

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

**ANDERSON CLÁUDIO RODRIGUES TORREÃO**

**TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS CONSTRUTIVISTAS COMO ESTRATÉGIA DE  
LEGITIMAÇÃO PARA A FORMAÇÃO MÉDICA PRECONIZADA NO SUS**

**RECIFE**

**2020**

ANDERSON CLÁUDIO RODRIGUES TORREÃO

**TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS CONSTRUTIVISTAS COMO ESTRATÉGIA DE  
LEGITIMAÇÃO PARA A FORMAÇÃO MÉDICA PRECONIZADA NO SUS**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

**Orientadora:** Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

**Coorientador:** Me. Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida

RECIFE

2020

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

T689tr Torreão, Anderson Cláudio Rodrigues.

Tecnologias educacionais construtivistas como estratégia de legitimação para a formação médica preconizada no SUS/Anderson Cláudio Rodrigues Torreão.. — Recife: [s.n.], 2020.

183 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque; coorientador: Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida.

1. Serviços de integração docente-assistencial. 2. Educação baseada em competências. 3. Modelos educacionais. 4. Aprendizagem baseada em problemas. II. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II. Almeida, Rodrigo Cariri Chalegre de. III. Título.

CDU 61:37

---

ANDERSON CLÁUDIO RODRIGUES TORREÃO

**TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS CONSTRUTIVISTAS COMO ESTRATÉGIA DE  
LEGITIMAÇÃO PARA A FORMAÇÃO MÉDICA PRECONIZADA NO SUS**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Aprovado em 31 de agosto de 2020.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque  
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

---

Dr. Felipe Proenço de Oliveira  
Universidade Federal da Paraíba

A Deus, por me permitir existir.

A minha família – meu pai, Sérgio, minha mãe, Sônia, minha segunda mãe, Goreth, e minhas irmãs, Juliana e Priscilla – por ter cuidado do bebê, da criança, do adolescente, do adulto imaturo, e por continuar desejando fazer isso pela eternidade.

A Lays, por seu companheirismo cuidadoso e amoroso nas estradas da vida que resolvemos percorrer juntos.

Aos meus filhos, Guilherme, Gustavo e André, por me perdoarem em minhas frequentes ausências em busca do sustento familiar material, e por continuarem me amando ainda assim.

A Laryane, minha cunhada, por me permitir o “*insight*” para o estudo em tela, além de ter apoiado sobremaneira sua execução.

Ao SUS e seus militantes em todo o Brasil - os que ainda estão entre nós e aqueles que já nos deixaram – por me possibilitarem uma das razões que tenho para viver.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos mestres do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz, que não mediram esforços para compartilhar seus saberes e vivências durante o desenvolvimento de nossa formação, em especial a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Paulette Cavalcanti de Albuquerque, minha orientadora, que com sua vasta experiência e alta sensibilidade me conduziu sempre de forma problematizadora, crítica e reflexiva, demonstrando pelo exemplo a aplicação dos princípios da aprendizagem ativa e da educação libertadora;

Ao amigo Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida, um dos fundadores do curso de Medicina do Centro Acadêmico do Agreste da Universidade Federal de Pernambuco e primeiro coordenador do mesmo. Tive o privilégio de tê-lo como meu coorientador, contando com sua paciência e sapiência para contextualizar a linda história de luta pela viabilização deste curso, além de contar com sua experiência nos momentos cruciais para o desenvolvimento deste trabalho;

A minha querida tia Célia Rodrigues e seu esposo Clêudon, por me receber e hospedar em sua residência, sempre com muito carinho e dedicação, durante o período das atividades acadêmicas;

Às colegas da turma do Mestrado Profissional 2018-2020, com quem dividi angústias, alegrias e aprendizagens na trajetória pelo alcance desse objetivo;

À Direção do Centro Acadêmico do Agreste da Universidade Federal de Pernambuco e à coordenação do curso de Medicina, por abrir as portas para que eu pudesse completar este trabalho de forma plena;

Aos docentes do curso de Medicina do Centro Acadêmico do Agreste da Universidade Federal de Pernambuco, que me receberam com alegria e me inspiraram com sua imensa dedicação às causas da Educação e da Saúde no Brasil;

A todos os meus colegas de trabalho, que suportaram minhas eventuais ausências e falhas, compreendendo meu momento e apoiando este empreendimento por entender sua relevância para a formação em saúde;

A todos os alunos das turmas 01 e 02 do curso de Medicina do Centro Acadêmico do Agreste da Universidade Federal de Pernambuco, pela sua paciência com as longas entrevistas e por me permitir continuar acreditando que a educação é transformadora.

*“Há escolas que são gaiolas e há escolas que são asas. Escolas que são gaiolas existem para que os pássaros desaprendam a arte do voo. Pássaros engaiolados são pássaros sob controle. Engaiolados, o seu dono pode levá-los para onde quiser. Pássaros engaiolados sempre têm um dono. Deixaram de ser pássaros porque a essência dos pássaros é o voo.*

*Escolas que são asas não amam pássaros engaiolados. O que elas amam são pássaros em voo. Existem para dar aos pássaros coragem para voar. Ensinar o voo, isso elas não podem fazer, porque o voo já nasce dentro dos pássaros. O voo não pode ser ensinado. Só pode ser encorajado.”*

Rubem Alves

TORREÃO, Anderson Cláudio Rodrigues. **Tecnologias educacionais construtivistas como estratégia de legitimação para a formação médica preconizada no SUS**. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

## RESUMO

A formação de profissionais médicos tem sido objeto de múltiplas pesquisas e intervenções nas instituições de ensino superior do país, tendo em vista as dificuldades de superação do perfil flexneriano hegemônico. Em decorrência do contexto da expansão e interiorização de cursos de Medicina no âmbito do Programa Mais Médicos, a Universidade Federal de Pernambuco, através do Centro Acadêmico do Agreste, implantou recentemente seu curso de graduação no município de Caruaru/PE, com vistas a realizar uma formação que produza egressos efetivamente implicados com a proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais, sendo a aprendizagem ativa um dos pilares fundamentais para o alcance desse resultado. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo analisar a aplicação das Tecnologias Educacionais Construtivistas (TEC) como estratégia de legitimação para a formação médica preconizada no SUS no âmbito do referido curso. Trata-se de uma pesquisa explicativa, aplicada, de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, operacionalizada por meio de análise documental e entrevistas semiestruturadas. Os resultados apontam para as seguintes conclusões: o curso em questão tem forte inserção de TEC em sua matriz curricular, apesar de ainda existirem resistências e distorções na sua operacionalização; os alunos e docentes, em sua grande maioria, identificam influência positiva do uso das TEC para o perfil de formação preconizado; e o uso das TEC produziu legitimidade para a formação médica preconizada no SUS, com predominância das tipologias moral e cognitiva.

Palavras-chave: integração docente-assistencial; educação baseada em competências; modelos educacionais; aprendizagem baseada em problemas.

TORREÃO, Anderson Cláudio Rodrigues. **Constructivist educational technologies as a legitimization strategy for the medical education advocated in the SUS.** 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

### **ABSTRACT**

The training of medical professionals has been the subject of multiple research and interventions in higher education institutions in the country, in view of the difficulties of overcoming the hegemonic Flexnerian profile. Due to the context of the expansion and internalization of Medicine courses under the Mais Médicos Program, the Federal University of Pernambuco, through the Academic Center of Agreste, recently implemented its undergraduate course in the municipality of Caruaru / PE, with a view to carrying out a training that produces graduates effectively involved with the proposal of the National Curriculum Guidelines, with active learning being one of the fundamental pillars for achieving this result. In this sense, the present study aimed to analyze the application of Constructivist Educational Technologies (TEC) as a legitimization strategy for the medical training recommended by SUS within the scope of that course. It is a explicative, applied research, with a qualitative approach, of the case study type, operationalized through document analysis and semi-structured interviews. The results point to the following conclusions: the course in question has a strong insertion of TEC in its curricular matrix, although there are still resistances and distortions in its operationalization; most students and teachers identify a positive influence of the use of TEC for the recommended training profile; and the use of TEC produced legitimacy for the medical training recommended by SUS, with a predominance of moral and cognitive typologies.

Keywords: teaching-assistance integration; competency-based education; educational models; problem-based learning.

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Fontes, tipologia de análise e categorias utilizadas para os respectivos objetivos específicos da pesquisa, Caruaru, 2019 .....105
- Quadro 2** – Marcas linguísticas e respectivas categorias utilizadas para análise dos resultados do objetivo específico 2, Caruaru, 2019 .....106
- Quadro 3** – Marcas linguísticas e respectivas categorias utilizadas para análise dos resultados do objetivo específico 3, Caruaru, 2019 .....107
- Quadro 4** – Síntese dos módulos do 1º ao 4º ano.....110
- Quadro 5** – Categorização dos espaços pedagógicos disponibilizados no Curso de Medicina do CAA/UFPE segundo as tecnologias educacionais identificadas, Caruaru, 2019.....113

## SUMÁRIO

|  |            |
|--|------------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>   | <b>12</b>  |
| <b>2 OBJETIVOS.....</b>  | <b>18</b>  |
| 2.1 GERAL.....   | 18         |
| 2.2 ESPECÍFICOS.....   | 18         |
| <b>3 CONTEXTUALIZAÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>   | <b>19</b>  |
| 3.1 AS POLÍTICAS PARA REGULAMENTAÇÃO DA PRÁTICA E FORMAÇÃO MÉDICA NA HISTÓRIA DO BRASIL .....  | 19         |
| 3.2 AS BASES FUNDAMENTAIS PARA A REORIENTAÇÃO DO MODELO DE FORMAÇÃO MÉDICA.....  | 33         |
| 3.3 LEGITIMIDADE DA FORMAÇÃO MÉDICA HEGEMÔNICA E O DESAFIO DA MUDANÇA .....  | 66         |
| 3.4 O GERENCIAMENTO DA LEGITIMIDADE ORGANIZACIONAL POR MEIO DAS TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS CONSTRUTIVISTAS NA PROPOSTA DE FORMAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA DO CAA/UFPE..... | 88         |
| <b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>   | <b>99</b>  |
| 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....   | 99         |
| 4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO .....  | 99         |
| 4.3 COLETA DE DADOS.....   | 99         |
| 4.4 ANÁLISE DOS DADOS .....  | 102        |
| 4.4.1 Análise temática .....   | 102        |
| 4.4.2 Análise do discurso.....   | 103        |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....</b>  | <b>108</b> |
| <b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>   | <b>109</b> |
| 6.1 AS TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS CONSTRUTIVISTAS NO CONTEXTO DO CURSO DE MEDICINA DO CAA/UFPE .....   | 109        |
| 6.2 INFLUÊNCIA DAS TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS CONSTRUTIVISTAS PARA A FORMAÇÃO E PRÁTICA MÉDICA PRECONIZADA .....   | 128        |
| 6.3 A PRODUÇÃO DE LEGITIMIDADE PARA A FORMAÇÃO E PRÁTICA MÉDICA PRECONIZADA.....   | 145        |
| <b>7 CONCLUSÕES.....</b>   | <b>158</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>162</b> |
| <b>APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM ESTUDANTES.....</b>  | <b>169</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b> | <b>171</b> |
| <b>APÊNDICE C – PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>                        | <b>173</b> |
| <b>ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA NO CEP .....</b>       | <b>178</b> |
| <b>ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA.....</b>                              | <b>182</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A formação de profissionais médicos tem sido alvo de discussões intensas nos últimos 70 anos tendo em vista as múltiplas contestações sofridas pelo perfil hegemônico de formação, o qual decorre do modelo flexneriano (em referência ao Relatório Flexner), e que, por sua vez, está ancorado em um modelo assistencial centrado no atendimento às demandas do mercado da saúde caracterizadas pelo foco individual, biologicista, procedimental e medicamentoso do cuidado, comumente conhecido como “modelo biomédico”.

Este paradigma assistencial passou a ser questionado a partir dos anos 40 do século passado nos Estados Unidos da América (EUA), e a partir da década de 50 na América Latina, como resposta à crise da atenção à saúde (no que tange aos altos custos envolvidos com a assistência à saúde) no contexto da grande crise econômica que durou de 1927 a 1946 nos EUA. Este movimento de recomposição da prática médica diante da crise foi ancorado na reconceituação e reorganização do saber médico, o qual foi denominado de Medicina Preventiva (CRUZ, 2004).

No Brasil, esse movimento de contestação ao paradigma flexneriano de formação ganha força a partir dos anos 60, especialmente a partir da fundação da Associação Brasileira de Escolas Médicas - mais tarde rebatizada como Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), que fomentou intensamente nos anos seguintes o debate sobre a necessidade de reformas do ensino médico. Assim, os anos 70 e 80 foram marcados pelo desenvolvimento de vários núcleos de pesquisa sobre a temática da reforma do ensino médico e a conseqüente conformação de Departamentos de Medicina Preventiva e Social em várias universidades e faculdades.

A I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, realizada em 1986, consagrou-se como marco histórico nesse contexto, sinalizando, a partir das observações de experiências, a necessidade de continuação de movimentos transformadores nas graduações de profissionais de saúde, valorizando em especial a integração docente-assistencial para que um novo modelo de atenção à saúde pudesse ser efetivamente construído (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Com o sucesso do movimento da reforma sanitária brasileira no final da década de 80, desenvolvido em contraposição aos modos de organização da política de saúde então vigente, e a conseqüente criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as

discussões sobre o novo modelo assistencial preconizado reacendem o debate sobre a formação de profissionais de saúde, uma vez que as características do modelo flexneriano se chocam frontalmente com a proposta de formação preconizada no âmbito do SUS, a qual tem como pressuposto teórico-político a integralidade do cuidado.

Durante a década de 90, entretanto, a necessidade de produção de conhecimentos relativos à organização e à gestão de serviços promove um deslocamento da produção de conhecimento sobre ensino médico para a produção de conhecimento sobre este tema, tendo como consequência algum esvaziamento na agenda de reforma curricular das escolas médicas. Ainda assim, nesse período, pode-se destacar o desenvolvimento da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), a qual se caracterizou como uma estrutura colegiada formada por docentes, estudantes e dirigentes de entidades que assumiram coletivamente o desafio de tentar transformar o ensino médico brasileiro, contribuindo significativamente para a conformação das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 (AMARAL, 2002).

Fruto do trabalho da CINAEM, no início dos anos 2000, foram desenhadas iniciativas direcionadas principalmente para transformação da graduação em medicina. A principal delas, o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), desenhado pelos Ministérios da Saúde, da Educação e a OPAS, além da parceria com a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e a Rede Unida, propunha ações no sentido de adequar a formação médica aos preceitos do SUS, provendo cooperação técnica às reformas curriculares e incentivando a oferta de estágios nos hospitais universitários e nos serviços de atenção básica à saúde. Ao final de 2002, o programa havia contemplado propostas de 19 escolas médicas com financiamento na ordem de oito milhões de reais até o ano de 2003 (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

A partir de 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), uma série de várias iniciativas para reorientar a formação profissional no SUS foram criadas e implementadas, como o programa de Vivências e Estágios na Realidade (VER-SUS), o AprenderSUS/EnsinaSUS, o projeto Ativadores de Mudança, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde) – versões I e II, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), o Programa

de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), entre outras iniciativas de menor envergadura (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Esse conjunto de iniciativas desenvolvidas durante uma década (2003 a 2012), que se constituíam como políticas indutoras, alcançou alguns resultados importantes, porém com pouca amplitude para garantir mudanças consistentes no modelo de formação e acompanhar o ritmo de ampliação do número de unidades básicas de saúde em todo o território nacional, com baixa capacidade de enfrentamento ao grave déficit quantitativo e qualitativo de profissionais médicos aptos a atuar nesses serviços de saúde, sobretudo no que diz respeito à sua proposta de modelo assistencial.

