos do campo médico. Em outros cursos, mesmo específico da área da informática, desconheço trabalho semelhante, menos ainda voltado para uma área específica, como é o caso da formação médica. Os professores ensinam

⁷⁰ Em Brandão, Chauí e Freire (1982).

⁷¹ Em Brandão, Chauí e Freire (1982, p.100).

desde ‘navegar’ na internet, acessar programas básicos de computador, acessar passo a passo plataformas específicas de artigos médicos, como fazer citações, fazer buscas de artigos, reconhecer um artigo científico confiável e desenvolver o senso crítico dos alunos sobre os conteúdos publicados. Eles ensinam o que deve ter um artigo confiável, as etapas que deve ter um projeto de pesquisa, o que é necessário ter em um projeto para conseguir financiamento, ensinam a fazer um pôster científico, o que deve ter neste pôster, como devem apresentar os trabalhos, como deve ser a apresentação dos dados, qual linguagem usar e oferecem aos alunos a possibilidade de apresentação, como se estivessem em congressos, com o acompanhamento do professor e de um convidado externo à universidade para avaliar.

Considero singulares estas duas etapas do currículo da disciplina IBNT, pois são atividades práticas, voltadas ao contexto real, extremamente úteis, ainda que não em um curto espaço de tempo. O que tornou possível este formato dado à disciplina IBNT é a trajetória pessoal de cada um dos seis professores que trabalham unidos no desenvolvimento da mesma. A vivência deles em outros países, em contextos universitários e de pesquisa mais avançados que na Espanha, permitiu a eles planejar essas atividades com a perspectiva de trazer para o contexto da UVA o que identificaram de positivo, inovador e necessário para ser um bom profissional médico. Outro aspecto a destacar é a metodologia de trabalho da equipe: são unidos e participativos, planejam tudo em grupo, oferecendo apoio uns aos outros, existe respeito a opinião de todos e as contribuições são bem aceitas. O grupo dos seis professores são receptivos e manifestam uma atitude de abertura e escuta a pareceres de outras áreas, como da educação.

Na experiência brasileira, a atividade de imersão no formato como está sendo desenvolvida na UFFS é de uma especificidade única, por diferentes aspectos. Uma das razões é o fato de ter sido a primeira universidade a implementar uma disciplina própria para vivência, levando os alunos para aprender em territórios externos à instituição, de modo regular. Alguns destes territórios têm características peculiares, como as comunidades quilombolas e rurais, localidades com pouquíssima infraestrutura, realidades diversas de um Brasil que certamente não aparece em hospitais, onde tradicionalmente se aprende a prática médica.

Com muitos desafios estas atividades estão sendo realizadas, existem algumas dificuldades de organização, de financiamento, críticas de alguns alunos que não compreendem ‘porque viajar para ver doenças’ e de médicos que defendem que o único modelo confiável de ensinar a prática é no hospital que está com todo o cenário pronto. Alguns professores compreendem a riqueza dessa prática e estimulam aos alunos produzirem relatos que poderão se tornar artigos e a participarem de congressos relatando as vivências, pois enxergam a imersão como um campo rico de aprendizado, pesquisa e intervenção social.

Outra especificidade do caso da UFFS é a participação de professores de outras áreas, como Filosofia, História e Comunicação Social, desenvolvendo a humanização prevista nos novos parâmetros curriculares e a participação de professores e médicos, com vivências nos movimentos sociais, em comunidades quilombolas, comunidades camponesas e de assentados do Movimento dos Sem Terra (MST). A presença de um docente com formação em Cuba, num modelo de formação tradicional, traz valores de uma cultura que coloca como centro da formação médica o cuidar das pessoas e na qual ser médico não é distintivo de uma elite, não possui status profissional e econômico, pois a concepção de ser médico em Cuba é de servir à sociedade. A abertura a profissionais docentes com estas vivências traz uma peculiaridade única ao curso. Outra peculiaridade do curso de medicina da UFFS é a forma de ingresso dos alunos, cerca de 90% das vagas são destinadas a alunos de escola pública.

Existe algo em comum no exercício pedagógico dos docentes. Em ambos os casos estudados eles procuram realizar uma educação libertadora, nas palavras de Freire (Brandão, Chauí e Freire, 1982, p.100), a qual parte da prática utópica: “Mas não utópica no sentido de irrealizável; [...]. Utópica no sentido de que esta é uma prática que vive a unidade dialética, dinâmica, entre a denúncia e o anúncio, entre a denúncia de uma sociedade injusta e espoliadora e o anúncio do sonho possível [...]”.

Apoiada nas definições de Leite (2001) e Lucarelli (2003) para inovação em educação como uma ruptura com as práticas tradicionais de ensino, considero que nos dois casos estudados se pode encontrar diversas rupturas em processo. As mudanças propostas ‘de cima’, ainda que assentadas em parâmetros inovadores, não são suficientes para romper as estruturas nas bases cotidianas, permeadas de relações de poder e subjetividades entre os sujeitos nas universidades. No entanto, as rupturas estão a ocorrer, graças ao protagonismo de alguns atores que abraçam a causa, por que se identificam com as ideias que sustentam as propostas inovadoras ou percebem a oportunidade de fazer a diferença. Isso ocorre em um contexto de disputa, por qual conhecimento, qual método, entre o tradicional e o novo, “a educação enquanto ato de conhecimento, é também por isso mesmo um ato político” (BRANDÃO; CHAÚÍ; FREIRE, 1982, p.97).

Convém diferenciar os dois processos de inovação em curso, ainda que se observe semelhanças nas motivações dos professores que estão promovendo as rupturas, mas não se pode ignorar o pano de fundo o qual sustenta esses processos. No caso espanhol, tais rupturas estão ocorrendo em meio a uma mudança de paradigma do fazer universitário, do papel social da universidade e do sentido e significado do conhecimento produzido no ensino superior, que vem sendo gestados por governantes de supernações, com objetivos claros de tornar o

conhecimento a principal moeda de troca e de enriquecimento atual, assim, atribuindo à produção de conhecimento um elevado valor econômico e social.

No Brasil, a experiência estudada representa uma ruptura com os efeitos de um paradigma tradicional de ensino médico e de prática médica, o modelo biomédico. O qual se sustenta no paradigma moderno de ciência, de influência cartesiana, que tem sustentado as práticas médicas na ênfase à doença, estabelecendo, portanto, o hospital como o local adequado de aprender a ser médico, pois é lá onde se reúnem os doentes de todas as especificidades patológicas disponíveis a serem objetos do ensino e aprendizagem. As inovações que se buscam instituir estão voltadas à humanização da área médica, no entanto, o conceito de humanização vem sendo rejeitado nas experiências, pois ele justamente desagrega o lastro sobre o qual o modelo biomédico foi concebido, o modelo das ciências da natureza, as quais se pode controlar. Enquanto um novo paradigma sustentado no conceito de humanização, amplia o leque de possibilidades, traz para o campo médico novos atores antes invisíveis, traz para o jogo político novas forças – regras são revistas, posições são reorganizadas.

No caso da UFFS, aparecem alguns indícios de ruptura, como refere Santos (2008b) em relação a transição para um novo paradigma, descrito por ele como “um conhecimento prudente, para uma vida decente” (SANTOS, 2008b, p.60). Ele relaciona essa transição ao esgotamento do modelo científico, como único válido e racional, e também como uma reação do Sul ao colonialismo cultural, econômico, ideológico, dentre outros, imposto pelo Norte (SANTOS, 1995, 2000).

Contrastando algumas das práticas observadas ao referencial de Leite (1997), pode-se considerar que nos dois casos estudados aparecem indícios de inovação como ruptura, dentre os quais destaco, no caso espanhol: as relações entre a equipe docente da disciplina IBNT no desenvolvimento da pesquisa, com profissionais de outras áreas dispostos a aprender juntos; no planejamento das atividades da disciplina, pois na equipe as decisões são compartilhadas; as relações são fundadas em parceria, apoio e cooperação; e, os docentes buscam, através do conhecimento, ampliar a visão profissional e humana dos alunos, demonstram preocupação com os indivíduos, pois não é uma transmissão mecânica de conhecimentos técnicos.

No caso da UFFS, destaco o deslocamento espacial da aprendizagem a outros territórios, desenvolvendo um novo contexto, no qual se inclui profissionais de outras áreas, comunidade, alunos, professores, contribuindo com a formação médica, participando, como menciona Leite (1997, p.32), “docentes de saberes diferente”.