Neste árduo contexto de déficit de profissionais médicos, em virtude da descentralização político-administrativa dos serviços de saúde - com protagonismo crescente dos municípios na execução das políticas de saúde - tornaram-se mais frequentes as demandas dos Prefeitos junto ao Ministério da Saúde para que este criasse possibilidades de resolução para este problema. Tais demandas somente vieram a ser atendidas de forma mais sustentável por meio da criação do Programa Mais Médicos - PMM (OLIVEIRA et al., 2015).

O PMM está estruturado em três eixos, a saber: a) provimento emergencial; b) infraestrutura; e c) formação médica. Entende-se que é no âmbito educacional onde está a principal estratégia do PMM, tanto para reorientar o perfil de formação – mais voltado para atender o princípio da integralidade e o fortalecimento de vínculo dos profissionais com o SUS - como para ampliar o número de médicos no Brasil de 1,8 médicos por mil habitantes, vigente no ano de criação do Programa, em 2013, para a meta de 2,7 médicos por mil habitantes, em 2026 (OLIVEIRA, 2018).

Por meio desse eixo estratégico de reorientação da formação no âmbito do PMM, houve um importante movimento de ampliação, interiorização e qualificação dos cursos de medicina no país a partir de 2014. Nesse ínterim, o município de Caruaru/PE foi contemplado com o curso de graduação em medicina na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - através do seu Centro Acadêmico do Agreste (CAA) - estruturado numa matriz curricular cujo projeto político pedagógico tem ampla conformidade com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), em especial no que concerne ao uso de tecnologias educacionais construtivistas.

A utilização de tais tecnologias vem sendo considerada fundamental - tanto pelas DCN como por boa parte dos referenciais científicos produzidos nesse campo epistemológico - para apoiar a efetiva mudança no perfil de formação. Essas

tecnologias são frequentemente denominadas de “metodologias ativas de ensino-aprendizagem”, caracterizadas especialmente pelo uso sistemático de grupos tutoriais.

Assim, o curso de Medicina do CAA/UFPE, desde sua fundação há cerca de sete anos, tem apostado fortemente na implantação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que se propõem a impactar no desenvolvimento de competências amplas que consideram um perfil de egresso fortemente implicado com as novas DCN, alocando recursos de diversas naturezas para garantir uma execução diferenciada dessas práticas educativas. É proposta do curso:

[...]formar médicos generalistas de caráter ético, humanista, reflexivo e crítico, capacitados em atuar no processo saúde-doença de forma integral, considerando suas dimensões biológicas, mentais, sociais, políticas e espirituais, em todos os níveis de atenção à saúde. Ademais, os médicos graduados estarão capacitados a trabalhar no Sistema Único de Saúde em todos os níveis de atenção com ações de gestão de serviços, recursos e informações, promoção e educação em saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de agravos à saúde, com senso de responsabilidade em equipe de saúde e compromisso com a população atendida (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2014).

Outro pilar fundamentalmente explorado no projeto político pedagógico do curso é o compromisso social, sendo o conceito de “necessidades sociais da população” central para atuação dos estudantes e docentes no processo de formação. A realidade local da comunidade e a necessidade de saúde da população são o centro do ensino e do cuidado. Assim, o estudante de medicina pode cuidar da comunidade de maneira integral e com compromisso social (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2014).

Esse radical compromisso social é manifestado explicitamente como a intencionalidade de que os profissionais formados tenham como principal campo de trabalho o SUS:

[...] O campo de atuação do médico é bastante diverso. Tendo por base as Diretrizes Curriculares de Medicina, o sistema de saúde vigente no país, o Sistema Único de Saúde (SUS), será o principal foco da formação de médicos para a região do Agreste pernambucano (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2014)

Torna-se perceptível, portanto, que os atores que estruturaram a proposta do curso de medicina do CAA/UFPE possuíam uma expectativa bastante intensa de que os egressos dessa proposta pedagógica se tornassem profissionais médicos compromissados com o SUS e com seu modelo assistencial. Esse, entretanto, é um desafio significativamente importante no contexto atual da formação médica.

Barreto et al. (2017), através de análise dos campos psicológicos de estudantes de medicina envolvidos em uma pesquisa realizada no Brasil, notaram uma visão bem diferenciada dos mesmos quanto ao “ser médico”. Enquanto os participantes do primeiro ano detalharam conteúdos com intensa carga de altruísmo aos pacientes e dedicação à profissão, os ingressantes do internato demonstraram uma grande preocupação pela escolha da especialidade e ambição financeira. Em ambos os grupos, encontrou-se dificuldade de escolher e definir “quem ser quando se formar”, e a falta de ênfase na relação médico-paciente.

Chatkin e Boas (2018), analisando portfólios reflexivos de estudantes de medicina sobre sua percepção acerca do SUS, concluíram que a maioria dos alunos consegue identificar as diretrizes do sistema e como este se organiza, mas não se identifica com o cenário e os profissionais que nele atuam. Quanto ao seu papel nesse contexto, alguns adotaram a posição de espectadores, enquanto poucos se reconheceram como parte no processo de mudança necessário ao alcance das diretrizes do SUS.

De onde surgem tais dificuldades para a consolidação de um novo perfil de formação e prática médica? É sabido que o perfil hegemônico de formação e prática médica goza de significativo grau de legitimidade, o qual atua como importante obstáculo à consolidação da formação preconizada nas DCN, cuja operacionalização cabe às instituições de ensino superior do país. Nesse contexto, é necessário reconhecer o papel do chamado “currículo oculto”, no qual os estudantes desenvolvem um aprendizado indireto em função do contato com seus professores, pacientes e outros profissionais. Trata-se de uma forma mais relacionada à vivência, e ocorre de forma duradoura, envolvendo o estudante numa filosofia de vida, de práticas e de organização social, dentro das expectativas da sociedade na qual ele está inserido (LAMPERT, 2002).

Assim, percebe-se claramente que ocorre uma disputa velada, porém intensa, entre a prática médica hegemônica e a proposta de formação preconizada nas DCN, que se materializa nos variados momentos e espaços educacionais pelos quais os estudantes passam. Analisando os diversos referenciais técnico-científicos disponíveis, assim como a própria leitura do contexto atual acerca da necessidade de reafirmação constante da reorientação do modelo de formação médica, não é difícil deduzir que essa disputa tem sido sistematicamente vencida pelo perfil biomédico.

Sua legitimidade, construída ao longo de muitos anos, tem gerado importante desequilíbrio nessa disputa.

Faz-se mister, portanto, compreender que as instituições de ensino superior que desejam produzir impacto significativo e duradouro na prática médica preconizada nas DCN (e nos SUS em última análise) e para as quais direcionam suas ações educativas, precisarão preocupar-se não apenas com os aspectos técnicos da formação, mas também em gerenciar a legitimidade da mesma, potencializando suas condições de disputa com a prática médica hegemônica no processo formativo.

No caso do curso de medicina do CAA/UFPE, considerando o papel das tecnologias educacionais construtivistas como uma das apostas fundamentais para o alcance do perfil de egresso desejado, é nosso pressuposto que as mesmas têm exercido uma função estratégica para a aquisição de legitimidade, modificando o ambiente estrutural e inserindo novas crenças de legitimação em favor da formação preconizada.

Nesse sentido, foi elaborada a seguinte questão orientadora para a presente pesquisa: “Como o uso das tecnologias educacionais construtivistas influencia na produção de legitimidade para a formação médica preconizada no SUS?”

Consideramos que essa pesquisa ganha relevância na medida em que pode apoiar a análise da qualidade da formação médica na região de Caruaru/PE, contribuindo para a consolidação do curso de medicina do CAA/UFPE, uma vez que se propõe a intervir, a partir dos resultados encontrados e caso se julgue viável, na qualificação do uso das tecnologias educacionais construtivistas e, em última análise, na formação de profissionais comprometidos com o SUS e seu modelo assistencial.

Convém ressaltar nosso envolvimento como docente colaborador eventual do CAA/UFPE e como militante do SUS na região, que vem acompanhando com intensa preocupação o baixo nível de compromisso com as diretrizes do SUS por parte de muitos jovens recém-formados em cursos de saúde. Nossa vivência pessoal tem sinalizado que as instituições de ensino superior precisam se mobilizar com urgência no sentido de ampliar sua capacidade de formar profissionais de saúde implicados com os graves problemas de desigualdade social reificados em nosso país.

## 2 OBJETIVOS

Os objetivos que nortearam este estudo estão divididos em objetivo geral e objetivos específicos.

### 2.1 GERAL

Analisar a utilização de tecnologias educacionais construtivistas como estratégia de produção de legitimidade para a formação e prática médica preconizada no SUS, no contexto do curso de Medicina do CAA/UFPE.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- a) Descrever a utilização de tecnologias educacionais construtivistas no contexto do curso de Medicina;
- b) Descrever como docentes e estudantes do curso de Medicina identificam a influência das tecnologias educacionais construtivistas para a formação e prática médica preconizada no curso de Medicina;
- c) Analisar a produção de legitimidade para a formação e prática médica preconizada no SUS relacionada com a utilização de tecnologias educacionais construtivistas no curso de Medicina;
- d) Elaborar oficinas junto aos docentes do curso de Medicina para apresentação dos resultados da pesquisa e análise de conveniência e viabilidade da reestruturação dos planos de ensino, visando a qualificação da utilização de tecnologias educacionais construtivistas como estratégia de aquisição de legitimidade para a formação e prática médica preconizada no SUS.

### 3 CONTEXTUALIZAÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, dividido em quatro seções, estão apresentados os principais referenciais históricos e teóricos que aprofundam a compreensão sobre o problema da pesquisa e apontam os caminhos cognitivos que foram trabalhados durante o desenvolvimento da mesma.

#### 3.1 AS POLÍTICAS PARA REGULAMENTAÇÃO DA PRÁTICA E FORMAÇÃO MÉDICA NA HISTÓRIA DO BRASIL

A história demonstra que o reconhecimento do exercício das práticas cuidadoras remonta ao período de colonização, de sorte que, desde meados do século XV, elaboravam-se regimentos para os ofícios relacionados às “artes de curar” que valiam para todo o império português (PIMENTA, 2003). Segundo Pimenta (2003), o órgão responsável por tal função era a Fisicatura mor, que foi estabelecida no Brasil em 1808 (após a transferência da Corte para o país) e extinta em 1828. Tal órgão era sediado no Rio de Janeiro, sendo que a maior parte dos documentos relativos ao processo de solicitação de licença encontra-se no Arquivo Nacional daquele Estado.

O leque de ofícios reconhecidos pelo governo era bastante amplo, mas cada um tinha as suas atividades bem delimitadas, fazendo parte da hierarquia adotada pela Fisicatura mor. Os médicos, que podiam prescrever remédios, os cirurgiões, que tratavam de “moléstias externas”, e os boticários, que manipulavam e vendiam os medicamentos, constituíam o grupo mais prestigiado. Os sangradores, que podiam sangrar e aplicar sanguessugas e ventosas, as parteiras, que ajudavam as mulheres a dar à luz, e os curandeiros, que podiam cuidar de doenças “leves” e aplicar remédios feitos com plantas medicinais nativas, desempenhavam atividades menos consideradas (PIMENTA, 2003).

A autora continua o raciocínio afirmando que a Fisicatura mor se esforçou em fazer valer a sua autoridade e para tentar garantir as prerrogativas dos que se tinham oficializado, sobretudo daquelas cujas atividades eram as mais valorizadas. Entretanto, verificou-se na prática que parteiras e curandeiros prescreviam remédios e tratavam com frequência as pessoas que os médicos não conseguiram curar, o que conformava uma categoria a qual a autora chama de “terapeutas populares” (PIMENTA, 2003).

O número de licenças concedidas aos terapeutas populares foi muito pequeno, sendo que curandeiros, sangradores e parteiras, em geral, só buscavam oficializar as

suas atividades quando tomavam conhecimento da proximidade da fiscalização (às vezes, em virtude de alguma denúncia) ou quando viam na obtenção de uma licença uma forma de se sobressair entre os concorrentes, como nos centros urbanos. Convém ressaltar que a outorga de títulos reafirmava o maior ou menor prestígio daqueles que os recebiam. Uma das evidências dessa época da prática de segregação social no campo do cuidado em saúde pode ser percebida no fato de que, dentre os terapeutas populares denominados “sangradores”, 85% dos pedidos de oficialização realizados junto à Fisicatura Mor eram de grupos mais subalternos da sociedade, como escravos e forros (PIMENTA, 2003).

Além disso, até as décadas iniciais do século XIX, os que aqui exerciam a profissão médica eram formados pelas faculdades de Coimbra, Montpellier e Edimburgo, devendo tal profissional dedicar na sua formação intensos anos de estudo: apenas aquele que se dedicasse a todas as ciências poderia conhecer o homem de forma tão profunda, como deve ser próprio da especialidade médica (VIOTTI, 2012). Diante de tais características da formação médica, não é possível conceber que a maior parte dos licenciados em medicina nessa época eram de classes subalternas.

Outrossim, a força crescente da categoria médica ao final da segunda e início da terceira década do século XIX, construída paulatinamente a partir dos ganhos de autonomia dos cirurgiões e dos médicos ligados às academias Médico-Cirúrgicas da Bahia e do Rio de Janeiro - às expensas da Lei de 9 de fevereiro de 1826 e do desenvolvimento técnico-científico - vai garantindo maior poder junto aos órgãos regulamentadores da época, possibilitando a progressiva conquista do monopólio do ofício de cuidar (PIMENTA, 2003).

A fundação das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro (Lei de 3 de outubro de 1832) e a criação de periódicos que se destinavam a propagar o caráter científico da medicina tornaram-se marcos importantes na luta da categoria pelo monopólio das práticas cuidadoras, possibilitando a marginalização dos terapeutas populares, em que pese esses gozarem de algum reconhecimento na sociedade, que nunca deixou de procurá-los. Dessa forma, o prestígio alcançado paulatinamente pela categoria médica junto às classes sociais mais abastadas vai subsidiando e encorajando o Estado brasileiro a descentralizar a concessão de títulos vinculados à profissão médica para o âmbito das sociedades e academias de

medicina, o que foi fortalecido com extinção da Fisicatura Mor, em 1828 (PIMENTA, 2003).

Esse esforço em formar uma elite médica no país e configurar um campo médico-científico, distinto das chamadas práticas não-oficiais, foi complementado pelo decreto n. 71, de 30 de setembro de 1837, que autorizava as faculdades de medicina a admitir cirurgiões formados ou aprovados depois da lei de 1832, desde que fizessem os exames das matérias acessórias. No processo de configuração da profissão, o livre exercício da medicina foi permitido também aos cirurgiões aprovados pelas então academias médico-cirúrgicas, anteriores à reforma de 1832, o que acabava com a distinção que havia até então das atribuições de médicos e cirurgiões (CABRAL, 2016).