7 CONCLUSÃO

Iniciei esta tese me propondo a encontrar inovação pedagógica como ruptura, em duas experiências de formação médica, uma no Brasil e outra na Espanha. Contudo, o desafio desta proposta, foi superado pela riqueza durante o estudo nos dois casos, que me instigavam a aprofundar cada vez mais os questionamentos e a busca por referenciais, outros estudos, outros olhares, com o intuito de captar e compreender as mudanças que ocorriam simultaneamente durante a pesquisa, em ambas as experiências. Mais que investigar a inovação, propus-me descrever os acontecimentos, dando o formato de estudos de caso, cuja metodologia recomenda o detalhamento das experiências, dando relevância ao que é comum, ao que contrasta e ao que é singular em cada caso estudado. Ensina Stake (2010), que dentro de um caso existem muitos minis casos, são como pequenos universos que interferem e são interferidos dentro do contexto maior.

Falo de uma metodologia da pesquisa, mas poderia estar falando de uma sala de aula universitária, como define Fernandes (1999, 2006), “a dialética da vida”, território preenchido por atores que se influenciam mutuamente. Através de suas ações e relações realizam a prática e a teoria permeadas de histórias, conteúdos, ideias, imaginação, aceitação e rejeição. A pesquisa em educação carrega esta característica, de desvendar humanidades interagindo, buscando captar o sentido por trás de suas relações e, assim, contar suas histórias ao mesmo tempo em que se aprende com elas, pois o conhecer envolve prática e são todas essas coisas e pessoas de que se trata o ensino, o conhecimento e a vida.

Foi importante, nesta pesquisa, contrastar a constituição do campo profissional médico com os contextos reais observados, pois facilitou a compreensão de algumas reações diante das mudanças que estão acontecendo no cenário da formação médica. Machado (1997) descreve como a prática médica fez do profissional médico um expert. A atividade médica, através de sólido conhecimento científico, reivindicou para si o monopólio da cura e da competência para definir o que é saúde e doença e aliou, à sua prática, princípios ético-morais que estabeleceram uma relação única entre o paciente e o médico, envolvendo credibilidade e autoridade médica nessa relação, que é reconhecida e aceita pelo conhecimento específico que legitima sua prática, concedendo ao médico poder de opinião em relação a opinião do paciente. O médico é quem detém o domínio dos procedimentos, quem identifica a doença, desvenda as causas, faz diagnóstico e indica tratamento. É um profissional que possui autonomia técnica e também econômica, pois desenvolve uma prática liberal e pode estipular o valor dos seus serviços.

A partir do estudo desenvolvido nesta tese e também com base nos referenciais que a sustentaram, foi possível identificar um campo médico caracterizado pela hegemonia das ciências biomédicas e pela concentração de poder na figura do médico especialista, com forte status social, inclusive na faculdade de medicina, local onde parece exercer maior legitimidade que os demais profissionais de outras áreas. Fato que se explica pela configuração da profissão médica mencionada. Este perfil, apesar de ser dominante, não é exclusivo, pois apresenta variações em locais de culturas distintas e de economia diversa, como se observa na formação e no profissional da medicina cubana. É elevado o número de médicos formados em Cuba, procedentes de diferentes partes do continente americano, é um modelo tradicional de formação, mas com uma ênfase humanística que prioriza o cuidado e a atenção da sociedade e não a distinção profissional.

O que me leva a considerar que um dos fundamentos por trás das críticas, ao Programa Mais Médicos, em especial em relação ao exercício dos médicos cubanos no Brasil, deve-se ao contraste que isso suscitou na sociedade brasileira, particularmente nos usuários do SUS, dando a possibilidade de ver outro modelo de atenção à saúde, eficiente e humanitário. O perfil profissional cubano confronta a aura de poder e status criada em torno dos médicos no Brasil e questiona, também, a razão dos postos de atendimento, agora ocupados por médicos do programa Mais Médicos, não terem sido preenchidos antes por médicos formados no Brasil.

A justificativa corrente entre a classe médica é a falta de estrutura nos locais. Na pesquisa desta tese foi possível conhecer outras justificativas, algumas, preocupantes, como a manipulação política de pequenos municípios do interior, que preferem contratar um médico do que realizar concurso para provimento permanente deste profissional. A razão desse procedimento é deixar aberta a possibilidade de rescisão do contrato de trabalho com o médico, caso ele – que é reconhecido como liderança política na comunidade – se oponha à política local do município. É preocupante essa prática ser usual nos municípios, em se tratando da saúde e do bem-estar da população, afinal este é um direito fundamental determinado na Constituição Federal de 1988, que na prática é submetida a interesses políticos partidários.

A experiência do curso de medicina da UFFS é singular, pois nasce em uma universidade com origem e trajetória vinculadas às demandas sociais reivindicadas por movimentos sociais da região. A UFFS representa o comprometimento com a inclusão, o acesso ao ensino superior público e de qualidade, portanto, o curso e a universidade possuem características peculiares. Ao conciliar a missão assumida perante as comunidades regionais próximas e desenvolver seu projeto pedagógico, orientado dentro dos novos parâmetros curriculares, vem inaugurando um novo perfil institucional, ao que parece também um novo

padrão de formação médica, que não visa competir com instituições tradicionais, mas fortalecer um modelo de formação e serviço voltados para as comunidades locais, valorizando a atuação do médico de família e comunidade. Sem, contudo, excluir a especialização, etapa posterior a graduação e que todos os médicos formados poderão ingressar independente da formação inicial.

Neste novo fazer pedagógico que está se configurando com o curso de medicina da UFFS, a formação tende a ser menos hierárquica, incluindo outras possibilidades e atores para além da transmissão mestre/discípulos. O discurso sobre o ser médico tende a se ampliar, e incluir saberes das áreas humanas, agregando um valor e significado até então ignorado no fazer do médico, sustentado no maior domínio possível das ciências biológicas e do conhecimento do funcionamento do corpo humano. Permite ampliar o conhecimento médico baseado somente nas ciências biológicas, e tirar o monopólio científico na interpretação e definição da saúde e da doença. A expansão do processo de aprendizagem e construção de conhecimentos em outros territórios, para além da instituição universitária e do hospital, demanda um esforço de interação com profissionais de outras áreas, desafiando a condição privilegiada do médico, enquanto único *expert* da área médica.

O perfil médico que se está formando na Espanha é o do médico especialista, pois sem a residência médica na qual o médico se especializará não é possível clinicar, portanto, é um caminho natural e, em certa medida, justifica o foco no exame Médico Interno Residente (MIR) por parte dos estudantes espanhóis, durante a graduação médica. O próprio sistema de distribuição de vagas estimula-os a serem competitivos, pois o processo de seleção exige elevado nível de conhecimentos e recompensa aqueles que obtêm as notas mais altas com as melhores opções de residência nos melhores hospitais. A Espanha, ainda que apresente melhor desenvolvimento econômico que o Brasil e possua menor número de habitantes, enfrenta problemas similares aos brasileiros, no que diz respeito a oferta de vagas para residência. Lá, como aqui no Brasil, o número de médicos formados anualmente supera o número de postos disponibilizados nos hospitais, considerando que aqui os médicos que ‘sobram’ têm alternativas de trabalho no seu campo profissional, como médico clínico-geral, enquanto na Espanha os que não conseguiram a Residência naquele ano precisam aguardar o próximo MIR no ano seguinte, sabendo que disputarão com mais alguns milhares de egressos da medicina a cada ano.

No Brasil, a formação médica que se pretende fortalecer, a partir da aprovação dos novos Parâmetros Curriculares, é do médico generalista, um modelo de formação voltado à Atenção Primária em Saúde, que tem como perfil o médico comunitário e de família. Este novo parâmetro de formação médica, de certo modo, contrapõe-se ao modelo centrado na especialização, como ocorre na Espanha. O médico de família e comunidade é um clínico-geral

que atende em unidades básicas de saúde, acompanhado por equipe multiprofissional, enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentre outros. O médico pode prestar atendimento domiciliar e desenvolve uma medicina curativa e preventiva, além de desenvolver atividades comunitárias de educação para saúde. Este perfil de formação que se está priorizando no Brasil atualmente, não exclui a especialização do profissional, mas o prepara solidamente para uma atenção integral ao paciente e não somente especializada. Neste sentido, amplia a possibilidade de qualificação e atuação do profissional médico.