Após alguns anos, o decreto n. 608, de 16 de agosto de 1851, autorizou o governo a dar novos estatutos aos cursos jurídicos e às escolas de medicina. Entretanto, em função de embates políticos entre os poderes legislativo e executivo, um novo regulamento para os cursos de medicina das faculdades da Bahia e Rio de Janeiro só foi aprovado em 1854, pelo decreto n. 1.387, de 28 de abril. Um dos aspectos mais inovadores do regulamento de 1854 foi o anúncio da criação de laboratórios para o ensino prático, além de anfiteatros para as lições e demonstrações. O decreto previa os seguintes laboratórios: químico, horto botânico, de física, história natural, anatomia, matéria médica, arsenal cirúrgico e oficina farmacêutica. A medicina de caráter progressivamente mais científico e ensino eminentemente prático (com uso intensivo de laboratórios), vai se fortalecendo durante toda a segunda metade do século XIX, subsidiando uma série de reformulações nos regulamentos dos cursos das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, ocorridas nessa época (CABRAL, 2016),

Em que pese desde a Lei de 9 de fevereiro de 1832 o ensino da medicina ter se tornado livre à iniciativa privada (CABRAL, 2016) - de acordo com o artigo 33, qualquer pessoa nacional ou estrangeira poderia estabelecer cursos particulares sobre os diferentes ramos das ciências médicas e lecionar, sem impedimento das faculdades oficiais, ainda que a estas ficasse conferida a prerrogativa de conceder o título de médico, farmacêutico ou parteira - somente com o advento da república, é que uma nova faculdade de medicina é criada no país, mais especificamente na capital do Rio Grande do Sul em 1898 (MACHADO, 1997).

Essa hegemonia do setor público na formação médica se mantém inalterada durante praticamente todo o século XX, segundo Machado (1997). Conforme análise realizada pela autora, até 1997, havia 81 escolas médicas no Brasil em sua maioria, de natureza pública federal, com distribuição homogênea em todo o País, exceto nos estados em que ainda não existiam escolas de medicina na época, a saber: Acre, Rondônia, Amapá e Tocantins. Tal fato mostra a política adotada pelo Estado brasileiro de prover e manter sob sua responsabilidade a formação de médicos em nosso País.

A autora chama a atenção, no entanto, para o fato de que, nesse período, enquanto o setor público é hegemônico na formação médica do Norte, Nordeste e Centro-Oeste, o setor privado mostra sua importância nos estados das regiões Sudeste e Sul, especialmente no interior desses estados. Das 38 escolas médicas privadas existentes no País, 28 (74%) estavam localizadas no interior. Durante o século XX, houve uma importante expansão do número de escolas médicas no país, especialmente nas décadas de 50 e 60, período no qual foram abertas cerca de 50 novas escolas, muitas das quais de natureza privada (MACHADO, 1997).

Machado (1997) ressalta, também, que essa concentração das escolas médicas na região sudeste do país teria sido reflexo da concentração de recursos econômicos e sociais nas regiões sul e sudeste. Amparadas na teoria do capital humano, as autoridades educacionais incentivaram os empresários da educação a abrirem cursos indiscriminadamente, sem uma devida fiscalização pela falta de uma política que estabelecesse uma estratégia disciplinadora do processo. Muitos desses cursos não apresentavam condições mínimas, fosse pela falta de infraestrutura de apoio (laboratórios e bibliotecas), fosse pela falta de docentes qualificados e campo de prática apropriado.

Ainda segundo a autora, esse crescimento desordenado, sem um efetivo controle da corporação e com nefastas consequências do ponto de vista de oferta e demanda, ensejou um movimento corporativo oposto ao preconizado nos anos 50 e 60, que culminou com a proibição da criação de novas escolas a partir de 1971. Essa proibição, revalidada sistematicamente, vigorou até 1989, quando, por meio de Decreto Presidencial, foram estabelecidos critérios mediante os quais seriam apreciados os pedidos de autorização de funcionamento de novos cursos. Tais critérios, entretanto, se mostraram pouco eficazes para a regulação desse processo. Novas escolas foram criadas não só como resultado de bem articuladas injunções

políticas (a despeito de pareceres técnicos contrários), como por meio do artifício de criar “universidades” e, com amparo no preceito constitucional da “autonomia universitária”, adquirir a prerrogativa de colocar em funcionamento qualquer curso superior (MACHADO, 1997).

Nesse contexto, nos anos 90, é propalada em toda a mídia o estado de crise em que se encontra o setor saúde no Brasil. A imagem apresentada é de desolação: hospitais públicos superlotados, mortes ocasionadas pela superlotação de hospitais, hospitais sem equipamentos, falta de medicamentos, déficit de profissionais, recusas de hospitais privados a oferecer atendimentos a pacientes de baixo poder aquisitivo, desvios de verbas. Apresentam-se juntamente a esse caos, abundantes denúncias de erro médico, negligência, incapacidade de realização de diagnósticos, utilização abusiva de recursos de apoio diagnóstico, inoperância, descuido, falta de ética, consecução de práticas iatrogênicas. Essas imagens frequentes nos noticiários televisivos criaram um clima de desconforto geral da opinião pública com um misto de revolta e caça às bruxas (CRUZ, 2004).

A memória social é de um Estado inoperante, incompetente e descompromissado, e, por consequência, de serviços públicos de péssima qualidade. O cidadão sentia-se à mercê de sua sorte, tanto economicamente, quanto do ponto de visto do cuidado de sua saúde. Este é o clima no qual se buscava um “bode expiatório”, que deveria ser identificado, controlado e punido. Pela própria cadeia de associações apresentada, fazia-se crer que seria o médico o “vilão” dessa história. Era necessária uma ação para garantir uma melhor formação de profissionais médicos. Essa situação, instalada no imaginário social, provocou uma reação em cadeia de várias instituições e organizações, tanto do Estado como no seio na corporação médica e da comunidade acadêmica (CRUZ, 2004).

A ABEM logo tratou de rechaçar esta associação, como ilustra um trecho extraído do editorial de seu boletim XXVII maio/junho – 1990:

O setor público não funciona hoje, certamente há que se buscar a responsabilidade naqueles que, por ação ou omissão, deixaram-no sucumbir investindo, com recursos públicos, na construção e manutenção do setor privado. [...] Agora acusam o médico! Pelo discurso em moda o médico é o vilão responsável pelas mazelas da atenção à saúde. É ele que personifica a excrescência das políticas sociais empreendidas nos últimos trinta anos... (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 1990 apud CRUZ, 2004).

Paralelamente a esse movimento no setor médico da sociedade civil organizada, o Estado, por sua vez, já no início do governo Collor, assume uma posição

de regulação, com o estímulo à alternativa “exame de fim de curso”, o que fica evidente a partir de 1991 com o documento do MEC “Uma Nova Política Para o Ensino Superior”, que estabelecia como política para o ensino superior: a constituição de centros de excelência preferencialmente privados; a implantação de um sistema de acreditação institucional; a instituição de exame de certificação profissional para todos os recém-formados (CRUZ, 2004).

Machado (1997) aponta que, numa perspectiva de controlar e até mesmo “reparar o mal” decorrente dessa política expansionista, surgem duas propostas de avaliação do ensino médico: uma do Ministério da Educação e outra da corporação médica.

Com uma política de reavaliar todos os cursos universitários, o MEC propõe a elaboração de um exame (prova teórica escrita) para todos os recém-graduados, objetivando analisar, avaliar e testar a validade do conhecimento adquirido ao longo da formação profissional nas instituições acadêmicas. Embora a medicina estivesse prevista como uma das primeiras carreiras em que seria aplicado o exame profissional, a corporação médica, por meio de suas entidades, tem argumentado desfavoravelmente à realização de tal exame, enfatizando a insuficiência dessa modalidade de avaliação para um curso tão complexo (MACHADO, 1997).

Nesses primeiros anos do século XXI, em que pese a discussão sobre as políticas de formação médica ter sido focada ampla e intensamente na necessidade de mudanças nos currículos e nas práticas pedagógicas dos cursos de graduação em todo país - tema que será abordado mais profundamente em seção específica – pode-se afirmar que continuou havendo um importante movimento de abertura de novas escolas. Entre 2003 e 2015, o número de faculdades de medicina privadas passou de 64 para 154, e as unidades públicas subiram de 62 para 103. Desta forma, 257 instituições formaram cerca de 23 mil novos médicos em 2015 (LOPES, 2018).

Entretanto, esse aumento no número de médicos formados no Brasil nos últimos 60 anos, ainda tem sido alvo de importantes discussões sobre sua adequação e necessidade. A unificação das instituições previdenciárias, ocorrida especialmente nos anos 60 e 70 do século XX, ampliou a cobertura de assistência médica para todos os trabalhadores do mercado formal e foi o principal marco da ação do Estado na área da saúde, com repercussões determinantes tanto no mercado de trabalho médico, quanto na formação desse profissional, ao longo das décadas seguintes. Como a rede própria estatal de serviços de saúde era insuficiente para atender ao expressivo aumento de demanda daí decorrente, o Estado adotou uma política de contratação de serviços privados, especialmente na atenção hospitalar. Estes, por sua vez, tiveram

que contratar maior número de profissionais de saúde, tornando-se o principal mercado de trabalho para diversas categorias. Entre 1966 e 1974, o número de empregos, somente nas atividades hospitalares, passou de 150.123 para 303.098 (MACIEL FILHO, 2007).

Esse crescimento reproduziu a própria dinâmica do emprego em geral no país e no setor público. No período conhecido como "milagre econômico" (1968 a 1973), a economia brasileira apresentou níveis positivos de crescimento, com repercussões nos anos seguintes. O emprego formal cresceu, entre 1976 e 1980, a uma taxa geométrica anual de 14,1%; sendo acompanhado por um crescimento do emprego em saúde da ordem de 13,2% ao ano. Entre 1976 e 1982, o crescimento de postos de trabalho médicos foi de 8,42% ao ano, sendo que no final do período (1982) já representava 31% do total de postos de trabalho em saúde. O profissional médico transformou-se num trabalhador assalariado típico como decorrência de todo esse contexto político, econômico e de mercado, no qual o crescimento do setor privado lucrativo teve um papel decisivo, não só pelas dimensões de demanda que foi capaz de criar, como também por fixar certos padrões de compra e venda da força de trabalho mais qualificada: por exemplo, generalizou o uso do salário mínimo de médicos e de seu emprego em tempo parcial (MACIEL FILHO, 2007).

O final da década de 80, no entanto, anunciava mudanças importantes na configuração do mercado de trabalho em saúde, decorrentes de alterações no contexto geral da política e da economia do país e do próprio setor saúde. Até então, o aumento da capacidade de absorção de empregos no setor havia sido sustentado, essencialmente, pela mesma fonte financeira, ou seja, o sistema previdenciário. Contudo, paulatinamente, foi-se configurando um processo de desaceleração da economia brasileira, que redundou num cenário de crise, com repercussões, nos anos 90, sobre a dinâmica do mercado de trabalho em geral. Simultaneamente, o mercado de trabalho em saúde incorporava mudanças provenientes do processo de descentralização do setor, iniciado já em meados dos anos 80, com as Ações Integradas de Saúde (AIS) e consubstanciado a partir de 1988, com a implantação do SUS (MACIEL FILHO, 2007).

Por um lado, manteve-se o crescimento do emprego em saúde no setor privado, especialmente na assistência hospitalar. Em 1999, considerando a rede total de estabelecimentos de saúde do país, a iniciativa privada era responsável por 41% deles; tomando-se o total de leitos hospitalares, esse percentual sobe para 70,5%.

Por outro lado, embora ao longo da década tenha havido também um incremento do número de empregos médicos (considerando o período entre 1992 e 1999), tanto no setor privado (48,5%), quanto no público (31%), algumas importantes mudanças se fizeram sentir. Configurações específicas no mercado de trabalho em saúde foram se verificando, provenientes, em grande parte, da transferência de atribuição da prestação de serviços de saúde das esferas federal e estadual para a municipal (MACIEL FILHO, 2007).

No ano de 2000, 55% do total de empregos públicos de profissionais de saúde eram oferecidos pela esfera municipal, sendo que, no caso dos médicos, no mesmo ano, os municípios foram responsáveis por quase 53% dos postos de trabalho públicos no setor saúde para essa categoria profissional, seguidos da instância estadual (46,3%), ficando a federal com apenas 0,6% (GIRARDI; CARVALHO, 2002 apud MACIEL FILHO, 2007).

Uma importante consequência da municipalização dos serviços de saúde foi o incremento da atenção ambulatorial, com aumento do número de empregos para profissionais de saúde nesse nível de atenção. Esse aumento dos postos de trabalho na atenção ambulatorial foi particularmente expressivo no caso da categoria médica. O Programa de Saúde da Família (PSF), cuja implantação foi amplamente intensificada do final dos anos 90, teve uma participação importante nessa oferta de postos de trabalhos municipais. O PSF, entretanto, configurou-se como mais do que um programa de saúde, expressando-se como importante estratégia de reorientação do modelo assistencial, compreendida por muitos como uma espécie de "reforma da Reforma", numa referência à Reforma Sanitária consubstanciada no SUS. Além desse aspecto, o PSF apresentou-se como uma modalidade de intervenção com grande potencial de ampliar o acesso à atenção básica nas diversas regiões do país, causar impacto na configuração do mercado de trabalho e na própria formação de profissionais para o setor (MACIEL FILHO, 2007).

Paralelamente, no plano macroeconômico, também se registravam importantes alterações no mercado de trabalho brasileiro. As principais tendências observadas na década de 1990 são o crescimento das ocupações no setor terciário da economia, a precariedade das relações e das condições de trabalho, crescimento do mercado informal, aumento do desemprego, estagnação dos rendimentos médios reais e a progressiva desregulamentação - flexibilização das condições de uso e de remuneração da força de trabalho e mudança nos marcos de proteção e assistência

aos trabalhadores. Nesse contexto, a grande expansão do emprego no setor saúde municipal aparece também fortemente associada ao processo de flexibilização e diferenciação dos contratos de trabalho na administração pública e no setor privado. Consideram-se fortes indicadores de flexibilização nos tipos de contratos de trabalho a adoção preferencial pelos gestores municipais do regime de terceirização para cooperativas e empresas, os contratos de autônomo e outros tipos indefinidos para expansão da força de trabalho, principalmente na atenção ambulatorial e nos novos programas de expansão de cobertura, como o PSF (MACIEL FILHO, 2007).

Além da desregulamentação, o mercado de trabalho em saúde experimentou, nos anos 90, queda dos salários de contratação para a maioria dos segmentos profissionais e crescimento da oferta de postos de trabalho nas faixas mais baixas de remuneração. No caso dos médicos, aumentou a participação das faixas salariais de contratação até três salários mínimos, de três a cinco e de cinco a dez. A faixa com maior concentração de admitidos deslocou-se de dez a vinte salários mínimos, em 1990 (36,67%), para cinco a dez salários, em 1994 (37,14%) (MACIEL FILHO, 2007).

Rodriguez Neto (1996 apud MACIEL FILHO, 2007) ressalta que os baixos salários pagos tanto pelo setor privado quanto pelo público, levando ao múltiplo emprego, comprometeu a motivação e dedicação da categoria médica em relação a suas atividades profissionais. O médico foi gradativamente deixando de viver apenas do consultório privado e passou a depender, cada vez mais, do trabalho assalariado ou dos convênios com os planos privados da medicina complementar. Sua remuneração atingiu patamares muito baixos em relação a períodos anteriores, levando ao acúmulo de dois, três ou mais empregos e demandando grande número de horas semanais de trabalho, apesar de ainda se manter em níveis elevados quando comparado a outros trabalhadores e com amplas possibilidades de inserção no mercado de trabalho, incluindo vínculos assalariados.

Essa necessidade de múltiplos vínculos, associada ao frágil financiamento do SUS que também dificultou sobremaneira a condição de fixação exclusiva dos médicos nos postos de trabalho públicos, possibilitou o agravamento progressivo do quadro de distribuição desses profissionais, gerando um déficit quantitativo e qualitativo, evidenciado especialmente nas unidades básicas de saúde. A insuficiência de médicos para atender a demanda de postos de trabalho no SUS foi constatado como um problema para 58% das pessoas entrevistadas em uma pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Para elas, a medida mais importante a ser

tomada pelo governo para melhoria do atendimento no SUS era o aumento do número de médicos nos serviços de saúde (BRASIL, 2015).