Alguns professores entrevistados na Espanha, mencionaram como uma característica na formação médica de lá, a de que os alunos só aprendem a desenvolver e aplicar a medicina na Residência médica e saem ótimos especialistas, mas sem um raciocínio médico apurado e amplo. Os professores apostam no caminho da pesquisa para que os alunos ultrapassem a linha que restringe a medicina à prática clínica e sejam capazes de romper com os critérios estabelecidos, adquirindo uma visão melhor, *“esse creio que é o médico investigador, é uma necessidade de ir um pouco mais além”*.

O percurso de realização desta pesquisa não foi linear, por vezes foi um caminho cheio de curvas, de dúvidas e de escolhas. E ao ter que optar por alguns focos sobre o tema aqui tratado, abri mão de outros, igualmente relevantes. Por essa razão, a pesquisa desenvolvida nessa tese sobre pedagogia universitária e formação médica aponta que há muito o que ser pesquisado nestas áreas. Espero ter contribuindo para despertar maior interesse e curiosidade epistemológica sobre o tema, para que novas pesquisas sejam realizadas. É importante que não se perca a riqueza histórica do processo de mudanças e de inovações que configuram o atual cenário mundial em termos de formação médica e da ressignificação do papel social da universidade.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. Chega a 14 mil o número de profissionais do Mais Médicos. **Agência Brasil**, 09/04/2014. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/noticias/brasil/2014/04/chega-a-14-mil-o-numero-de-profissionais-do-mais-medicos> acesso em 05/05/2014>. Acesso em: 09 abril 2014.

ANAHP. Brasil tem menos leitos de hospitais que o mínimo indicado pela OMS. **ANAHP**, 2014. Disponível em: <<http://anahp.com.br/noticias/noticias-anahp/brasil-tem-menos-leitos-de-hospitais-que-o-minimo-indicado-pela-oms>> Acesso em: 15 fev. 2016.

APPLE, Michel, W. “Endireitar” a Educação: as Escolas e a Nova Aliança Conservadora. In: PARASKEVA, João, M.; HYPOLITO, Álvaro, M.; GANDIN, Luís, A. (ORG.). **Currículo sem Fronteiras**. Vol. 1. Portugal: Edições Pedagogo, LDA., 2006. p.311-340.

AQUINO, Yara. Novas diretrizes para cursos de medicina incluem estágio no SUS. **Agência Brasil**, 03/04/2014. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/educacao/2014/04/novas-diretrizes-para-cursos-de-medicina-incluem-estagio-obrigatorio-no-sus>> Acesso em: 06 mai. 2014.

BADIE, Bertrand; HERMET, Guy. **Política Comparada**. México: Fondo de Cultura Económica, 1993.

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, v.11, n.1, p.67-84, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08>. Acesso em: 30 mai. 2016.

BRANDÃO, C. R.; CHAUI, M.; FREIRE, P. **O educador: vida e morte**. Rio de Janeiro: edições Graal, 1982.

BRASIL. Mais médicos. Conheça o Programa. **Mais Médicos**, s./d. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>> Acesso em: 03 fev. 2016.

_____. Mais Médicos. Resultado para o país. **Mais Médicos**, s./d. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>> Acesso em: 20 jun. 2016.

_____. Mais Médicos. Estudantes - o novo currículo. **Mais Médicos**, s./d. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/o-novo-curriculo>> Acesso em: 10 mar. 2016.

_____. Indicadores e dados básicos – Brasil – 2012. **Datasus**, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>>. Acesso em: 28 jun. 2014.

_____. **Constituição da República Brasileira**. Brasília: D.O.U., 1988.

_____. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília: D.O.U., v. 134, n. 248, 23 dez. 1996. Seção I, p. 27834-27841.

BOE-A-1978-31229. **Constitución Española**. «BOE» núm. 311, de 29 de diciembre de 1978, páginas 29313 a 29424. Disponível em: <<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31229>> Acesso em: 27 jun. 2016.

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: ORTIZ, Renato (Org.). **Pierre Bourdieu**. Sociologia. São Paulo: Ed. Ática, 1994. p.122-155.

_____. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1989.

_____. A escola conservadora: as desigualdades frente à escola e à cultura. In: NOGUEIRA, Maria Alice; CATANI, Afrânio Mendes (orgs.). **Escritos de Educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

_____. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

_____. **Homo academicus**. Buenos Aires: Bs. As. Siglo XXI Editores. 2008.

BUSETTO, A. A Sociologia de Pierre Bourdieu e sua análise sobre a escola In: CARVALHO, A. (org.). **Sociologia e Educação**. São Paulo: Avercamp, 2006. p.113-133.

CALDERÓN, Carmen; ESCALERA, Gregorio. La evaluación de la docencia ante el reto del espacio europeo de educación superior (EEES). **Educación XXI**, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España, n.11, p.237-256, 2008.

CAMPOS, Márcia Maciel de. **Experiência inovadora em educação superior - PAI - Planejamento Agrônomo Integrado**: estudo de caso na UFRGS. 2010. 120f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/25843>> Acesso em: 28 mai. 2016.

CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Editora Cultrix, 2002.

CASTRO, Ramires de. Quién tiene derecho a la tarjeta sanitaria? **ABC Sociedad**, 03/08/2012. Disponível em: <<http://www.abc.es/20120803/sociedad/abci-quien-tiene-derecho-tarjeta-201208031305.html>> Acesso em: 21 jan. 2016.

CECCIM, Ricardo, B. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. **Boletim da saúde**, Porto Alegre, v.16, n.1, p.9-38, 2002.

_____ ; ARMANI, Teresa B. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro - RJ, v.1, n.23, p.30-56, 2001.

_____ ; CARVALHO, Y.M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p.69-92.

_____ . Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13 (5): 1567-1578, 2008.

COEPE. Documento Base. I CONFERÊNCIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, 2010. Disponível em: <http://www.uffs.edu.br/index.php?searchword=COEPE&ordering=&searchphrase=all&Itemid=2110&option=com_search> Acesso em: 04 abr. 2014

COISSI, Juliana. Brasil aumenta número de médicos, mas distribuição continua desigual. **Seminários Folha**, 14/05/2015. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2015/05/1628533-brasil-aumenta-numero-de-medicos-mas-concentracao-continua.shtml>> Acesso em: 18 mar. 2016.

CFM - Conselho Federal de Medicina. Dados do setor. **CFM**, janeiro de 2016a. Disponível em: <http://www.cns.org.br/links/DADOS_DO_SETOR.htm> Acesso em: 14 mar. 2016.

CFM. Estatística. **CFM**, 2016b. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/?option=com_estatistica> Acesso em: 18 mar. 2016.

COROMIDAS, Joan-Prat; BOSCH, Albert Oriol. Proceso de Bolonia (IV): currículo o plan de estudios **Educ Med**, v.14, n.3, p.141-149, 2011.

CUNHA, Maria Isabel da (Org.). **Pedagogia Universitária: energias emancipatórias em tempos neoliberais**. Araraquara: Junqueira & Marin, 2006.

_____ ; FAGUNDES, M. C. V. Projetos emancipatórios no contexto da universidade pública no Brasil. *Cadernos de Educação*, n.30, p.25-44, jan./jun. 2008.

CUNHA, Maria A. A. O conceito de “capital cultural” em Pierre Bourdieu e a herança etnográfica. *Perspectiva*, v.25, n.2, p.503-524, jul./dez. 2007.

CURSO MIR ASTURIAS. El examen MIR. **Cursos Intensivos MIR Asturias**, s./d. Disponível em: <<http://www.curso-mir.com/El-examen-MIR/Informacion-General-sobre-el-Examen-MIR.html>> Acesso em: 27 jun. 2016.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/saude/almaata.htm>> Acesso em: 19 jul. 2014.

DICIONÁRIO INFORMAL. Utopia. **Dicionário informal**, 04/04/2011. Disponível em: <<http://www.dicionarioinformal.com.br/significado/utopia/633/>> Acesso em: 28 mai. 2016.

EDUCAWEB. Ciclos Formativos de Grado Superior (CFGS). **EducaWeb**, 2016. Disponível em: <<http://www.educaweb.com/contenidos/educativos/formacion-profesional-fp/ciclos-formativos-grado-superior-cfgs/>> Acesso em: 25 mar. 2015.

ELIAS, P. E. **Atenção Primária à Saúde**. DISCIPLINA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE I – MSP 0670/2011. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. 2011. Disponível em: < <http://www2.fm.usp.br/cedem/did/atencao/Texto01.pdf>> Acesso em: 20 out. 2014.

ERASMUS MUNDUS NO BRASIL. O que é o Programa Erasmus Mundus? **Erasmus Mundus no Brasil**, 2016. Disponível em: <<http://erasmusmundusnobrasil.webs.com/programa.htm>> Acesso em: 15 jun. 2016.

FERLA, Alcindo Antonio. **Clínica nômade e pedagogia médica mestiça**: cartografia de ideias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médica. 2002. 255f. Tese (Doutorado em Educação) – UFRGS, Porto Alegre, 2002. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/1897>> Acesso em: 15 jun. 2015.

FERNÁNDEZ, Carolina; SALINERO, Miguel. Las competencias en el marco de la convergencia europea: Un nuevo concepto para el diseño de programas educativos. **Encounters on Education**, v.7, p.131-153, 2006.

FERNANDES, Cleoni M. B. **Sala de aula universitária. Ruptura, memória e territorialidade**. In: Denise Leite; Maria Elly Genro; Ana Maria Braga. (Org.). Inovação e Pedagogia universitária. 1ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2011, v., p. 97-119.

_____; et al. (Org.). **Pedagogia Universitária: Conhecimento, Ética e Política no Ensino Superior**. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1999. v. 1. 182 p.

FEUERWERKER, L. C. M. (Org.). **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

_____; MARSIGLIA, R. Estratégias para mudanças na formação de RHs com base nas experiências IDA/UNI. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.12, p.24-28, jul. 1996.

FOLHA DE SÃO PAULO. A qualidade dos médicos no Brasil. **Folha de São Paulo**, Opinião, 29/08/2012. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaio/63321-a-qualidade-dos-medicos-no-brasil.shtml>> Acesso em: 15 mar. 2014.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1977a.

_____. **O nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977b.

FREIRE, Paulo; SHOR, Ira. **Medo e Ousadia – O cotidiano do professor**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 224 p

FREITAS, Guilherme. Boaventura de Souza Santos lança poemas de 'otimismo trágico'. **O Globo**, 31/10/2015. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/cultura/livros/boaventura-de-sousa-santos-lanca-poemas-de-otimismo-tragico-1-17926559#ixzz49yzCPR10>> Acesso em: 28 mai. 2016.

GERKEM, Anne-Marie Sarlet. Sistemas de Salud en España. E.U. Enfermería, Universidad de Murcia, s./d. Disponível em: <http://www.um.es/socrates/sistema_salud_espana.htm> Acesso em: 19 jan. 2016.

GONÇALVES, Ernesto L. **Médicos e ensino da Medicina no Brasil**. São Paulo: Edusp, 2002.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. de. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 551-570, 2010.

HADDAD, Ana, E. *et al.* (Org.). **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

HANS-UWE, E. Tendências europeias na graduação e na garantia da qualidade. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 9, n.17, p.22-49, jan. /jun. 2007.

HERRERO, Ana. El Sistema Nacional de Salud (SNS) de España en la comparativa internacional. **Oro y Finanzas**, 07/11/2013. Disponível em: <<https://www.oroymasfinanzas.com/2013/11/sistema-nacional-salud-sns-espana-comparativa-internacional/>> Acesso em: 21 jan. 2016.

IBGE. PIB e Renda Per Capita. **IBGE**, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 05 jun. 2014.

IBGE. População. **IBGE**, Brasil em Síntese, 2016a. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/>> Acesso em: 27 fev. 2016.

IBGE. Rio Grande do Sul, Marau. **IBGE**, Cidades@, 2016b. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=431180>> Acesso em: 14 abr. 2016.

INDEX MUNDI. População: gasto com saúde. **Index Mundi**, 2014. Disponível em: <<http://www.indexmundi.com/map/?v=2225&l=pt>> Acesso em: 18 mar. 2016.

INEP; MEC. Censo escolar. **INEP, MEC**, 2011. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/basica-censo>> Acesso em: 22 abr. 2016.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v.8, n.1, p.48-70, mar./jun. 2001.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.15, n.5, p.2307-2316, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a06.pdf>> Acesso em: 15 jun. 2016.

LABORATÓRIO DE DEMOGRAFIA E ESTUDOS POPULACIONAIS. IBGE: em 2010, esperança de vida ao nascer era de 73,48 anos. **UFJF**, 2/12/2011. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/ladem/2011/12/02/ibge-em-2010-esperanca-de-vida-ao-nascer-era-de-7348-anos/>> Acesso em: 25 mai. 2014.

LAFUENTE, José-Vicente; ESCANERO, Jesus F.; MANSO, José M. *et al.* El diseño curricular por competencias en educación médica: impacto en la formación profesional. **Educación Médica**, v.10, n.2, p.86-92, 2007.

LAMPERT, J. B. Avaliação do processo de mudança na formação médica. In: MARINS, J.J.N. *et al.* **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p.245-268.

_____; COSTA, Nilce Maria da Silva Campos; PERIM, Gianna Lepre *et al.* Tendências de Mudanças em um Grupo de Escolas Médicas Brasileiras Change Trends in a Group of Brazilian Medical Schools. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.20, n.33, p.19-34, 2009.

LEITE, Denise. **Inovação na Universidade: rupturas paradigmáticas e pesquisa em parceria**. II Seminário La Universidad como Objeto de Investigación. Buenos Aires, UBA, 1997.

LEITE, Denise. (Org.). **Pedagogia Universitária**: conhecimento, ética e política no ensino superior. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 1999.

_____. Conhecimento Social na Sala de Aula Universitária e a Autoformação Docente. In: MOROSINI, Marília Costa (Org.). **Professor do Ensino Superior**: identidade, docência e formação. 2ª ed. Brasília: Plano Editora, 2001. p.93-108.

_____. **Reformas Universitárias, Avaliação Institucional Participativa**. Petrópolis: Vozes, 2005.

_____. (Org.). **Inovação, Avaliação e Tecnologias da Informação**. Porto Alegre: Ed. Pacartes, 2010.

LEITE, D.; FERNANDES, C. M. B. Indicators of pedagogical innovation in the university/ Indicadores de inovação pedagógica na universidade. In: MOROSINI, M. C. (Org.). **Quality in higher education**: reflections and investigative practices/Qualidade na educação superior: reflexões e práticas investigativas. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2011. p. 303-312. (Série Qualidade da Educação Superior, v. 3). Disponível em: <EDIPUCRS/qualidadedaeducacaosuperior3.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2016.

_____.; _____. (Org.). **Qualidade da educação superior: avaliação e implicações para o futuro da universidade**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012. (Série Qualidade da Educação Superior, v. 6).

_____; GENRO, Maria Elly Herz Genro. Avaliação e internacionalização da Educação Superior: Quo vadis América Latina? **Avaliação**, v.17, n.3, p.763-785, nov. 2012.

LIBRO BLANCO. TÍTULO DE GRADO EN MEDICINA. **Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación**, 2005. Disponível em: <http://www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=8184678d-8567-40c3-a555-a2048d456fa6&groupId=115466> Acesso em: 12 set. 2014.

LIMA-GONÇALVES, Ernesto. **Médicos e Ensino da Medicina no Brasil**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

LUCARELLI, Elisa. Teoría y práctica como innovación en docencia, investigación y actualización pedagógica. Cuaderno de Investigación No. 10.Bs. As. UBA. FfyL.IICE.1997. p.14.

_____ (Org.). **El asesor pedagógico en la universidad: de la teoría pedagógica a la práctica en la formación**. Bs.As. Paidós.2000.

_____ . “**Desarrollos en Pedagogia Universitária: práctica y teoria en la búsqueda de caminos alternativos en la enseñanza universitária**”. XXIII International Congress of the Latin American Studies Association. Washington, setembro, 2001.

_____. **El eje teoría-práctica en cátedras universitarias innovadoras, su incidencia dinamizadora en la estructura didáctico curricular**. (Tesis doctoral). Buenos Aires: Bs. As. UBA, 2003.

_____; CALVO, G.; DEL REGNO, P.; et al. La enseñanza en las Clínicas: una mirada hacia la comprensión de los estilos docentes universitarios. Publicación: **Revista de Educação PUC- Campinas**, Campinas, Brasil. No.21, p.1-154. Novembro, 2006.

_____; FINKELSTEIN, Claudia. Prácticas de enseñanza y prácticas profesionales: un problema de la Didáctica Universitaria. **Revista Diálogo Educacional**, vol. 12, núm. 35, 2012, pp. 17-32. Pontificia Universidade Católica do Paraná. Paraná, Brasil.

LUZ, S. Enfermagem: Quantos Somos X Onde Estamos. **Portal da Enfermagem**, 15/12/2010. Disponível em: <<http://www.portaldaenfermagem.com.br>> Acesso em: 18 mar. 2016.

MACHADO, Maria Helena (Coord.). **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MARAU. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Marau, 2014.