Além de o Brasil apresentar uma proporção insuficiente de médicos para as necessidades da população (segundo a OECD, eram 1,8 para cada 1.000 hab. em 2011), esses profissionais estavam mal distribuídos no território. Considerando dados do Conselho Federal de Medicina (Estatísticas de Médicos 2012) e do IBGE (Estimativas da população 2013), das 27 unidades da Federação, era estimado em 2013 que 22 estivessem abaixo da média nacional, sendo que 5 (todas nas regiões Norte e Nordeste), teriam o índice de menos de 1 médico/1.000 hab. (BRASIL, 2015).

Segundo pesquisa realizada pela Estação de Pesquisas de Sinais de Mercado da Universidade Federal de Minas Gerais, além da quantidade insuficiente de médicos e sua desigual distribuição pelo Brasil, todas as escolas médicas do País formaram no período de 2003 a 2012 apenas 65% da demanda de médicos do mercado de trabalho para o mesmo período. O mercado de trabalho teria aberto 143 mil novas vagas de emprego médico formal (não estão incluídos nesta conta os contratos informais), mas as escolas médicas formaram apenas 93 mil médicos no mesmo período. Um déficit acumulado de 50 mil médicos em uma década (BRASIL, 2015).

Esse quadro refletiu fortemente na Atenção Básica, sendo que a má distribuição e o déficit crescente de médicos se traduziam em um baixo crescimento da cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família (ESF): no período entre 2008 e 2015, a cobertura da ESF no Brasil cresceu a uma média anual de 1.141 equipes de Saúde da Família (eSF), o que representou um pequeno incremento de 1,5% a cada ano na cobertura da população, mesmo com o aumento dos recursos e grandes esforços implantados a partir de 2011 com a nova Política Nacional de Atenção Básica e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Conforme estudos da Rede de Observatórios de Recursos Humanos do SUS, um dos maiores condicionantes da expansão da ESF é a disponibilidade de médicos para compor as eSFs (BRASIL, 2015).

Oliveira et al. (2015) chamam a atenção para o fato de que, nos seus 25 anos de existência, o SUS possibilitou um importante aumento do acesso aos cuidados de saúde para a população brasileira, o que não impediu que muitas pessoas vivendo em comunidades remotas e vulneráveis ainda enfrentem importantes dificuldades de acesso a serviços de saúde, atribuindo tal dificuldade, entre outras variáveis, à má distribuição de médicos no território nacional. Citam, no intuito de reforçar seu

argumento, que a Organização Mundial da Saúde estima que 50% da população mundial vive em áreas rurais remotas, mas essas áreas são servidas por menos de 25% da força de trabalho médico e que, além disso, um estudo recente da Organization for Economic Cooperation and Development (OCDE) teria mostrado que, mesmo com o aumento no número total de médicos, a distribuição dos médicos mantém um padrão de grande concentração nas capitais e áreas de escassez nas zonas rurais.

Segundo Machado (1997), estudos realizados na década de 80 por Sayeg já demonstravam que a origem dos estudantes se mostrava preponderantemente urbana. Afirmava o autor que, por mais democrático que seja o ensino, a maioria dos estudantes provém da classe média ou da classe média superior. São estudantes que muitas vezes foram submetidos a testes vocacionais e receberam preparação para os exames vestibulares.

Uma década depois, a pesquisa intitulada "Perfil dos Médicos no Brasil" confirmava essa vocação urbana da medicina no Brasil: quase 80% do contingente médico exercia suas atividades em apenas sete estados - Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Bahia, Pernambuco, Paraná e Rio Grande do Sul - dos 27 da Federação. Nesses estados, concentrava-se, à época, a produção econômica do País, ou seja, grande parte do PIB brasileiro, bem como a maior parte da rede educacional (escolas e universidades). Conseqüentemente, neles viviam a maior parte da população com maior nível de escolaridade. Essa política urbana equivocada, que concentra em poucos municípios, geralmente nas capitais, a urbanização e a industrialização, tem reunido, nesses centros urbanos, uma "superpopulação" de profissionais qualificados, como por exemplo engenheiros, advogados, arquitetos, economistas, odontólogos, enfermeiros e, evidentemente, médicos (MACHADO, 1997).

Fica claro, portanto, que as desigualdades sócioeconômicas foram os principais fatores impeditivos de uma adequada distribuição de profissionais de saúde e médicos, em nível do território nacional. Tais desigualdades se expressam não somente na baixa taxa de investimento público nas regiões mais carentes, mas também na má qualidade de vida de suas populações. Este estado de coisas não propicia, de uma forma ou de outra, a existência de condições totalmente adequadas para o exercício da medicina (MACHADO, 1997).

Nesse sentido, Oliveira et al. (2015) afirmam que muitos países têm buscado soluções para ampliar a cobertura da atenção à saúde em áreas vulneráveis, atraindo profissionais de saúde para estas regiões. Essas estratégias incluem: políticas de regulação, tais como serviço obrigatório; incentivos monetários, tais como bolsas de estudo; e incentivos não monetários, como extensão de visto de permanência para estrangeiros. A Austrália, por exemplo, possui programa regular para retenção e fixação de profissionais de saúde em regiões remotas, denominado “Overseas Trained Doctors (OTD)”. Os autores chamam a atenção para o fato de que, em 2014 - faltando três anos para completar vinte anos de programa - pôde-se avaliar que a fixação de profissionais médicos na Austrália ainda sofre com a dificuldade de retenção dos participantes em áreas rurais quando termina um período de dez anos de cumprimento de contrato. Esse problema relaciona-se a diversos fatores pessoais, econômicos e geográficos, que caracterizam as áreas de vulnerabilidade do país, assim como ocorre em demais países que estabeleceram políticas de recrutamento de profissionais estrangeiros.

Nos EUA, ainda são poucas as iniciativas para regulação da provisão de profissionais de saúde em regiões remotas e vulneráveis. As principais iniciativas para reduzir as desigualdades de distribuição de médicos nos EUA são por meio do National Health Service Corps (NHSC) e o Conrad 30 Program. Desde 1972, o NHSC oferece bolsas de estudos e programas de pagamento da dívida do financiamento estudantil para profissionais de saúde que estejam dispostos a prestar serviços de saúde de atenção primária em comunidades carentes (OLIVEIRA et al., 2015).

Convém ressaltar, para um melhor entendimento dessa proposta do programa, que a formação médica nos EUA é oferecida no nível de pós-graduação. Isto significa que o estudante que deseja formar-se médico necessita, primeiro, fazer um curso de graduação ou undergraduate, contemplando os pré-requisitos para acesso a uma escola de medicina, com duração média de quatro anos. Na escola de medicina, os estudantes, agora chamados graduate students, passam dois anos em salas de aulas e laboratório, e outros dois anos conhecendo a profissão de perto, em hospitais, antes de seguirem para a residência médica. No total, são necessários oito anos para formar-se médico nos EUA. A grande maioria das instituições que formam médicos é privada, cobrando anuidades elevadas. Para que seja possível pagar a formação, boa parcela dos estudantes lança mão de linhas de crédito educativo, cujo pagamento, geralmente, se inicia após a formatura. Neste contexto, não é difícil imaginar que

aqueles que fazem medicina terminam o curso com uma dívida substancial. De acordo com a Association of American Medical Colleges, calcula-se que os quatro anos de escola médica privada têm um custo médio de 278 mil dólares (OLIVEIRA et al., 2015).

Assim, o programa oferta a possibilidade de que, depois da graduação, o profissional se candidate às vagas pré-aprovadas em áreas carentes do país, podendo obter uma bolsa de estudo. O candidato que tiver obtido uma bolsa do NHSC e que escolher uma especialidade que não seja a de médico geral de família e comunidade, ou que não preencha os requisitos de serviço, deverá reembolsar o governo em três vezes o investimento, com juros. No programa de pagamento da dívida estudantil, os médicos se inscrevem após a graduação, e o NHSC paga até sessenta mil dólares da dívida a cada dois anos. Há, também, a opção de trabalhar em um local aprovado pelo NHSC durante cinco anos, o que dá direito ao estudante de, potencialmente, receber US\$ 170 mil em pagamento da dívida estudantil. É importante frisar que as áreas de carência de profissionais de saúde são mapeadas por meio dos escritórios regionais do NHSC (OLIVEIRA et al., 2015).

Ainda segundo Oliveira et al. (2015), no Brasil, a falta de médicos sempre foi um importante agravante da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, como fica claro na campanha “Cadê o médico?”, realizada pela Frente Nacional de Prefeitos, durante o Encontro dos Prefeitos, em Brasília, ocorrido em janeiro de 2013. Dessa forma, o chamado “Programa Mais Médicos” (PMM) foi introduzido no país em julho de 2013, como parte de uma série de medidas para combater as desigualdades de acesso à atenção básica resolutiva, contando com três eixos de ação a saber: 1) investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde, particularmente nas unidades básicas de saúde; 2) ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residência médica; e 3) provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis, intitulado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB).

Cabe salientar que no Brasil, antes do PMMB, houve várias iniciativas de atração e fixação de profissionais de saúde em regiões remotas, como exemplo: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS - 1976), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS - 1993), e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS - 2001), e, mais recentemente, o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB). Entretanto,

a participação dos profissionais médicos esteve sempre aquém das necessidades locais ou regionais (OLIVEIRA et al., 2015).

Para se ter uma ideia do potencial do PMMB, em menos de um ano (meados de 2014), o programa já havia recrutado e alocado cerca de 15.000 médicos em mais de 3.700 municípios. A grande inovação do PMMB se refere à estratégia de chamadas internacionais, quando, além dos mais de 1.800 médicos brasileiros, o programa passou a contar com mais de 12.000 médicos estrangeiros de 49 países participando do programa. Dos médicos estrangeiros que atuaram no PMMB nessa época, cerca de 11.500 são médicos cubanos que foram recrutados por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde e desta última com o Ministerio de Salud Pública de Cuba (OLIVEIRA et al., 2015).

No que diz respeito à educação médica – um dos eixos do Programa Mais Médicos - o governo federal utilizou determinados critérios para selecionar municípios onde poderiam ser abertos novos cursos de medicina. Antes da Lei 12.871 (que instituiu o Programa Mais Médicos), a localização de possíveis novos cursos de medicina era definida sem um direcionamento por parte do Estado brasileiro, de modo que não havia garantias de interiorização dos cursos. Desta forma, o mercado determinava a distribuição de cursos, sendo esse um dos fatores que levou à iniquidade da distribuição de profissionais de saúde no país, mesmo levando em conta que a abertura de novos cursos médicos deveria ser apreciada pelo Conselho Nacional de Saúde. A maioria dos cursos de graduação em medicina estão localizados nas capitais e grandes cidades, sendo que existe forte correlação entre o local de formação e o local de estabelecimento profissional dos médicos (OLIVEIRA et al., 2015).

Mais recentemente, o governo federal lançou um novo programa, em substituição ao PMM, o qual foi denominado “Médicos pelo Brasil”, com a finalidade de incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade e fomentar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade (BRASIL, 2019). Devido ao pouco tempo de existência do programa, não há pesquisas disponíveis para que se possa aprofundar os nuances e impactos de mudança dessa nova política de formação médica no país, em que pese seu “nascimento” já ter sido recheado de críticas e denúncias sobre um possível desmonte dos princípios existentes no PMM.

### 3.2 AS BASES FUNDAMENTAIS PARA A REORIENTAÇÃO DO MODELO DE FORMAÇÃO MÉDICA

Conforme já descrito na seção anterior, a educação médica brasileira sofreu a influência direta dos métodos de ensino das faculdades de Coimbra, Montpellier e Edimburgo entre os séculos XV e XIX, uma vez que os médicos que exerciam a profissão no país à essa época eram, em sua grande maioria, formados em tais escolas (VIOTTI, 2012).

A Universidade de Coimbra foi local privilegiado de preparação dos esculápios que passaram pelo Brasil no início do período identificado. A grade curricular pautava-se nas disciplinas de letras, física, filosofia, matemática e ciências naturais, valendo o acréscimo das Artes, cursadas previamente pelos candidatos, sendo permitida a prática da medicina apenas após o cumprimento de todas essas matérias “adicionais” e com a supervisão de um físico já estabelecido. Estima-se que no período entre 1619 e 1624 a escola tenha contado com mais de 5000 alunos, 333 em medicina, 60 novos a cada ano. Entretanto, a validade do conhecimento produzido pela Universidade passa a ser questionada especialmente pela inserção de ordens religiosas nos núcleos acadêmicos, freando o desenvolvimento das ciências entre os lusos e aqueles que sob sua tutela tencionavam formar-se como médicos. A intervenção desses religiosos parece ter sido mais significativa na restrição dos materiais possíveis para os estudos anatômicos, essenciais para o mapeamento do interior do corpo humano, corpo até então desconhecido para os futuros agentes da saúde (VIOTTI, 2012).

À revelia de Coimbra, com seu ensino "livresco e teórico", outras faculdades despontam e adquirem grande prestígio entre os aspirantes a doutos de origem luso-portuguesa: a francesa Montpellier e a britânica Edimburgo. A primeira não era criação recente, contava com a cátedra de Medicina desde 1180 e com um jardim botânico especialmente projetado para servir como uma enciclopédia viva de plantas medicinais, para a produção de remédios e, também, para pesquisas farmacêuticas. A princípio preterida pelos lusos e pelos colonos, dado o alto custo de seus serviços, a faculdade francesa tornou-se pólo atrativo desse público, inclusive para cristãos-novos – que podiam contar com a tolerância religiosa da instituição –, e para os herdeiros dos abastados senhores das Gerais (VIOTTI, 2012).

Fundada em 1726, Edimburgo recebeu, além do renomado físico José Pinto de Azeredo, outros tantos estudantes brasileiros no século XVIII e mais outros

estrangeiros, dando um traço cosmopolita à Universidade. Ao contrário das restrições observadas em Coimbra, o curso britânico englobava Anatomia e Cirurgia, Química, Botânica, Matéria médica e Farmácia, sendo a Teoria e prática da medicina e a Clínica médica ensinadas em hospital. Influenciada diretamente pelo modelo proposto pelo renomado doutor Boerhaave – responsável por um significativo redirecionamento das ciências químicas e médicas –, a Universidade formaria licenciados aptos a desenvolver não só novos métodos em ciências, mas que também propagariam as novidades lá absorvidas para outros países e universidades – a exemplo de seu papel no posterior reflorescimento das artes médicas em Coimbra (VIOTTI, 2012).

O que se pode chamar de renascimento ou restauração dos estudos em Portugal virá com as reformas empreendidas por Pombal, que, além de expulsar os jesuítas do Império [1759], lutou para a laicização completa do ensino.

O marquês finaliza suas reformas em 1772 e, como é sabido, seus efeitos atingem os domínios do ultramar. As faculdades, estabelecimentos de trabalhos práticos, programas e métodos de estudo, disciplina e sanções da atividade acadêmica, edifícios, livros de ensino – tudo foi, senão criado ou estabelecido então, pelo menos profundamente remodelado e renovado” (VIOTTI, 2012, p. 29).

No fim, viu-se a destruição da velha Universidade, com os seus colégios conventuais e seu ensino imobilizado e imobilizante, e a criação da Universidade Moderna, muito mais aberta a toda a luz que vinha dos países de Newton, Descartes, Boerhaave. Os desdobramentos dessas reformas são variados e complexos, cumpre notar somente, no que tange aos aspectos que aqui nos interessam, que, além da introdução de outras cadeiras na faculdade lusa – vale destacar a criação, enfim, de uma especialidade em anatomia e a valorização dos estudos práticos, investindo-se, também, na criação de um Dispensatório Farmacêutico e de um Teatro Anatômico, que colocava um fim nas demonstrações com carneiros e porcos esfolados – são normatizados os serviços de saúde, através da já citada Junta do Protomedicato, e criadas obras oficiais para a aplicação de récipes, como a Farmacopeia Geral para o Reino, e Domínios de Portugal (VIOTTI, 2012).

O ensino médico foi fortemente inspirado, durante muitos anos desse período, nos mesmos princípios ou em um arcabouço “teórico” comum: os fundamentos hipocrático-galênicos. Até os anos finais do século XVIII, quando se nota o termo das doutrinas hipocrático-galênicas mais ou menos por toda a Europa, tanto na medicina como na farmácia - e as teorias consideradas “modernas” passam a ser sistematicamente utilizadas - os fundamentos enunciados pelos doutores da

Antiguidade foram amplamente aproveitados. Essa medicina poderia ser classificada como uma escola “clínica”, de observação imediata do paciente, dos sintomas por ele apresentados. Nesse sentido, o trabalho médico deveria conjugar tanto a procura pelas leis gerais que regiam as doenças, como por suas especificidades, encontradas no exame cuidadoso dos pacientes. Por esta razão, não surpreende que os doutores dissertem sobre os casos particulares atendidos, as observações que empreenderam nomeando os pacientes e, ainda, as diferentes prescrições para males com sintomas semelhantes (VIOTTI, 2012).

Este era então o cenário da educação médica na Europa até a chegada da família real portuguesa ao território brasileiro, influenciando a conseqüente conformação das primeiras escolas médicas brasileiras. O modelo de ensino estabelecido foi, portanto, inspirado no da Universidade de Coimbra após a Reforma Pombalina, na qual o aspirante à carreira médica deveria saber falar latim, ter conhecimento do grego, de filosofia moral e racional, e manejar as línguas francesa e inglesa, facultativamente. Coursaria, então, as matérias das Faculdades de Filosofia e Matemática, matriculando-se, após exames, no curso de medicina, composto de cinco cadeiras, uma em cada ano: matéria médica e farmácia; anatomia, prática das operações e arte obstétrica; instituições (teoria médica) com a prática da medicina e da cirurgia no hospital; aforismos (de Hipócrates e de Boerhaave) e continuando com a prática no hospital; prática da medicina e da cirurgia no quinto e último ano, findo o qual submetia-se a exames, recebendo, se aprovado, o grau de 'Bacharel em Medicina e Cirurgia'. Para obter os títulos de 'licenciado' e de 'doutor', cumpria a repetição, por mais um ano, das cadeiras de instituições e aforismos, e defesa de tese, no último caso (SANTOS FILHO, 1991 apud MACHADO, 1997).

Entretanto, o progresso da medicina “científica” durante todo o século XIX foi bastante acentuado, determinando paulatinamente mudanças importantes nos currículos e na formação médica em todo o mundo. Nos EUA, por exemplo, a crescente indústria farmacêutica passa a comprar espaços para propaganda nas publicações da American Medical Association (fundada em 1847) e em outras publicações ortodoxas. A associação entre a corporação médica e o grande capital passa a exercer forte pressão sobre as instituições e os governos para a implantação e extensão da medicina científica. Pode-se concluir, pois, que a medicina científica se institucionalizou através da ligação orgânica entre o grande capital, a corporação médica e as universidades (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Nesse contexto, e em meio a estes interesses, surge então Abraham Flexner, estudioso da educação médica o qual produziu trabalhos de grande notoriedade, sendo considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos EUA, com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Abraham Flexner nasceu em Lousville, em 1866. Em 1884, aos 17 anos, ingressou na Universidade Johns Hopkins, onde, em junho de 1886, obteve o grau em Artes e Humanidades. Após a graduação, iniciou a carreira de educador como professor da Lousville Boy's High School. Em 1906, transferiu-se com a família para a Europa, estabelecendo-se em Berlim. Em Heidelberg, no verão de 1907, escreveu seu primeiro livro intitulado "The American college: a criticism", no qual critica o sistema educativo norte-americano. O livro foi publicado em 1908, quando de sua volta aos EUA, e resultou em um convite do presidente da Carnegie Foundation para realizar um estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos e no Canadá (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Para produzir seu famoso relatório, intitulado "Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching", que mais tarde ficaria internacionalmente conhecido como "Relatório Flexner" (Flexner Report), ele visitou as 155 escolas de Medicina dos EUA e Canadá durante seis meses. Se considerarmos os finais de semanas, deslocamentos e viagens, podemos facilmente perceber que não teve muito tempo para avaliar cada instituição. Sabe-se que Flexner desprezava qualquer esforço para validar os critérios ou o processo que empregava, insistindo em que os indicadores "óbvios" que utilizava eram suficientes para formular um juízo de valor. Seu trabalho foi executado, portanto, sem a utilização de um instrumento de avaliação padronizado. (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Em sua autobiografia, ele deixa clara a maneira como realizou a pesquisa: "Em umas poucas horas, uma estimativa confiável pôde ser feita a respeito das possibilidades de ensinar medicina moderna em quase todas as 155 escolas que visitei". Ou seja, um processo de avaliação realizado por um único especialista, sem a utilização de qualquer instrumento de coleta de dados padronizado e validado, se transformou no principal, e praticamente único, instrumento para a acreditação das escolas médicas nos Estados Unidos e Canadá, com implicações diretas em todo o

mundo ocidental durante a primeira metade do século XX (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Flexner propõe, em seu relatório, a instalação de uma nova ordem para a reconstrução do modelo de ensino médico. Os sólidos princípios sobre os quais o seu relatório estava embasado parecem triviais hoje: as escolas médicas devem estar baseadas em universidade, e os programas educacionais devem ter uma base científica. De suas recomendações, algumas foram acatadas com relativa facilidade: um rigoroso controle de admissão; o currículo de quatro anos; divisão do currículo em um ciclo básico de dois anos, realizado no laboratório, seguido de um ciclo clínico de mais dois anos, realizado no hospital; exigência de laboratórios e instalações adequadas. As posturas são assumidamente positivistas, apontando como único conhecimento seguro o científico, mediante a observação e a experimentação. A ciência substitui a arte. O método científico, assumido como a forma legítima de produzir conhecimento, exprime o processo de racionalização que atinge o Ocidente. E a medicina ilustra claramente este processo (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

No Brasil, durante toda a primeira metade do século XX, após a reforma do ensino médico americano em decorrência da publicação do Relatório Flexner, as escolas médicas foram paulatinamente transformando seu currículo, culminando na Reforma Universitária de 1968. Foram, então, estabelecidos os estudos dos sistemas e dos órgãos isolados do corpo; a concepção de doença como um processo individual, natural e biológico. Como *locus* estratégico e de excelência para a implantação do binômio ensino-pesquisa, foram criados os hospitais universitários (MACHADO, 1997).

Embora fortemente influenciado pelo modelo flexneriano, o currículo médico brasileiro guarda algumas características que o diferenciam do norte-americano. Como já dito, o ingresso no curso médico americano, por exemplo, se dá somente após a passagem pelo *college*, curso de nível superior frequentado imediatamente após a *high school*. Os que pretendem frequentar a escola de medicina em geral frequentam o de ciências biológicas, com duração de quatro anos - dois anos de disciplinas básicas e dois em áreas profissionais. O internato, embora obrigatório, só ocorre após a graduação, em um 'quinto' ano. No Brasil, mantém-se o acesso à faculdade de medicina logo após a finalização do ciclo secundário; já o curso de medicina tem a duração de seis anos (MACHADO, 1997).

Por outro lado, foi incorporado não só o modelo de ensino-pesquisa proposto pelos hospitais universitários, como o ensino por disciplinas segundo especialidades (ou seja, têm-se disciplinas como a cardiologia, pediatria, dermatologia, radiologia etc.). Embora os conteúdos programáticos dessas disciplinas se sobreponham em diversos aspectos, eles são ministrados de forma independente, prevalecendo a lógica interna de cada disciplina ou especialidade. Se, por um lado, esse crescente 'especialismo', sustentado pelo mito da eficácia e racionalidade técnica, encontra amplo apoio na sociedade moderna e no complexo médico-industrial, por outro, acaba favorecendo a especialização precoce do estudante (MACHADO, 1997).

Com o progressivo reordenamento da política de saúde baseada na lógica previdenciária, assistencial e privatista a partir principalmente da década de 60 do século passado, a prática médica tem atuado com dois modelos principais: um liberal e privado e outro assistencial e público, de base sócio epidemiológica e com fins de cobertura. Tais modelos aparecem sob forma híbrida e permeiam de maneira invisível a totalidade da estrutura da formação profissional, que, por sua vez, atua, legitimando, no estudante, as práticas gerais na assistência. Desse fato se pode deduzir que as práticas médico-educativas orientam seu eixo conceitual em função do modelo médico em que a escola se insere. Se o ensino é executado predominantemente em função da prática liberal, oferece ao estudante um modelo assistencial bastante curativo, centrado no indivíduo e voltado para a especialização em segmentos/partes/sistemas e órgãos do ser humano (LAMPERT, 2002).

Assim, o Relatório Flexner influenciou o ensino e a prática da medicina no Brasil - e, por extensão, de outras profissões de saúde - durante quase toda a segunda metade do século XX, consolidando o chamado "modelo biomédico". Os conteúdos curriculares priorizavam os problemas de saúde individuais aos coletivos e desconsideravam fatores psíquicos, afetivos, históricos e culturais do adoecer humano. Nesse modelo, valorizam-se aspectos cognitivos em detrimento de elementos de ordem psíquica e histórica dos estudantes, e se enfatizam recepção e memorização em detrimento de outras possibilidades, tal como o desenvolvimento da capacidade de análise, crítica e elaboração pessoal (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Com o advento do SUS, cravado na Constituição Federal de 1988, as ações e serviços de saúde passam a compor uma rede organizada segundo três diretrizes, sendo uma delas a integralidade da atenção. Da mesma forma, se encontra

estabelecido constitucionalmente que uma das tarefas do SUS consiste em ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. A Lei Orgânica de Saúde, de 1990, especifica que isso deve incluir todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

A integralidade pode ser entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Desse modo, esse princípio busca assegurar ao usuário uma atenção que inclui ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Ou seja, o atendimento necessita se direcionar também para a saúde e não apenas para a doença. As ações preconizadas formam um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas. Do mesmo modo, as unidades prestadoras de serviço, em diferentes graus de complexidade, também constituem um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Quanto aos atributos das práticas, a integralidade tem sido relacionada com uma série de aspectos: a) atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade, não em um recorte de ações ou doenças; b) visão integral do ser humano, que não deve ser focado como um conjunto de partes (coração, fígado, pulmões etc.); c) valorização dos aspectos cotidianos da vida do paciente, ao invés de se centrarem as práticas apenas na doença; d) compreensão da inserção de cada indivíduo num dado contexto familiar, social, cultural etc., ou seja, não está “solto no mundo”; e) conexão com uma base de valores relacionada com um ideal de uma sociedade mais justa e solidária; f) reconhecimento da importância do diálogo, permitindo que as diversas vozes dos atores envolvidos se façam ouvir; g) práticas intersubjetivas — profissionais de saúde relacionando-se com sujeitos, não com objetos (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Como se pode facilmente deduzir, há uma profunda contradição entre o modelo de atenção à saúde proposto na carta constitucional e na legislação infraconstitucional que rege a organização do SUS e o modelo de formação médica reinante até o final do século XX. E, embora haja um certo consenso acerca de que a formação médica deveria ser orientada para formar profissionais para o SUS, ela tem se mostrado alheia à necessidade de se promover uma educação baseada nos seus princípios e

diretrizes, perpetuando a formação para o modelo hegemônico (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Romper com esse modelo, entretanto, é um desafio que requer uma ação articulada que vise garantir um ensino que conte com uma prática docente desenvolvida em unidades de saúde organizadas sob a meta de cobertura, permitindo que o contexto de aprendizagem se amplie a partir da oferta de um ambiente educacional - para docentes e alunos – que explorem modalidades alternativas da prática médica, mais integralizada (LAMPERT, 2002).

O que se observa no mais das vezes, entretanto, é a inexistência formal ou restrita de espaços conjuntos entre instituições de ensino superior e unidades de saúde, onde se possam confrontar as formas de “saber” e “fazer” com o que a realidade requer. Nessa interação, há o risco de se considerar a universidade como referência do saber legítimo, diminuindo o significado dos serviços de saúde como espaços de aprendizagem e produtores de conhecimento. Cada contexto traz a possibilidade de aprender, e ela tem um poder de transformação sobre as ideias. Desse modo, a prática não deve ser entendida como um espaço apenas de verificação de ideias, mas também de construção de novas teorias. Valorizar o conhecimento que é cotidianamente produzido nas unidades de saúde, articulando-o com o que é criado na universidade, é um passo fundamental para uma adequada formação de profissionais do SUS (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Profissionais formados com inserções na rede de atenção, e que conhecem o SUS e as políticas de saúde, frequentemente adquirem uma postura na sua atuação de compromisso diante das necessidades do SUS, o que é importante para o seu efetivo engajamento nas propostas de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Tais propostas constituem objetivos da formação de profissionais de saúde, a qual necessita se estruturar com base na problematização do processo de trabalho e da sua capacidade de atender adequadamente às necessidades de saúde das pessoas e das populações (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Há que se considerar que a preocupação com a formação de recursos humanos para o setor público de saúde esteve presente no cenário político desde a concepção do SUS, resultando, como já dito, na inclusão da atribuição do setor saúde na ordenação da formação dos profissionais da área no arcabouço legal da política de saúde do país. Intervenções criadas no âmbito do Ministério da Educação, tais

como o Programa de Integração Docente Assistencial (IDA) e o Projeto UNI – Uma Nova Iniciativa – durante os anos 80 e 90 do século passado, já sinalizavam a importância da inserção dos alunos em unidades de saúde da atenção primária, da multiprofissionalidade, do uso da epidemiologia, dentre outros aspectos que potencializassem formas de superação da dissociação entre proposições acadêmicas e sua aplicabilidade prática (DIAS ; LIMA ; TEIXEIRA, 2013).

Na década de 90, há que se ressaltar também o importante papel da CINAEM. Nesse período, a referida comissão desencadeou o processo de avaliação das escolas médicas em três fases. A primeira, envolvendo 76 escolas, forneceu, por meio de extenso questionário, um rico arsenal de informações acerca da estrutura político-administrativa, infraestrutura material e recursos humanos, além de informações acerca de modelo pedagógico, produção de pesquisas e prestação de serviços à comunidade. A segunda fase do projeto aprofundou o processo avaliativo, trazendo informações mais precisas e em maior número (MACHADO, 1999).

Caracterizou-se pelo entrecruzamento das informações de três estudos realizados em 48 escolas médicas: o estudo acerca do perfil do corpo docente e da estrutura econômica-política-administrativa das escolas, o estudo envolvendo conhecimentos e habilidades adquiridas pelos estudantes no final do processo de formação, e outro envolvendo a avaliação do modelo pedagógico na perspectiva do Planejamento Estratégico Situacional. Com os resultados obtidos nestas duas fases, cada escola médica participante do projeto CINAEM passou a contar com um conhecimento detalhado da sua realidade, registrado em relatório individual. Outrossim, o relatório geral do conjunto das escolas participantes permitiu visualizar a situação do ensino médico no país à época, possibilitando, a cada escola, situar o seu desempenho no contexto do conjunto das escolas estudadas (MACHADO, 1999).