MARTINS, Milton A. (coord). **Estudantes de Medicina e Médicos no Brasil**: Números Atuais e Projeções. São Paulo: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <www2.fm.usp.br/cedem/docs/relatorio1_final.pdf> Acesso em: 09 jun. 2014.

MARTINS, M. A.; SILVEIRA, P. S. P.; SILVESTRE, D. **Estudantes de Medicina e Médicos no Brasil**. Números atuais e projeções. Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras. Relatório 1. São Paulo: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/cedem/docs/relatorio1_final.pdf> Acesso em: 09 jun. 2014.

MEC - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Com dois anos, programa levou 18 mil médicos a 4 mil municípios e atendeu 63 milhões de pessoas. **Portal MEC**, 04/08/2015. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=21516:com-dois-anos-programa-levou-18-mil-medicos-a-4-mil-municipios-e-atendeu-63-milhoes-de-pessoas>> Acesso em: 20 jun. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Série Pactos pela Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm>> Acesso em: 04 mai. 2016.

_____. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**, maio de 2009. Disponível em: <<http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>> Acesso em: 28 mai. 2016.

MINISTERIO DE SALUD DE LA GRAN BRETAGNA. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964.

MOEHLECKE, S. Ação afirmativa: história e debates no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, n.117, p.197-217, nov. 2002.

MONTAGNER, M. A.; MONTAGNER, M. I. A teoria geral dos campos de Pierre Bourdieu: uma leitura. **Tempus** - Actas de Saúde Coletiva, v.5, n.2, p.255-273, 2011. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/979/919>> Acesso em: 21 jan. 2016.

MOROSIN, M. C.; et al. A qualidade da educação superior e o complexo exercício de propor indicadores. **Revista Brasileira de Educação** v. 21 n. 64 jan./ mar. 2016.

MSSSI - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. **Informe anual del Sistema Nacional de Salud**. España: MSSSI, 2013. Disponível em: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informeannual2013/Resumen_2013_SNS.pdf> Acesso em: 21 jan. 2016.

NEVES, C. E. B.; RAIZER, L.; FACHINETTO, R. F. Acesso, expansão e equidade na educação superior: novos desafios para a política educacional brasileira. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 9, n.17, p.124-157, jan/jun 2007.

NÓVOA, António. (Apresentação). **REDU** Revista de Docencia Universitaria. Vol. 13 Nº1Vol. 13 (1), enero/abril 2015.

_____ ; AMANTE, Lúcia. Em busca da Liberdade. A pedagogia universitária do nosso tempo. **REDU** Revista de Docencia Universitaria. Vol 13 Nº1Vol. 13 (1), p. 21 -34, Enero/Abril 2015.

OLIVEN, Arabela C. Ações Afirmativas nas Universidades Brasileiras: uma Questão Política, um Desafio Pedagógico. In: FRANCO, M. E. D. P.; KRAHE, E. D. (org.). **Pedagogia Universitária e Áreas de Conhecimento**. Vol.1. Porto Alegre: Série RIES/PRONEX EdUPuers, 2007. p.151-160.

PALÉS, J. L. *et al.* Recomendaciones para un nuevo proceso de reforma curricular em las facultades de medicina españolas. **Educación Médica**, v.8, n.1, mar. 2005

_____ ; NOLLA-DOMENJÓ, M.; ORIOL-BOSCH, A. *et al.* Proceso de Bolonia (I): educación orientada a competencias. **EDUC MED**, v.13, n.3, p.127-135, 2010.

PNUD. Brasil sobe uma posição no ranking do IDH e fica em 79º entre 187 países. **PNUD**, 24/07/2014. Disponível em: <<http://pnud.org.br/Noticia.aspx?id=3909>> Acesso em: 26 fev. 2016.

PORTAL das Instituições Comunitárias de Educação Superior. [s./d.]. Disponível em: <<http://www.comunitarias.org.br/site/index.php>> Acesso em: 18 mar. 2016.

PORTAL DA SAÚDE. Mais Médicos para o Brasil. **Portal da Saúde**, 27/09/2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5952-diagnostico-da-saude-no-brasil>> Acesso em:

PROJETO PASSO FUNDO. Projeto do Campus Passo Fundo e Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. **UFFS**, 2012. Disponível em: <www.uffs.edu.br> Acesso em: 10 mar. 2014.

REGULAMENTO DE IMERSÃO. Regulamento das atividades da imersão/vivência. **UFFS**, 2014. (material enviado por e-mail pelo professor Leandro Tuzzin – Coordenador Adjunto do Curso de Medicina).

RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2011. **Folheto do IDB**, 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/folder.htm>> Acesso em: 28 jun. 2014.

SANTOS, Boaventura de S. **Um discurso sobre a ciência**. Porto, Afrontamento, 1987.

_____. **Introdução a uma Ciência Pós-Moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

_____. **Pela Mão de Alice: O Social e o Político na Pós-Modernidade**. 12ª ed. São Paulo: Editora Cortez, 1995.

_____. **A crítica da razão indolente**. Contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. **A gramática do tempo: para uma nova cultura política**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2008a.

_____. **Um discurso sobre as ciências**. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2008b.

_____. **Universidade no século XXI**. Para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade. Coleção Questões da Nossa Época, vol. 11. 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. 5 edição, Rio de Janeiro: Editora Record, 2000.

SCHEFFER, Mario (Coord.). **Demografia Médica no Brasil**. Vol. 2. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>> Acesso em: 18 jun. 2014.

SIGNIFICADOS. Significado de Dignidad. **Significados**, 2016. Disponível em: <<http://www.significados.com/dignidad/>> Acesso em: 27 jun. 2016.

SILVA, Silvio F. A saúde na Espanha e comparação com o Brasil. **Texto preparado pelo Núcleo de Relações Internacionais do CONASEMS**, 2007. Disponível em: <www.idisa.org.br/img/File/Saúde_Espanha_comparação_Brasil_jul_07> Acesso em: 07 out. 2015.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. SUS, História. **SUS**, s./d. Disponível em: <<http://sistemaunicodesaude.weebly.com/histoacuteria.html>> Acesso em: 9 mai. 2014.

SOUZA, J. L. S.; WUST, C.; KREMER, R.; PULGA, V. L.; LOUSADA, V. L. Políticas afirmativas e inclusão no curso de medicina da UFFS/PF: rompendo paradigmas. In: I SEMINÁRIO POLÍTICAS PÚBLICAS E AÇÕES AFIRMATIVAS, Universidade Federal de Santa Maria, Observatório de Ações Afirmativas, 20 e 21 de outubro de 2015.

SPOSITO, Eliseu Savério; SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão; SOBARZO, Oscar. (org.). **Cidades Médias: produção do espaço urbano e regional**. São Paulo: Expressão Popular, 2006.

STAKE, E. R. **Investigación con estudio de casos**. 5ª Ed. Madrid: Ediciones Morata. Madrid, 2010.

TARDIF, Maurice. **Saberes docentes e formação profissional**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

UFFS. I Conferência de Ensino, Pesquisa e Extensão - COEPE: **Construindo Agendas e Definindo Rumos** – Documento-base UFFS - Chapecó/SC, 2010. Disponível em: <<http://www.uffs.edu.br>>. Acesso em: 17 abr. 2014.

_____. Em ação afirmativa, UFFS chama mais dois candidatos para curso de Medicina. **UFFS**, 20/09/2013. Disponível em:

<http://www.uffs.edu.br/index.php?site=pf&option=com_content&view=article&id=5160:em-acao-afirmativa-uffs-chama-mais-dois-candidatos-para-o-curso-de-medicina&catid=479:noticias-campus-passo-fundo&Itemid=1985> Acesso em: 16 abr. 2014.

_____. Medicina - Bacharelado. **UFFS**, 23/01/2014. Disponível em: <http://www.uffs.edu.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5769&Itemid=2110> Acesso em: 17 abr. 2014.

_____. Projeto Pedagógico da Instituição (PPI). UFFS, 2012a. Disponível em: <<http://uffs.edu.br>> Acesso em: 04 mar. 2016.

_____. Política de Ingresso na Graduação da UFFS. Cartilha. **UFFS**, 2012b. Disponível em: <www.uffs.edu.br>. Acesso em: 19 abr. 2014.

_____. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da UFFS**. 2012c. Disponível em: <www.uffs.edu.br> Acesso em: 15 mai. 2014.

UFRGS. Última semana para inscrição no Erasmus Mundus Lindo. **Secretaria de Relações Internacionais**, s./d. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/reinter/noticias/ultima-semana-para-inscricao-no-erasmus-mundus-lindo>> Acesso em: 13 mar. 2016.