A terceira fase foi substancialmente diferente das anteriores. Enquanto as duas primeiras puderam ser conduzidas como projetos de pesquisa, porque tinham como objetivo o estabelecimento de um diagnóstico, a terceira teve como questão central um amplo processo de mudanças que se situava no campo político-administrativo e institucional. Ou seja, um projeto de base científica, mas, também, uma ação política. Para que este processo fosse alavancado em nível nacional fazia-se necessária a articulação não só de atores internos à Universidade, mas também de outros, principalmente junto àqueles que estavam envolvidos no processo de mudança do modelo assistencial. Esta parceria foi fundamental e estratégica para os dois setores

(universidade e serviços de saúde) e contribuiu significativamente com força política e mobilização para manter viva a discussão sobre o processo de mudanças do setor saúde no país naquele momento histórico.

Entretanto, a atuação do Ministério da Saúde na ordenação da formação dos profissionais de saúde durante a década de 90 foi bastante limitada, sem evidências de uma articulação mais substantiva com o Ministério da Educação que viabilizasse mudanças curriculares e atendesse às necessidades do sistema de saúde. Só a partir dos anos 2000, programas mais estruturados que tinham como objetivo a reorientação do modelo de formação em saúde voltaram a figurar a agenda de forma mais assertiva. Em 2002, por exemplo, foi criado o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) que propunha ações no sentido de adequar a formação médica aos preceitos do SUS, provendo cooperação técnica às reformas curriculares e incentivando a oferta de estágios nos hospitais universitários e nos serviços de atenção básica à saúde (DIAS ; LIMA ; TEIXEIRA, 2013).

O PROMED foi amplamente incentivado em função das então recentes modificações nas DCN para cursos de graduação em Medicina. As diretrizes curriculares nacionais recém-aprovadas afirmavam que a formação do médico deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. As diretrizes curriculares, no entanto, constituem-se apenas em uma indicação, uma recomendação, já que, no Brasil, as universidades gozam de autonomia. O entendimento da autonomia universitária tem exorbitado de seus limites diante da natureza pública ou de responsabilidade social da educação das novas gerações profissionais do país. A relevância pública da saúde, definida constitucionalmente, deveria ser razão suficiente para que o setor da educação considerasse haver aí campo de exceção para acoplar a autonomia universitária à gestão das políticas públicas de saúde. Entretanto, as mudanças têm ocorrido muito lentamente (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Em 2003, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) viabilizou o desenho de políticas para reorientar a formação profissional para o SUS, intensificando, dentre outras ações, o estreitamento das relações entre instituições formadoras e o sistema público de saúde. A partir de então, nos dez anos seguintes, várias foram as iniciativas colocadas em prática, dentre as quais cabe destacar: a) o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único

de Saúde – o VER-SUS/Brasil; b) o programa AprenderSUS, que teve papel relevante no debate em torno da integralidade da atenção à saúde como eixo de mudança da formação profissional; c) o Curso de Especialização de Ativadores de Mudanças nas Profissões de Saúde, orientado conceitualmente pelo currículo integrado, o construtivismo e as metodologias educacionais ativas e de educação a distância; d) a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que ocupa posição transversal na articulação de estratégias de mudanças nos processos educacionais em saúde; e) o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) que teve como foco a aproximação da academia com os serviços públicos de saúde, sustentada na reorientação da formação profissional e na abordagem integral do processo saúde-doença a partir da atenção básica; e f) o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), para favorecer a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, a constituição de grupos de aprendizagem tutorial, a interdisciplinaridade e a integração ensino-serviço, incluindo um plano de pesquisa em atenção básica (DIAS ; LIMA ; TEIXEIRA, 2013).

Todas essas iniciativas demonstram o esforço mais recente do poder público brasileiro no sentido de reestruturar o modelo de formação em saúde para superar as limitações do modelo biomédico flexneriano, apontando no sentido da formação de um profissional amplamente vinculado aos serviços de atenção primária à saúde, com uma atuação mais coerente com os princípios do SUS - em especial a integralidade – e capaz de problematizar sua prática em contexto.

Tais esforços estão em consonância com as discussões promovidas em várias partes do mundo, como pode ser observado em um trabalho elaborado por uma comissão independente de 20 pesquisadores de diversos continentes em 2010, que fez uma análise crítica dos avanços e limites do Relatório Flexner, cem anos após o seu lançamento. Intitulado “Education of Health Professionals for the 21st Century”, o relatório desta comissão publicado na Revista The Lancet destaca que as mudanças na formação desencadeadas pelo Relatório Flexner possibilitaram melhorias nos indicadores de saúde, mas não conseguiram enfrentar as iniquidades em saúde e necessitam de revisões com bases em novos problemas de saúde enfrentados no século atual (OLIVEIRA, 2018).

Nessa publicação aponta-se para uma terceira geração de reformas na educação médica, evoluindo de um primeiro modelo, fortemente influenciado pelo Relatório Flexner, datado de 1910, no qual os currículos foram fundamentados no

paradigma científico; passando por uma geração na qual as escolas adotam a formação baseada em problemas com serviços dentro da academia; e chegando a um modelo mais contemporâneo de sistemas de educação integrados com os sistemas de saúde, dialogando com a importância do desenvolvimento de competências locais que tenham um olhar global (OLIVEIRA, 2018).

No intuito de avançar na perspectiva dessa terceira geração de reformas, propõe-se que todos os trabalhadores em saúde devem: mobilizar conhecimentos; comprometerem-se a raciocinar de forma crítica; e conduzir o cuidado eticamente de forma a adquirirem competências para inserção em um sistema de saúde centrado no usuário e na população. Devem, ainda, entenderem-se como membros ativos de uma equipe de saúde que possibilita uma resposta local e está conectada globalmente (OLIVEIRA, 2018).

Dessa forma, considerando o importante e contemporâneo desafio da reorientação do modelo hegemônico para garantir uma formação conectada com o perfil profissional preconizado nas DCN e no SUS, é necessário ressaltar que as instituições de ensino superior vêm também realizando esforços para promover alterações curriculares e pedagógicas conectadas com a segunda e, mais recentemente, com a terceira geração de propostas de reforma, com vistas a proporcionar melhor qualidade do processo de ensino-aprendizagem e de formação de seus egressos.

Tais alterações são “ancoradas” em teorias de aprendizagem sobre as quais muito tem se discutido a cerca de sua maior ou menor capacidade de formar profissionais adequados às necessidades do mundo contemporâneo. As principais discussões teórico-metodológicas têm sido alicerçadas na dicotomia entre as tendências empiristas, ambientalistas ou behavioristas (especialmente representadas pela teoria do ensino por transmissão) e as tendências construtivistas, dialéticas ou interacionistas (NEVES; DAMIANI, 2006).

O conceito de aprendizagem emergiu das investigações empiristas em Psicologia, ou seja, de investigações levadas a termo com base no pressuposto de que todo conhecimento provém da experiência. Isso significa afirmar o primado absoluto do objeto e considerar o sujeito como uma tábula rasa, uma cera mole, cujas impressões do mundo, formadas pelos órgãos dos sentidos, são associadas umas as outras, dando lugar ao conhecimento. O conhecimento é, portanto, uma cadeia de

ideias atomisticamente formada a partir do registro dos fatos e se reduz a uma simples cópia do real (GIUSTA, 1985 apud NEVES; DAMIANI, 2006).

Nessa concepção, as características individuais são determinadas por fatores externos ao indivíduo. Igualmente, desenvolvimento e aprendizagem se confundem e ocorrem simultaneamente. Essa maneira de se conceber o conhecimento influenciou amplamente teorias psicológicas e pedagógicas que se traduziram em concepções de ensino e aprendizagem também empiristas. Em decorrência de sua base epistemológica, tais investigações formam o corpo do que se chama associacionismo, cuja expressão mais imponente é o behaviorismo, teoria psicológica derivada da concepção empirista, que, por exemplo, tinha como meta a construção de uma "psicologia científica", livre da introspecção e fundada numa metodologia "materialista", que lhe garantisse a objetividade das ciências da natureza. Nessa concepção, ganha sentido a definição de aprendizagem como mudança de comportamento resultante do treino ou da experiência. Nesse conceito, a dissolução entre sujeito e conhecimento é evidente. O primeiro é, de fato, aquela tábula rasa e, por isso, a aprendizagem é identificada com condicionamento (GIUSTA, 1985 apud NEVES; DAMIANI, 2006).

Como consequência da corrente empirista, o processo ensino-aprendizagem é centrado no professor, que organiza as informações do meio externo que deverão ser internalizadas pelos alunos, sendo esses apenas receptores de informações e do seu armazenamento na memória. O modelo de ensino é fechado, acabado, livresco, no qual a noção de conhecimento consiste no acúmulo de fatos e informações isoladas, imerso em simbolismos, quadros cheios de cálculos e fórmulas ou definições a serem memorizadas sem significado real, numa concepção de memória associacionista/empirista, em que fatos são armazenados por associação e, quando necessário, recuperados. Há uma preocupação excessiva em organizar o ensino, baseando-se na ideia de que "ensinando bem" o aluno aprende. Todo o conhecimento está fora do sujeito, portanto, no professor e nos livros. O aluno é um recipiente vazio onde é necessário "despejar" o conhecimento (DARSIE, 1999 apud NEVES; DAMIANI, 2006).

O professor fala e o aluno escuta; o professor dita e o aluno copia; o professor decide o que fazer e o aluno executa; o professor ensina e o aluno aprende. Mas por que o professor age assim? Porque ele acredita que o conhecimento pode ser transmitido para o aluno. Ele acredita no mito da transmissão do conhecimento,

enquanto forma ou estrutura, não só enquanto conteúdo. Isso ocorre porque ele se baseia naquela concepção epistemológica que subjaz a sua prática, segundo a qual o indivíduo, ao nascer, nada tem em termos de conhecimento: é uma folha de papel em branco, ou, conforme já referido, uma tábula rasa. Esse é o sujeito da visão epistemológica desse professor (BECKER, 1993 apud NEVES; DAMIANI, 2006).

Quando o behaviorismo, na Psicologia, dicotomizou o homem no que é observável e no que não é, e escolheu ocupar-se do observável, ficou constatada a sua fragilidade pelo menos por três razões: por separar o que é inseparável, fragmentando a unidade indissolúvel do sujeito e do objeto; porque procedendo a tal cisão e ocupando-se apenas da ação do objeto, deixou o sujeito à mercê das especulações metafísicas; porque seu materialismo é uma forma de mecanismo, um falso materialismo, uma vez que ignora as condições históricas dos sujeitos psicológicos, tendo descartado a consciência, a subjetividade, ao invés de provar seu caráter de síntese das relações sociais (GIUSTA, 1985 apud NEVES; DAMIANI, 2006).

Esse conceito positivista de aprendizagem é inteiramente refutado, por exemplo, pela psicologia da gestalt que tem um fundamento epistemológico do tipo racionalista, ou seja, que pressupõe que todo o conhecimento é anterior à experiência, sendo fruto do exercício de estruturas racionais, pré-formadas no sujeito. Então, se a unilateralidade do positivismo consiste em desprezar a ação do sujeito sobre o objeto, a do racionalismo consiste em desprezar a ação do objeto sobre o sujeito. Ambas as posições, portanto, cindem os dois pólos do conhecimento de modo irremediável. No racionalismo (ou inatismo) é às variáveis biológicas e à situação imediata que se deve recorrer para explicar a conduta do sujeito. Essa corrente lida com o conceito de estruturas mentais, enquanto totalidades organizadas, numa extrema oposição ao atomismo behaviorista (GIUSTA, 1985 apud NEVES; DAMIANI, 2006).

Na concepção epistemológica racionalista, o professor é um auxiliar do aluno, um facilitador, pois o aluno já traz em si um saber que ele precisa, apenas, trazer à consciência, organizar, ou, ainda, recheiar de conteúdo. O professor deve interferir o mínimo possível. É no regime do *laissez-faire* ("deixa fazer") que ele encontrará o seu caminho. Esse professor acredita que o aluno aprende por si mesmo e o máximo que ele pode fazer é auxiliar a aprendizagem do aluno, despertando o conhecimento que já existe neste. A epistemologia que sustenta esse modelo pedagógico é também denominada apriorista, palavra derivada da expressão a priori, significativa "daquilo

que é posto antes", no caso em tela, a bagagem genética/hereditária. Assim, o professor, imbuído de uma epistemologia apriorista – inconsciente, na maioria das vezes – renuncia aquilo que seria a característica fundamental da ação docente: a intervenção no processo de aprendizagem do aluno (NEVES; DAMIANI, 2006).

Frequentemente, o poder exercido pelo professor, nesse modelo, assume formas mais perversas que na forma explícita do modelo anterior, pois essa mesma epistemologia que concebe o ser humano como dotado de um "saber de nascença", conceberá também, dependendo das conveniências, um ser humano desprovido da mesma capacidade. Como o fracasso é mais comum entre as camadas sociais mais desfavorecidas: os malnutridos, os pobres, os marginalizados, pode-se pensar que isso ocorre porque lhes falta bagagem genética adequada, o que é um absurdo. (BECKER, 1993 apud NEVES; DAMIANI, 2006).

Becker (1993 apud NEVES; DAMIANI, 2006), denomina uma terceira concepção epistemológica - que supera as anteriores - de interacionismo, construtivismo ou de dialética. Para esse estudioso, é possível aproximar autores como Piaget, Paulo Freire, Freud, Vygotsky, Wallon, Luria, Baktin e Freinet, porque todos eles têm um ponto em comum: a ação do sujeito, tratada frequentemente como prática ou práxis, colocada no cerne do processo de aprendizagem.

A perspectiva epistemológica do interacionismo, representada pelo pensamento de Piaget, é uma síntese do empirismo e do racionalismo. O autor põe em xeque as ideias de que o conhecimento nasce com o indivíduo ou é dado pelo meio social. Afirma que o sujeito constrói o conhecimento na interação com o meio físico e social, e essa construção vai depender tanto das condições do indivíduo como das condições do meio (DARSIE, 1999 apud NEVES; DAMIANI, 2006).

A ideia central da teoria de Piaget é a de que o conhecimento não procede nem da experiência única dos objetos, nem de uma ampla programação inata, pré-formada no sujeito, – embora sua teoria se baseie na existência de alguns elementos inatos – mas de construções sucessivas com elaborações constantes de estruturas novas, as quais são resultantes da relação sujeito x objeto, onde um dos termos não se opõe ao outro, mas se solidarizam, formando um todo único. Na pedagogia derivada dessa epistemologia interacionista, o professor acredita que o aluno só aprenderá alguma coisa, isto é, construirá algum conhecimento novo, se ele agir e problematizar a sua ação e esse processo far-se-á por reflexionamento e reflexão. Aprendizagem é, por excelência, construção: ação e tomada de consciência da coordenação das ações.

Assim, não se pode exagerar a importância da bagagem hereditária nem a importância do meio social (BECKER, 1993 apud NEVES; DAMIANI, 2006).

Logo, a concepção interacionista conduz, inevitavelmente, à superação da dicotomia transmissão x produção do saber, porque permite resgatar a unidade do conhecimento, através de uma visão da relação sujeito/objeto, em que se afirma, ao mesmo tempo, a objetividade do mundo e a subjetividade, considerada como um momento individual de internalização da objetividade e a realidade concreta da vida dos indivíduos, como fundamento para toda e qualquer investigação. Dessa maneira, chega-se à conclusão de que as práticas pedagógicas que se fundamentam na concepção interacionista de aprendizagem devem apoiar-se em duas verdades fundamentais: a de que todo conhecimento provém da prática social e a ela retorna e a de que o conhecimento é um empreendimento coletivo, não podendo ser produzido na solidão do sujeito, mesmo porque essa solidão é impossível (GIUSTA, 1985 apud NEVES; DAMIANI, 2006).