UNESCO. **Global Education Digest**. Paris: UNESCO, 2006. Disponível em: www.uis.unesco.org/Library/Documents/ged06-en.pdf Acesso em: 20 jun. 2016.

UNIVERSIDADE DE COIMBRA. Sistema Europeu de Transferência de Créditos (ECTS). **Universidade de Coimbra**, 2009. Disponível em: <http://www.uc.pt/ge3s/pasta_guia_ge3s/ects/> Acesso em: 27 jun. 2016.

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. Grado en Medicina - Apresentação. **Universidad de Salamanca**, 2009. Disponível em: <<http://www.usal.es/webusal/pt/node/4485>> Acesso em: 06 mar. 2016.

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID. *Diagnóstico Previo*. Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres de la UVa. 2012-2014. Disponível em: <http://www.uva.es/export/sites/uva/6.vidauniversitaria/6.05.unidadigualdad/_documentos/1333105698918_diag_previo_piomhuva.pdf> Acesso em: 24 jun. 2016.

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID. Grado en Medicina. **Universidad de Valladolid**, 2016. Disponível em:

<http://www.med.uva.es/index.php?option=com_content&view=article&id=92&Itemid=620>
Acesso em: 06 mar. 2016.

U. PORTO. Processo de Bolonha - questões frequentes. **Sigarra U. Porto**, 2016. Disponível em:

<https://sigarra.up.pt/up/pt/web_base.gera_pagina?p_pagina=processo%20de%20bolonha%20na%20u.porto%20-%20faq> Acesso em: 20 jun. 2016.

WIKIPÉDIA. Sócrates. **Wikipédia**, 21 de maio de 2015. Disponível em:

<<https://pt.wikipedia.org/wiki/SOCRATES>> Acesso em: 15 jun. 2016.

WIKIPÉDIA. Sistema Nacional de Salud (España). **Wikipédia**, 16 de junho de 2016.

Disponível em:

<[https://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_Nacional_de_Salud_\(España\)#Centro_de_salud](https://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_Nacional_de_Salud_(España)#Centro_de_salud)>

Acesso em: 20 jun. 2016.

YIN, R.K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ANEXOS

ANEXO A - Roteiro de Entrevista UFFS

Roteiro de entrevista para professores do curso de medicina da UFFS – Campus Passo Fundo

De onde és natural?

- 1) Qual tua área de formação?
- 2) Em que ano te formaste?
- 3) Tens especialização, qual?
- 4) Há quanto tempo lecionas Medicina? Aqui na UFFS? Quais as disciplinas que lecionas na UFFS?
- 5) Tens alguma formação pedagógica?
- 6) Desenvolves outra atividade profissional?
- 7) Qual o diferencial deste curso para outros cursos de medicina?
- 8) Qual perfil médico, a proposta do curso vai formar na tua opinião?
- 9) O que destacas de positivo neste curso?
- 10) Quais as principais dificuldades que estás enfrentando no curso?
- 11) Como vês os alunos deste curso quanto ao perfil e como percebes a participação deles no curso?
- 12) Quais os principais desafios para formar o novo perfil médico?
- 13) Tiveste que mudar ou adaptar tua prática pedagógica nas aulas deste curso?
- 14) Como é a relação dos professores entre si e com a coordenação no curso?
- 15) Existe participação dos professores no planeamento curricular e nas decisões referentes ao curso? Em que espaços ocorrem?
- 16) Como é a relação entre professores e alunos?
- 17) Existe participação da comunidade local na faculdade? Como?
- 18) Como é a relação da UFFS com outras entidades médicas locais, hospitais por exemplo, existe trabalho?
- 19) O que pode melhorar no curso?

ANEXO B - Roteiro de Entrevista UVa

Roteiro para entrevista com professores da disciplina IBNT

- 1) Qual sua formação?
Graduação.....
Especialização
- 2) Há quanto tempo leciona?
- 3) Possui outra ocupação profissional? Qual?
- 4) Você desenvolve atividade de pesquisador também? Quanto tempo dedica a pesquisa semanalmente?
- 5) As pesquisas estão vinculadas a qual área?
- 6) O que mudou na disciplina IBNT, quais aspectos dificultaram? O que destaca como importante
- 7) A disciplina IBNT têm condições de transformar o perfil do médico, fazendo dele um médico investigador? Porquê?
- 8) Quais impactos a disciplina IBNT pode ter na profissão médica?
- 9) Na sua opinião o que é necessário para ser um bom médico pesquisador (além do conhecimento sobre os métodos de pesquisa)?
- 10) Quais as vantagens de se ter médicos pesquisadores para os pacientes, para os hospitais e sociedade, e para ele próprio?
- 11) Qual foi a motivação para a criação da IBNT?
- 12) A criação da IBNT está relacionada aos arranjos e orientações do Tratado de Bolonha, ou EEES?
- 13) Em sua opinião o que mudou na formação médica espanhola após seu ingresso na UE? Vê essas mudanças como positivas?
- 14) Qual a relação do sistema de saúde com a formação, pensa que estão alinhados as demandas do primeiro com os objetivos do segundo?
- 15) A disciplina IBNT modificou sua prática pedagógica, envolveu mudanças, ajustes, quais?
- 16) A disciplina IBNT é inovadora? Por quê?
- 17) Quais os desafios e dificuldades que percebe na formação médica atual?

ANEXO C - Questionário da pesquisa UFSS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FACULDADE DE EDUCAÇÃO

Estás sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa que faz parte da Tese de Doutorado em Educação: “**INOVAÇÃO NA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL E ESPANHA - Estudos de caso na Universidade Federal da Fronteira Sul e na Universidade de Valladolid**”, desenvolvida pela doutoranda **Márcia Maciel de Campos**. Aluna do Programa de Pós-Graduação, na Linha de Pesquisa – Universidade Teoria e Prática, na FAGED/UFRGS, orientação Prof^ª. Arabela Oliven.

1) Dados Pessoais

- a) Idade: b) Sexo: c) Cor:
- d) Estado civil: e) De onde tu és:
- f) Onde é tua residência permanente:
- g) Trabalhas? h) Como te sustentas?
- i) Tu és bolsista?
- j) Caso afirmativo, qual bolsa recebes?
- k) Escolaridade do pai: l) Ocupação do pai:
- m) Escolaridade da mãe: n) Ocupação da mãe:

2. Com relação ao ingresso no curso de medicina

- a) A UFSS foi tua primeira opção? Por quê?
- c) Tu és cotista?
Qual?
- d) Pretendes concluir o curso na UFSS? Por quê?
- e) Tinhas prestado vestibular antes?.....
- f) Em caso positivo, quando, onde e qual
curso?
- g) Quais os motivos que te levaram a escolher o curso de medicina?
- h) Ano que ingressastes na medicina:

- i) Semestre em que estás:
- 3) Como tu avalias a tua experiência na UFFS, desafios, dificuldades? Dê exemplos específico do que viveste no decorrer do curso?
- 4) Em que área da medicina pretendes atuar? Por quê?
- 5) Em que a proposta deste curso difere das de outros cursos de medicina?
- 6) Qual o perfil médico está sendo formado neste curso, na tua opinião?
- 7) Na prática médica, em que medida o médico terá condições de aplicar o que é desenvolvido no curso? Por exemplo, na relação médico e paciente. Comente as possibilidades e limitações que percebes.
- 8) Em que as disciplinas de Saúde Coletiva e Seminário Integrador diferem das demais disciplinas do curso? Achas que são inovadoras? Porquê?
- 9) Qual a contribuição das disciplinas Saúde Coletiva e Seminário Integrador para tua formação médica?
- 10) O que pensas que se pode melhorar nas disciplinas, e no curso como um todo?
- 11) Na tua opinião qual a missão do profissional da medicina?

ANEXO D - Questionário da pesquisa UVa

Sondeo para alumnos de la asignatura IBNT/2015. Como parte de el proyecto de investigación doctoral: LA INNOVACIÓN EN LA FORMACIÓN MÉDICA - Estudio de Casos: la experiência en la Universidade Federal de Passo Fundo/Brasil y la experiência en la Universidad de Valladolid/España.

1. ¿Cuántos años tienes?.....
2. Seleccione una de las opciones: () M () F
3. ¿Lo que motivó a elegir la medicina?
4. ¿Cuál es la profesión de sus padres?
5. ¿En qué área de la medicina tiene la intención de actuar? ¿Por qué?
6. Valora la disciplina IBNT: ¿Cuáles son los aspectos positivos? ¿En la disciplina IBNT puede mejorar?
7. ¿Dónde cree que la asignatura ha contribuido a su formación académica?
8. ¿Crees que la disciplina IBNT es innovadora? Los temas, metodología, objetivos y u otros aspectos? Explique:
9. ¿En su opinión cuál es la misión de lo profesional de la medicina?

ANEXO E - Registros fotográficos UVa

Figura 2 - Sala de aula na Faculdade de Medicina da UVa



Figura 3 - Laboratório Multimídia na Faculdade de Medicina da UVa



Figura 4 - Biblioteca Reina Sofia



Figura 5 - Exemplos de salas de aula da Universidade de Valladolid



Figura 6 - Exemplos de salas de aula da Universidade de Valladolid



Figura 7 - Pesquisadores do Projeto de Inovação e docentes da disciplina IBNT/UVa.

ANEXO F - Registros fotográficos UFFS

Campus localizado na Rodovia RS 153, km 3, s/n, no Bairro Jardim América em Passo Fundo/RS. A sede do curso está instalada no Seminário Nossa Senhora Aparecida (**Figura 8**).



Figura 8 - Seminário Maior Nossa Senhora Aparecida
Fonte: <http://www.arquidiocesedepassofundo.com.br/site/node/28>

UFFS partes da infraestrutura disponível no curso de medicina do Campus de Passo Fundo.



Figura 9 - Laboratório com estudantes do Curso Técnico em Nutrição e Dietética de Escola Estadual, no Campus de Passo Fundo
Fonte: <http://www.uffs.edu.br>



Figura 10 - Curso Livre de Educação Popular em Saúde no Campus de PF
Fonte: <http://www.uuffs.edu.br>

ANEXO G - Termo de consentimento informado

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FACULDADE DE EDUCAÇÃO TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa que faz parte da Tese de Doutorado em Educação: **“INOVAÇÃO NA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL E ESPANHA - Estudos de caso na Universidade Federal da Fronteira Sul e na Universidade de Valladolid”**, desenvolvida pela doutoranda **Márcia Maciel de Campos**. Aluna do Programa de Pós-Graduação, na Linha de Pesquisa – Universidade Teoria e Prática, na FACED/UFRGS, orientação Prof^a. Arabela Oliven.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:

A **relevância da temática** está relacionada com a perspectiva de intensificação do trabalho acadêmico, do fazer da universidade, buscando uma articulação de saberes e experiências dos diferentes sujeitos nos diferentes contextos; criar espaços institucionais de diálogo articulando saber científico, humanidades e os saberes que circulam na sociedade. **Os objetivos** desse projeto são:

- Captar e registrar experiências inovadoras em educação superior em nível de graduação em cursos de medicina;
- Verificar a possibilidade da ocorrência de inovação pedagógica na formação médica nas experiências observadas, e
- Constatar indicativos da formação de um novo perfil do profissional médico.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade. O (s) pesquisador (es) irá (ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será fornecida a você.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE:

Eu, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento informado e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Porto Alegre, novembro de 2015.

NOME DO ENTREVISTADO E CPF -----

Li o termo de consentimento e estou de acordo.

ANEXO H – Grade curricular do Curso de Medicina da Uva

Universidad de Valladolid



Curso: 2016/2017

Cód. Plan: 478

Título: GRADO EN MEDICINA

Centro: FACULTAD DE MEDICINA

Campus: VALLADOLID

Curso	Tipo*	Periodo	ECTS	Código	NOMBRE DE LA ASIGNATURA	Horario	Guía
1	B	1ºC	9.0	46255	ANATOMIA HUMANA I	15-16	16-17
1	B	1ºC	9.0	46256	BIOLOGÍA MÉDICA	15-16	14-15
1	B	1ºC	9.0	46257	BIOQUÍMICA Y BIOLOGÍA MOLECULAR I	15-16	16-17
1	B	1ºC	3.0	46258	FÍSICA MÉDICA	15-16	
1	B	2ºC	9.0	46259	BIOQUÍMICA Y BIOLOGÍA MOLECULAR II	15-16	16-17
1	OB	2ºC	3.0	46260	HISTORIA DE LA MEDICINA	15-16	16-17
1	OB	2ºC	7.5	46261	ANATOMIA HUMANA II	15-16	
1	OB	2ºC	4.5	46262	GENÉTICA MÉDICA	15-16	16-17
1	OB	2ºC	6.0	46263	HISTOLOGÍA MÉDICA	15-16	
2	B	1ºC	9.0	46264	FISIOLOGÍA HUMANA I	15-16	16-17
2	OB	1ºC	3.0	46268	EMBRIOLOGÍA HUMANA	15-16	16-17
2	OB	1ºC	4.5	46270	INMUNOLOGÍA HUMANA	15-16	14-15
2	OB	1ºC	6.0	46271	MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA MÉDICA	15-16	15-16
2	OB	1ºC	3.5	46342	EPIDEMIOLOGÍA Y DEMOGRAFÍA SANITARIA	15-16	15-16
2	OB	1ºC	4.0	46343	BIOESTADÍSTICA SANITARIA	15-16	16-17
2	OP	1ºC	3.0	46344	DISECCIÓN Y TÉCNICA ANATÓMICA	15-16	16-17
2	B	2ºC	9.0	46265	FISIOLOGÍA HUMANA II	15-16	16-17
2	B	2ºC	4.0	46266	PSICOLOGÍA	15-16	16-17
2	OB	2ºC	4.5	46267	ANATOMIA HUMANA III	15-16	

Tipo* (B - Básica, OB - Obligatoria, OP - Optativa)

Curso	Tipo *	Periodo	ECTS	Código	NOMBRE DE LA ASIGNATURA	Horario	Guía
2	OB	2ºC	2.0	46272	BIOÉTICA	15-16	16-17
2	OB	2ºC	3.0	46273	INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA Y NUEVAS TECNOLOGÍAS	15-16	16-17
2	OB	2ºC	4.5	46274	RADIOLOGÍA Y MEDICINA FÍSICA GENERAL	15-16	14-15
2	OP	2ºC	3.0	46275	ANATOMÍA EVOLUTIVA	15-16	
2	OP	2ºC	3.0	46277	BIOLOGÍA DEL DESARROLLO Y TERATOLOGÍA	15-16	16-17
2	OP	2ºC	3.0	46279	GESTIÓN Y DISEÑO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA	15-16	
2	OP	2ºC	3.0	46280	INGLÉS MÉDICO	15-16	
2	OP	2ºC	3.0	46281	MEDICINAS PRECIENTÍFICAS Y PALEOPATOLOGÍA	15-16	SIN DOCENCIA
3	OB	1ºC	7.5	46283	ANATOMIA PATOLÓGICA	15-16	16-17
3	OB	1ºC	7.0	46284	FARMACOLOGÍA BÁSICA	15-16	16-17
3	OB	1ºC	6.0	46285	FISIOPATOLOGÍA GENERAL Y SEMIOLOGÍA	15-16	16-17
3	OB	1ºC	4.5	46286	FUNDAMENTOS DE CIRUGÍA Y ANESTESIA	15-16	
3	OB	1ºC	3.0	46287	PROPEDEÚTICA CLÍNICA Y COMUNICACIÓN ASISTENCIAL	15-16	
3	OB	2ºC	4.0	46288	ENFERMEDADES INFECCIOSAS	15-16	14-15
3	OB	2ºC	3.0	46289	HEMATOLOGÍA	15-16	16-17
3	OB	2ºC	7.0	46290	PATOLOGÍA MÉDICO QUIRÚRGICA APARATO CARDIOVASCULAR	15-16	
3	OB	2ºC	5.0	46291	PATOLOGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA APARATO URINARIO	15-16	
3	OB	2ºC	7.0	46292	PATOLOGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA DE APARATO DIGESTIVO	15-16	14-15
3	OB	AN	6.0	46282	PRÁCTICAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS I	15-16	16-17
4	OB	1ºC	5.0	46295	DERMATOLOGÍA	15-16	16-17
4	OB	1ºC	3.0	46296	NUTRICIÓN Y DIETOTERAPIA	15-16	16-17
4	OB	1ºC	4.0	46297	PATOLOGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA DEL SISTEMA ENDOCRINO Y METABOLISMO	15-16	16-17
4	OB	1ºC	5.0	46298	PATOLOGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA DEL SISTEMA NERVIOSO	15-16	16-17
4	OB	1ºC	6.0	46299	PSIQUIATRÍA	15-16	14-15
4	OB	2ºC	4.5	46300	MEDICINA LEGAL	15-16	16-17
4	OB	2ºC	5.0	46301	OFTALMOLOGÍA	15-16	