Segundo Neves e Damiani (2006), é possível, ainda, identificar uma quarta linha epistemológica nas teorias da aprendizagem, em função de sua discordância da categorização generalizada dos estudos de Lev Vygotsky como interacionistas. As autoras argumentam que, devido à natureza dialética de seu pensamento, Vygotsky não admite dois pólos distintos, mas apenas um sujeito que é social em essência, não podendo ser separado ou compreendido fora do âmbito social. O homem é sua realidade social, e sua ecologia cognitiva pode assumir diferentes características, dependendo desta.

Assim, apesar de suas ideias também se oporem ao empirismo e ao inatismo, não devem ser confundidas com o interacionismo, pois esse é um modelo epistemológico que aborda o psiquismo humano de forma biológica, ou seja, não dá conta das especificidades desse psiquismo enquanto um fenômeno histórico-social. Dessa forma, não é possível dizer que a psicologia histórico-cultural seja uma variante do interacionismo construtivista. Para Vygotsky, mais que superar os unilateralismos na análise da relação sujeito-objeto, o importante é buscar compreender as especificidades dessa relação quando sujeito e objeto são históricos e quando a relação entre eles também é histórica (DUARTE, 1999 apud NEVES; DAMIANI, 2006).

No mesmo sentido, afirmar que trazer Vygotsky para o interacionismo-construtivista seria trazer "o social" para essa corrente também não procede. Não se trata de que Piaget tenha desconsiderado a influência do meio social, mas de como

ele a considerou. Logo, o problema não está em trazer o social para o construtivismo, mas em buscar outro modelo epistemológico, diferente do modelo biológico que está na base do interacionismo. Uma leitura atenta de Vygotsky demonstra que a sua concepção de social não incluía apenas a interação entre pessoas. Para ele, essa interação entre subjetividades era sempre historicamente situada, mediatizada por ferramentas sociais – desde os objetos até os conhecimentos historicamente produzidos, acumulados e transmitidos (DUARTE, 1999 apud NEVES; DAMIANI, 2006).

Defendendo que a Teoria Sócio-Histórica de Lev Vygotsky se consubstancia como mais uma corrente epistemológica nas teorias de ensino-aprendizagem, Neves & Damiani (2006), apontam que o "professor vygotksyano", é aquele que, detendo mais experiência, funciona intervindo e mediando a relação do aluno com o conhecimento. Ele está sempre, em seu esforço pedagógico, procurando criar Zonas de Desenvolvimento Proximal (ZDP), isto é, atuando como elemento de intervenção, de ajuda. Na ZDP, o professor atua de forma explícita, interferindo no desenvolvimento dos alunos, provocando avanços que não ocorreriam espontaneamente. Vygotsky, dessa forma, resgata a importância da escola e do papel do professor como agentes indispensáveis do processo de ensino- aprendizagem (FREITAS, 2000 apud NEVES; DAMIANI, 2006).

Mais recentemente, o psicólogo e pesquisador David Ausubel propôs a Teoria da Aprendizagem Significativa, na qual afirma que um sujeito consegue aprender significativamente determinado conteúdo, no momento em que consegue incorporar e agregar novas informações àquelas que já estavam presentes em sua estrutura cognitiva, as quais o autor denomina "subsunçores". Assim, para que haja aprendizagem significativa, são necessárias duas condições: disposição para aprender e que o conteúdo exposto seja significativo para o aprendiz. Nesse processo, no qual os conceitos se tornam mais abrangentes, a interação entre o novo conhecimento e o previamente adquirido faz com que ambos se modifiquem e se tornem mais consistentes para o indivíduo (MELLO; ALVES; LEMOS, 2014).

A concepção de ensino e aprendizagem de Ausubel segue na linha oposta à dos behavioristas. Para ele, aprender significativamente é ampliar e reconfigurar ideias já existentes na estrutura mental e com isso ser capaz de relacionar e acessar novos conteúdos. A teoria de Ausubel leva em conta a história do sujeito e ressalta o papel dos docentes na proposição de situações que favoreçam a aprendizagem. Ao

analisar as interações entre professor, aluno e conhecimento, Ausubel definiu também a aprendizagem mecânica. Nela, os conteúdos ficam soltos ou ligados à estrutura mental de forma fraca. São memorizadas frases como as ditas em sala de aula ou lidas no livro didático. Essas duas formas de conhecer (mecânica e significativa), entretanto, não são antagônicas. Ambas fazem parte de um processo contínuo. Há ocasiões em que é preciso memorizar algumas informações que são armazenadas de forma aleatória, sem se relacionar com outras ideias existentes. No entanto, o processo de aprendizagem não pode parar aí (LEMOS, 2006).

Caracterizando-se como um processo de construção pessoal de significados, a aprendizagem significativa, tem um caráter idiossincrático que determinará o modo como o indivíduo se relacionará com o meio ou seu modo de sentir, de pensar e de agir. Dessa maneira, a aprendizagem significativa de um determinado *corpus* de conhecimento corresponde à construção mental de significados por que implica uma ação pessoal – e intencional – de relacionar a nova informação percebida com os significados já existentes na estrutura cognitiva. Quanto mais estável e organizada for a estrutura cognitiva do indivíduo, maior a sua possibilidade de perceber novas informações, realizar novas aprendizagens e de agir com autonomia na sua realidade (LEMOS, 2006).

A compreensão do significado de aprendizagem significativa, conforme proposto por Ausubel, nos apontam algumas questões que influenciam diretamente o processo de ensino e de aprendizagem. A primeira delas refere-se à importância do conhecimento para o sujeito, visto que é ele que determinará o modo como o indivíduo irá agir na sua realidade. A segunda é a intencionalidade do aluno para aprender de forma significativa, ou seja, é o aluno que deverá relacionar de forma substantiva e não arbitrária a nova informação com as ideias relevantes que já existem na sua estrutura cognitiva. Estas condições evidenciam que o processo de ensino e de aprendizagem implica corresponsabilidade do professor e do aluno. O professor deve estar subsidiado teoricamente para construir, considerando o que o aluno já sabe e a natureza do conhecimento a ser ensinado, um material de ensino potencialmente significativo e o aluno, por sua vez, deve buscar ativamente captar os significados ensinados, interpretá-los e relacioná-los (LEMOS, 2006).

Tendo conhecido as premissas das principais teorias de aprendizagem reconhecidas, convém contextualizarmos porque as concepções construtivistas têm sido amplamente defendidas como mais adequadas para um novo modelo de

formação médica e como têm sido pedagogicamente operacionalizadas. Nesse sentido, é indispensável a reflexão sobre o papel do professor e sua prática no contexto educacional atual.

Segundo Luckesi (1999), a pedagogia tradicional centra os procedimentos de ensino na exposição dos conhecimentos pelo professor; geralmente, exposição oral. A proposta metodológica da pedagogia tradicional é dirigir o educando para a sua formação intelectual e moral, tendo em vista, no futuro, assumir a sua posição individual na sociedade, de acordo com os ditames dessa sociedade. Para traduzir essa perspectiva metodológica, o direcionamento autoritário da formação do educando é fundamental e os procedimentos de exposição oral dos conteúdos e a exortação moral são os meios disponíveis mais eficientes para cumprir tais ditames.

O grande trabalho do professor, na pedagogia tradicional, se concentra na exposição, a mais clara e precisa possível, a respeito do objeto de estudo, onde procura trazer para os alunos os elementos mais importantes para a compreensão do mesmo, recuperando o conhecimento acumulado pela humanidade. Entende-se, dessa forma, que o ensino quando centrado na exposição do conteúdo pelo professor, tendo este como ator principal no ensino-aprendizagem e o estudante como receptáculo do conhecimento acumulado historicamente pela humanidade, de forma igual para todos, é fundamentado na abordagem tradicional de educação (VASCONCELLOS, 1992).

Segundo Fonseca Junior (2009), o formador do futuro tem o dever de preparar os estudantes para pensar, para aprender a serem flexíveis, ou seja, para serem aptos a sobreviver na nossa “aldeia de informação acelerada”. Para Perrenoud (2000), ter competência para desempenhar o papel de professor significa ter uma prática compatível com os eixos de renovação do ensino: (1) individualizar e diversificar os percursos de formação, (2) introduzir ciclos de aprendizagem, (3) diferenciar a pedagogia, (4) direcionar-se para uma avaliação mais formativa do que normativa, (5) conduzir projetos de estabelecimento, (6) desenvolver o trabalho em equipe docente e responsabilizar-se coletivamente pelos alunos, (7) recorrer aos métodos ativos, aos procedimentos de projeto e ao trabalho por problemas abertos ou por situações-problema, (8) desenvolver as competências e a transferência de conhecimentos e (9) educar para a cidadania.

Nesse contexto, em que o papel do docente vem sendo ressignificado à luz das teorias de aprendizagem, as chamadas “metodologias ativas” têm sido consideradas

tecnologias educacionais pertinentes para incitar situações de ensino-aprendizagem nas quais o discente assume o papel de instituidor/construtor de seu conhecimento - e não somente receptor de informações – sendo, a cada dia, sua utilização mais estimulada no âmbito acadêmico (MELLO; ALVES; LEMOS, 2014).

Essas técnicas devem produzir uma relação dialógica entre professores, estudantes e o conhecimento. Tomando como ponto de partida o conhecimento prévio dos educandos, o conteúdo apresentado pelo professor é questionado e reelaborado a partir do confronto com a realidade conhecida. Os estudantes problematizam e, juntamente com o professor, pesquisam para construir uma compreensão crítica do mundo que os cerca. Assim o estudante assume o centro da aula e passa a dividir com o professor a responsabilidade pela construção do seu conhecimento. Essa perspectiva permitiria a formação de indivíduos indagadores, críticos, autônomos e capazes de pensar e viabilizar soluções para os problemas de seu cotidiano (LOPES, 2000).

Antes, porém, de nos aprofundarmos nas metodologias ativas e sua operacionalização no campo da formação de profissionais médicos, cabe aqui uma breve ressalva sobre o conceito de tecnologia com o qual estamos trabalhando. Consideramos a tecnologia como um corpo sólido de conhecimentos que vai muito além de servir como uma simples aplicação de conceitos e teorias científicas, ou do manejo e reconhecimento de modernos artefatos. O conhecimento tecnológico tem uma estrutura bastante ampla e, apesar de formal, a tecnologia não é uma disciplina como qualquer outra que conhecemos, nem tampouco pode ser estruturada da mesma forma. Não é algo que pode ser facilmente compilado e categorizado da mesma forma como o conhecimento científico. A tecnologia poderia ser apresentada como uma disciplina, mas é sabido que é mais bem qualificada como uma forma de conhecimento, e por isso adquire formas e elementos específicos da atividade humana. Dessa forma podemos dizer que o caráter da tecnologia pode ser definido pelo seu uso (VERASZTO et al., 2009).

A tecnologia utiliza métodos sistemáticos de investigação semelhantes aos da ciência, porém não se limita a tomar emprestadas as ideias para dar resposta a determinadas necessidades humanas, mas vai além disso, combinando teoria com produção e eficácia. Os conceitos das ciências são utilizados na tecnologia, porém, depois que já se tenha reduzido o nível de abstração de conceitos individuais. Os conceitos das distintas áreas da ciência combinam-se entre si para cobrir as

necessidades dos problemas que solucionam a tecnologia, e redefinem os conceitos individuais para tratar os contextos da mesma. Não obstante, da mesma maneira em que a tecnologia utiliza elementos das ciências, as ciências também se beneficiam das concepções e criações tecnológicas. (VERASZTO et al., 2009).

Ainda há que se considerar que a tecnologia é concebida em função de novas demandas e exigências sociais e acaba modificando todo um conjunto de costumes e valores e, por fim, agrega-se à cultura. E, apesar de fazer parte dos artefatos e dos produtos que nos cercam, a tecnologia é o conhecimento que está por trás desse artefato, não apenas o resultado e o produto, mas a concepção e a criação (SILVA et al., 2000 apud VERASZTO et al., 2009).

Isso envolve muito mais elementos socioculturais do que se possa imaginar. O que diferencia substancialmente a espécie humana do restante dos seres vivos é a sua capacidade para criar esquemas de ação sistemáticos e representacionais, aperfeiçoá-los, ensiná-los, aprendê-los e transferi-los para grupos distantes no espaço e no tempo, com o objetivo de avaliar os fatores prós e os contras, para assim poder tomar decisões de conveniência que irão apontar qual direção se deve seguir. E isso não se aplica somente à capacidade de desenvolver utensílios, aparelhos, ferramentas, etc., mas também a capacidade de desenvolver as tecnologias simbólicas, como a linguagem, a escrita e os mais diferentes sistemas de representação e de pensamento. Neste sentido podemos dizer que a tecnologia é uma produção basicamente humana (SANCHO, 1998 apud VERASZTO et al., 2009).

Cada sociedade cria, recria, pensa, repensa, deseja e age sobre o mundo através da tecnologia e de outros sistemas simbólicos. A tecnologia é impensável sem admitir a relação entre o homem e a sociedade. O desenvolvimento de novas tecnologias, sejam elas produtos, artefatos ou sistemas de informação e comunicação, constitui um dos fatores-chave para compreender e explicar todas as transformações que se processam em nossa sociedade (LION, 1997 apud VERASZTO et al., 2009).

Nesse sentido, a tecnologia abrange não somente os produtos artificiais fabricados pela humanidade - assim como os processos de produção, envolvendo máquinas e recursos necessários em um sistema sócio técnico de fabricação. Mas também, engloba as metodologias, as competências, as capacidades e os conhecimentos necessários para realizar tarefas produtivas, além é claro, do próprio

uso dos produtos colocados dentro do contexto sociocultural (ACEVEDO DÍAZ, 1996 apud VERASZTO et al., 2009).

O conhecimento tecnológico é o conhecimento de como fazer, saber fazer e improvisar soluções, e não apenas um conhecimento generalizado embasado cientificamente. Para a tecnologia é preciso conhecer aquilo que é necessário para solucionar problemas práticos (saber fazer para quê), e assim, desenvolver artefatos que serão usados, mas sem deixar de lado todo o aspecto sociocultural em que o problema está inserido (LAYTON, 1988 apud VERASZTO et al., 2009).

Dessa forma, a terminologia “tecnologias educacionais construtivistas” com a qual trabalhamos, diz respeito ao conjunto de metodologias, competências, capacidades e conhecimentos utilizados sistematicamente por docentes num contexto educacional que tem por premissa a aprendizagem baseada nas teorias construtivistas (interacionista, sócio histórica ou significativa).

Dentre as principais tecnologias educacionais construtivistas, a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) é, sem dúvida, uma das mais referenciadas, especialmente no contexto da formação em saúde, tendo influenciado muitos dos projetos político-pedagógicos das instituições de ensino superior. A ABP configura-se como um método de ensino-aprendizagem criado na década de sessenta, na Universidade McMaster, no Canadá e que visa aproximar o aluno de graduação à prática profissional que irá exercer. Além disso, essa metodologia tem demonstrado ser uma abordagem instrucional capaz de promover a construção de conhecimentos pelo próprio sujeito e ainda, determinar que o estudante adquira habilidades críticas e analíticas, além de atitudes profissionais almejavéis (MELLO; ALVES; LEMOS, 2014).

Diante dessa prerrogativa, os cursos de graduação da área da saúde têm inserido a ABP como estratégia de ensino nos currículos, a fim de capacitar o futuro profissional a criar, implementar, exercer e avaliar ações em saúde, em detrimento do método de ensino tradicional, que consiste basicamente, na transmissão mecânica de informações (MELLO; ALVES; LEMOS, 2014). Numa revisão sistemática sobre o uso da ABP em instituições de ensino de graduação na área da saúde, Mello, Alves e Lemos (2014) encontraram que 86,6% dos estudos verificados mostram a eficácia no que se refere à aplicação de tal tecnologia, contribuindo efetivamente para capacitar o futuro profissional a criar, implementar, exercer e avaliar ações em saúde. Vale ressaltar, que todos os estudos não utilizaram somente diferentes estratégias de ensino, mas também empregaram o ensino convencional.