Tipo* (B - Básica, OB - Obligatoria, OP - Optativa)

Curso	Tipo *	Periodo	ECTS	Código	NOMBRE DE LA ASIGNATURA	Horario	Guía
4	OB	2ºC	5.0	46302	OTORRINOLARINGOLOGÍA	15-16	16-17
4	OB	2ºC	5.0	46303	PATOLOGÍA MÉDICO QUIRÚRGICA DEL APARATO RESPIRATORIO	15-16	14-15
4	OB	2ºC	2.5	46304	TOXICOLOGÍA CLÍNICA	15-16	16-17
4	OB	AN	6.0	46293	PRÁCTICAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS II	15-16	
4	OB	AN	9.0	46294	OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	15-16	14-15
5	OB	1ºC	4.5	46307	GENÉTICA CLÍNICA Y MEDICINA MOLECULAR Y REGENERATIVA	15-16	
5	OB	1ºC	6.0	46308	MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA	15-16	15-16
5	OB	1ºC	6.0	46309	PATOLOGÍA MÉDICO QUIRÚRGICA DEL APARATO LOCOMOTOR	15-16	
5	OB	1ºC	4.5	46310	RADIOLOGÍA Y MEDICINA FÍSICA ESPECIAL	15-16	
5	OP	1ºC	3.0	46317	ELECTROCARDIOGRAFÍA CLÍNICA	15-16	
5	OP	1ºC	3.0	46345	DISECCIÓN ANATÓMICA	15-16	
5	OP	1ºC	3.0	46346	FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD MENTAL	15-16	SIN DOCENCIA
5	OP	1ºC	3.0	46347	PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE	15-16	16-17
5	OB	2ºC	3.0	46311	FARMACOLOGÍA CLÍNICA	15-16	
5	OB	2ºC	2.0	46312	GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA	15-16	
5	OB	2ºC	3.0	46313	INMUNOPATOLOGÍA Y ALERGIA	15-16	16-17
5	OB	2ºC	3.0	46314	MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	15-16	15-16
5	OB	2ºC	3.0	46315	ONCOLOGÍA Y MEDICINA PALIATIVA	15-16	
5	OB	2ºC	5.0	46316	URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN MEDICINA	15-16	
5	OP	2ºC	3.0	46278	EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA Y GESTIÓN DE CALIDAD ASISTENCIAL	15-16	
5	OP	2ºC	3.0	46331	NEUROCIENCIA AVANZADA	15-16	16-17
5	OP	2ºC	3.0	46332	REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA	15-16	14-15
5	OP	2ºC	3.0	46334	TRANSPLANTES DE ORGANOS	15-16	
5	OB	AN	6.0	46305	PRÁCTICAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS III	15-16	
5	OB	AN	11.0	46306	PEDIATRÍA	15-16	16-17
6	OB	AN	15.0	46335	PRÁCTICAS TUTELADAS DE CLÍNICA MÉDICA	15-16	

Tipo* (B - Básica, OB - Obligatoria, OP - Optativa)

Curso	Tipo *	Periodo	ECTS	Código	NOMBRE DE LA ASIGNATURA	Horario	Guía
6	OB	AN	6.0	46336	PRÁCTICAS TUTELADAS DE CLÍNICA OBSTÉTRICA Y GINECOLÓGICA	<u>15-16</u>	
6	OB	AN	9.0	46337	PRÁCTICAS TUTELADAS DE CLÍNICA PEDIÁTRICA	<u>15-16</u>	<u>16-17</u>
6	OB	AN	3.0	46338	PRÁCTICAS TUTELADAS DE CLÍNICA PSIQUIÁTRICA	<u>15-16</u>	
6	OB	AN	15.0	46339	PRÁCTICAS TUTELADAS DE CLÍNICA QUIRÚRGICA	<u>15-16</u>	<u>16-17</u>
6	OB	AN	6.0	46340	PRÁCTICAS TUTELADAS DE MEDICINA DE FAMILIA	<u>15-16</u>	
6	OB	AN	6.0	46341	TRABAJO FIN DE GRADO	<u>15-16</u>	

Nota: Esta información se extrae automáticamente de la aplicación de gestión del Plan de Organización Docente (POD) de la Universidad de Valladolid. La información de horarios debe haber sido introducida en la aplicación por el Centro responsable. Las guías docentes de las asignaturas deben prepararlas los profesores responsables. Las guías detalladas de grupo se pueden consultar en la intranet, accediendo con las credenciales de alumno de la UVA.

Tipo* (B - Básica, OB - Obligatoria, OP - Optativa)

ANEXO I - Grade curricular do Curso de Medicina da UFFS

Quadro 01. Matriz Curricular do Curso de Graduação em Medicina. Universidade Federal da Fronteira Sul. Campus Passo Fundo/RS. Componentes curriculares obrigatórios. Passo Fundo, RS. 2013.

Fase	Nome	Eixo	Carga horária
I	Iniciação à Prática Científica	d	60
	Produção Textual Acadêmica	c	60
	Saúde Coletiva I	b	120
	Processos Biológicos I	a	240
	Construção Histórica da Medicina	b	60
	Urgência e Emergência		30
	Seminário Integrador I	a,b,c,d	15
II	Estatística Básica	d	60
	Introdução à Filosofia	c	60
	História da Fronteira Sul	d	60
	Saúde Coletiva II	b	120
	Processos Biológicos II	a	201
	Atenção à Saúde: Epidemiologia Bioestatística	a,d	60
	Ciência, Espiritualidade e Saúde	c	30
Seminário Integrador II	a,b,c,d	15	
III	Saúde Coletiva III	b	120
	Processos Biológicos III	a	120
	Processos Patológicos I	a	120
	Diagnóstico e Terapêutica I	a	180
	Seminário Integrador III	a,b,c,d	15
IV	Meio Ambiente, Economia e Sociedade	c	60
	Saúde Coletiva IV	b	120
	Processos Biológicos IV	a	120
	Processos Patológicos II	a	120
	Diagnóstico e Terapêutica II	a	180
	Seminário Integrador IV	a,b,c	15
V	Saúde Coletiva V	b	120
	Clínica I: Atenção Integral à Saúde do Adulto e Idoso	a	150
	Métodos e Tecnologias de Apoio ao Diagnóstico I	a	60
	Atenção Integral à Saúde Mental e Psiquiatria I	a	60
	Pesquisa em Saúde	a	60
	Direitos e Cidadania		60
	Seminário Integrador V	a,b,c	15
VI	Saúde Coletiva VI	b	120
	Clínica II: Atenção Integral à Saúde do Adulto e Idoso	a	150
	Clínica Cirúrgica I	a	120
	Métodos e Tecnologias de Apoio ao Diagnóstico II	a	120
	Atenção Integral a Saúde Mental e Psiquiatria II	a	90
	Seminário Integrador VI	a,b,c,	15
VII	Saúde Coletiva VII	b	120
	Clínica III: Atenção Integral a Saúde do Adulto e Idoso	a	120
	Clínica Cirúrgica II	a	120
	Atenção Integral à Saúde da Mulher	a	120
	Bioética e Ética Médica	a,c	30
	Atenção Integral à Saúde do Neonato	a	120
	Seminário Integrador VII	a,b,c	15
VIII	Saúde Coletiva VIII	b	120
	Clínica IV: Atenção Integral à Saúde do Adulto e Idoso	a	120
	Clínica Cirúrgica III	a	120
	Atenção Integral à Saúde da Mulher II	a	90
	Atenção Integral à Saúde da Criança e Adolescente	a	90
	Medicina Legal	a	30
	Seminário Integrador VIII	a,b,c	15
IX	Estágio Curricular Obrigatório I	a,b,c,d	780
	Trabalho de Conclusão de Curso I		30

X	Estágio Curricular Obrigatório II	a,b,c,d	780
XI	Estágio Curricular Obrigatório III	a,b,c,d	780
XII	Estágio Curricular Obrigatório IV	a,b,c,d	780
	Trabalho de Conclusão de Curso II		30

Fonte: Brasil. Ministério da Educação. Universidade Federal da Fronteira Sul. Pró-Reitoria de Graduação. Diretoria de Organização Pedagógica. Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina – Bacharelado *campus* Passo Fundo. Chapecó (SC), 2013. [acessado 2016 mar 15]. Disponível em: http://uffrs.edu.br/images/DOP/Medicina_P_F_2013.pdf