A metodologia da problematização, cuja primeira referência é o Método do Arco de Charles Maguerez, do qual se conhece bem o esquema apresentado por Bordenave e Pereira em 1982, é outra tecnologia educacional construtivista bastante utilizada no contexto da segunda geração de reformas. Nesse esquema constam cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade ou um recorte da realidade: Observação da Realidade; Pontos-Chave; Teorização; Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade (BERBEL, 1998).

Sua utilização tem sido defendida em situações educacionais em que os temas estejam relacionados com a vida em sociedade, com o sentido especial de levar os alunos a exercitarem a cadeia dialética de ação-reflexão-ação, ou dito de outra maneira, a relação prática-teoria-prática, tendo como ponto de partida e de chegada do processo de ensino e aprendizagem, a realidade social. Em síntese, a metodologia da Problematização tem uma orientação geral como todo método, caminhando por etapas distintas e encadeadas a partir de um problema detectado na realidade (BERBEL, 1998).

Constitui-se uma verdadeira TEC, entendida como um conjunto de métodos, técnicas, procedimentos ou atividades intencionalmente selecionados e organizados em cada etapa, de acordo com a natureza do problema em estudo e as condições gerais dos participantes. Volta-se para a realização do propósito maior que é preparar o estudante/ser humano para tomar consciência de seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo, sempre para melhor, para um mundo e uma sociedade que permitam uma vida mais digna para o próprio homem (BERBEL, 1998).

Uma tecnologia educacional construtivista mais recentemente desenvolvida no contexto da formação de profissionais de saúde do Brasil, é a chamada “Espiral Construtivista” (EC). Trata-se de uma metodologia problematizadora, concebida a partir de experiências desenvolvidas pela sua autora como docente, em currículos que utilizavam tecnologias educacionais ativas. A primeira formulação foi intuitiva e originada na interpretação dos achados de uma pesquisa realizada sobre ABP num currículo de Medicina. A partir de uma concepção construtivista da educação e do princípio da globalização, a autora agregou elementos de metodologias problematizadoras (ABP e Problematização), da dialogia, da aprendizagem significativa e da metodologia científica para compor os fundamentos teóricos dessa metodologia. A mesma vem sendo utilizada, desde 2006, no currículo médico de uma universidade federal e em diversas iniciativas de pós-graduação (LIMA, 2017).

No que tange ao papel do professor na aplicação da espiral construtivista, este deve atuar de maneira problematizadora, mediando a aprendizagem. O foco deve ser colocado no desenvolvimento de capacidades críticas e reflexivas pelos educandos. Esse desenvolvimento é potencializado: pelo uso de situações contextualizadas como disparadoras da aprendizagem; pelo confronto entre saberes prévios e evidências científicas; e pela abordagem problematizadora, considerando compreensão da metodologia, criticidade, disponibilidade para o diálogo e respeito à diversidade. A autora do método considera que a atuação do professor é o principal fator crítico de sucesso na sua utilização, devendo este zelar por um ambiente aberto e respeitoso em relação às diferenças e por uma atitude comprometida com a construção ética e científica de saberes (LIMA, 2017).

Convém ressaltar que essas três tecnologias educacionais problematizadoras acima descritas são indicadas para trabalhos em pequenos grupos tutoriais. Entretanto, a literatura também traz um grande número de tecnologias educacionais que podem ser utilizadas em turmas numerosas. Nessa perspectiva, a Universidade de Boston menciona uma série estratégias educacionais que promovem a participação ativa dos alunos nos processos de construção do conhecimento. Tais estratégias podem ser mais ou menos estruturadas, incluindo desde atividades práticas, redação breve e tarefas de discussão, até tarefas de resolução de problemas, coleta e síntese de informações, geração de perguntas e atividades baseadas em reflexão. Juntas, essas abordagens buscam engajar as habilidades de pensamento de ordem superior dos aprendizes através da produção e articulação de conhecimento, em oposição à transmissão passiva de fatos e ideias (MALTA JÚNIOR.; TORREÃO, 2019).

Dentre as principais estratégias ativas de aprendizagem para grandes turmas, destacam-se (MALTA JÚNIOR.; TORREÃO, 2019):

- a) Pausa para fixação - técnica simples que estimula a “escuta ativa” ao longo de uma palestra, particularmente depois de o docente declarar um ponto importante ou definir um conceito-chave. É recomendado que o docente pare de apresentar e permita que os alunos pensem na informação. Depois de esperar, o docente deve perguntar se alguém precisa esclarecer alguma coisa;
- b) Atividades de escrita, como o “Papel-minuto” - Nesta técnica, em um ponto apropriado de uma palestra, o docente solicita aos alunos que tirem

uma folha de papel em branco. Em seguida, informa o tópico ou pergunta que deseja que os alunos abordem;

- c) Autoavaliação - Técnica em que os alunos recebem um questionário (geralmente não classificado) ou uma lista de ideias para determinar sua compreensão do assunto. Inventários de conceitos ou ferramentas similares podem ser usados no início de um semestre ou no capítulo para ajudar os alunos a identificar equívocos;
- d) Discussão em grupos - técnica em que os alunos discutem um tópico em aula com base em uma leitura, um vídeo ou um problema. O instrutor pode preparar uma lista de perguntas para facilitar a discussão;
- e) Pense-divida-compartilhe (Think-Pair-Share) - técnica em que o docente solicita aos alunos que trabalhem individualmente em um problema ou reflitam sobre um trecho de um texto, no sentido de construir uma resposta para o que está proposto. Os alunos então comparam suas respostas com um parceiro e sintetizam uma solução conjunta para compartilhar com a turma inteira;
- f) Grupos cooperativos em sala de aula (grupos informais, grupos de tríades, etc.) - técnica em que o docente faz uma pergunta para cada grupo cooperativo enquanto circula pela sala respondendo perguntas, fazendo outras perguntas e mantendo os grupos na tarefa. Depois de dar tempo à discussão em grupo, o docente solicita que compartilhem seus pontos de discussão com o restante da turma;
- g) Revisão por pares (Peer Review) - Nesta técnica, os alunos são convidados a preencher um trabalho de casa individual ou um pequeno artigo. No dia em que a tarefa é cobrada, os alunos enviam uma cópia para o instrutor para ser avaliado e uma cópia para o parceiro. Cada aluno, em seguida, leva o trabalho de seu parceiro e, dependendo da natureza da tarefa, dá feedback crítico e corrige erros;
- h) Avaliações em grupo - Semelhante à técnica de revisão por pares, os alunos podem avaliar apresentações ou documentos em grupo para julgar a qualidade do conteúdo e a entrega de informações;
- i) Brainstorming - Nesta técnica, o docente apresenta um tópico ou problema e depois solicita a entrada dos alunos. Os alunos, então, têm

um minuto para escrever suas ideias e, em seguida, registrá-las no quadro;

- j) Estudos de caso - Técnica em que o docente utiliza histórias da vida real que descrevem o que aconteceu com uma comunidade, família, escola, indústria ou indivíduo para solicitar que os alunos integrem seus conhecimentos em sala de aula com seu conhecimento de situações, ações e consequências do mundo real;
- k) Tecnologia prática - Técnica em que os alunos usam a tecnologia, como programas de simulação, para obter uma compreensão mais profunda dos conceitos do curso;
- l) Palestra Interativa - Nesta técnica, o instrutor interrompe a palestra pelo menos uma vez por aula para uma atividade que permite que todos os alunos trabalhem diretamente com o conteúdo;
- m) Sessões de Revisão Ativa - Técnica em que o instrutor faz perguntas e os alunos trabalham nelas em grupos ou individualmente. Os alunos são convidados a mostrar suas respostas para a classe e discutir as diferenças;
- n) Role Playing - Nesta técnica, os alunos são convidados a 'representar' uma parte ou uma posição para ter uma ideia melhor dos conceitos e teorias que estão sendo discutidos. Os exercícios de interpretação de papéis podem variar do simples ao complexo;
- o) Discussão de Jigsaw - Nesta técnica, um tópico geral é dividido em partes menores e inter-relacionadas. Cada membro de uma equipe é designado para ler e se tornar um especialista em um tópico diferente. Depois que cada pessoa se torna especialista em sua parte, eles ensinam os outros membros da equipe sobre a mesma. Finalmente, depois que cada pessoa terminou de ensinar, as partes são conectadas e todos na equipe sabem algo importante sobre cada parte do tema;
- p) Aprendizagem Investigativa - Técnica em que os alunos usam um processo investigativo para descobrir conceitos por si mesmos. Depois que o instrutor identifica uma ideia ou conceito para o domínio, uma questão é colocada que pede aos alunos que façam observações, levantem hipóteses e especulem sobre conclusões. Em seguida, os

alunos compartilham seus pensamentos e vinculam a atividade à ideia / conceito principal;

- q) Teatro - Técnica em que se utiliza das artes cênicas para descrever uma situação e depois solicitar aos alunos que participaram da construção do esboço para representarem;
- r) Aprendizagem experiencial - técnica em que o docente planeja visitas a um local que permitam aos alunos ver e experimentar aplicações de teorias e conceitos discutidos nas aulas;
- s) Philips 66 - técnica criada e disseminada por Donald Phillips, professor da Universidade de Michigan no início da década de 1960. Esse autor percebeu que em várias situações de sala de aula apenas alguns alunos participavam e havia um mau uso do tempo. Sendo assim, Phillips pensou em uma técnica que permitisse a participação de todos dentro de um tempo mínimo. Em vez de uma discussão controlada por minorias que oferece contribuições voluntárias, enquanto o tempo permite, a técnica fornece tempo para que todos participem, proporcionando uma discussão através de questão específica cuidadosamente elaborada e permite uma síntese do pensamento de cada pequeno grupo, posteriormente compartilhado com todos. Há então um componente cooperativo presente junto com o caráter democrático;
- t) Seminários - é uma metodologia criativa cujas características proporcionam uma relação dialógica que favorece a criação de espaços para dúvidas, perguntas e problematização. Nessa prática, o aluno é sujeito ativo da aprendizagem diante de uma relação teórico-prática que o leva ao encontro de uma conscientização e domínio da temática proposta. A técnica de aprendizagem designada por seminários desenvolve não apenas a capacidade de pesquisa científica, de análise sistemática de fatos, mas também o hábito do raciocínio e da reflexão, o que possibilita ao discente a elaboração clara e objetiva de trabalhos científicos;
- u) Aprendizagem baseada em Projetos - técnica que envolve estudantes que projetam, desenvolvem e constroem soluções práticas para um problema. O valor educacional dessa técnica é que ela visa aumentar a capacidade criativa dos alunos para lidar com problemas difíceis ou mal estruturados;

- v) Sala de aula invertida - Para melhor compreender esta técnica, faz-se necessário perceber que, no ensino tradicional, a sala de aula serve para o professor transmitir informação para o aluno que, após a aula, deve estudar o material que foi transmitido e realizar alguma atividade de avaliação para mostrar que esse material foi assimilado. Na abordagem da chamada "sala de aula invertida", o aluno estuda antes da aula e a aula se torna o lugar de aprendizagem ativa, onde há perguntas, discussões e atividades práticas;
- w) Aprendizagem baseada em equipes - O Team Based Learning (TBL) é uma estratégia instrucional ativa, centrada no aluno, segura e indutora de construção de responsabilidades por parte dos alunos no que diz respeito à sua aprendizagem e a dos colegas. Para os profissionais da saúde há poucas competências mais importantes do que dominar que aprender a trabalhar de maneira colaborativa, algo que o TBL estimula bastante;

Os benefícios das tecnologias educacionais construtivistas para o alcance das mudanças desejadas no perfil de formação na saúde têm sido amplamente descritos. Paiva et al. (2016), em uma revisão integrativa da literatura sobre as metodologias ativas de aprendizagem, afirmam que podem ser identificados ao menos 6 benefícios principais na sua utilização: rompimento com o modelo tradicional; desenvolvimento da autonomia do aluno; exercício do trabalho em equipe; integração entre teoria e prática; desenvolvimento de visão crítica da realidade; e uso de avaliação formativa.

A ruptura com o modelo de ensino tradicional foi apresentada como ponto positivo, configurando alternativa para a superação do modelo tradicional e a abertura da possibilidade de novas práticas e significados no processo de ensino-aprendizagem. Já o desenvolvimento da autonomia dos alunos é compreendido como questão central no processo de aprendizagem por meio das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, compreendendo a autonomia em seu sentido mais amplo, servindo à libertação, se funda na criatividade, e estimula a reflexão e a ação verdadeira dos homens sobre a realidade, responde à sua vocação, como seres que não podem autenticar-se fora da busca e da transformação criadora (PAIVA et al., 2016).

O trabalho em equipe seria reconhecido como importante benefício a partir da constatação de que o trabalho em saúde requer a articulação com outros profissionais

em uma equipe, o que é extremamente rico por propiciar o levantamento de diferentes olhares sobre um mesmo fenômeno, passando a compreender a importância da interdisciplinaridade. Isso significa que, durante a formação, o estudante já teria a chance de aprender como se relacionar de acordo com o que é exigido no âmbito profissional. Por sua vez, a integração entre teoria e prática fomentada por meio das metodologias ativas lança um novo horizonte de possibilidade de formação, que se faz mais sólida e coerente e efetiva o que se conhece por aprendizagem significativa. A relação com a realidade facilita a fixação dos conteúdos, uma vez que ganham significado e força, o que promove o desenvolvimento do pensamento crítico (PAIVA et al., 2016).

Assim, várias foram as experiências conduzidas por instituições de ensino superior ancoradas em metodologias construtivistas que visavam um perfil de formação médica mais integrado com os problemas da realidade. Currículos estruturados no ABP introduziram o estudo de situações-problema como núcleo do ensino da Medicina, como foi o caso, por exemplo, das iniciativas desbravadoras das Faculdades de Medicina de Marília (FAMEMA) e de Londrina (UEL), as quais inspiraram outras inúmeras instituições de ensino em todo o país a vivenciarem essa experiência. Já a escola de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em sua reforma curricular de 2003, optou por um modelo curricular com estrutura modular, sob eixo didático-pedagógico de orientação construtivista, integrando o ciclo básico ao profissionalizante. (ADLER; GALLIAN, 2018).

Em busca de novos caminhos para o ensino médico, a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) inaugurou em 2006 sua graduação, cujo Projeto Político Pedagógico (PPP) fundamentou-se em três pressupostos: currículo orientado por competência, abordagem educacional construtivista e integração teoria-prática voltada para o SUS. O PPP do curso de Medicina da UFSCar propôs mudanças de paradigmas estabelecidos, como: a extinção de aulas expositivas e a formação profissional por competências sob uma visão ampliada, humanizada, ética, social e articulada com equipes interdisciplinares. Também propôs mudanças na concepção de cuidado em saúde, com o paciente no centro das ações. A integralidade do cuidado foi definida como eixo central das atividades curriculares, visando a uma formação generalista, com foco na prevenção e promoção à saúde e participação ativa na gestão, com enfoque no SUS (ADLER; GALLIAN, 2018).

A abordagem educacional construtivista foi escolhida como norteadora do currículo, estimulando o estudante a aprender a aprender. Esse currículo colocou o aluno no papel central do conhecimento por meio de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, no caso, as Situações Problema e as Estações de Simulação da Prática Profissional. O estudo de situações clínicas hipotéticas, apresentadas em papel (Situações Problema), cujo eixo teórico metodológico fundamenta-se no ABP, permitiu uma aprendizagem cognitiva em espiral. A metodologia pediu uma aprendizagem crítico-reflexiva e responsabilizou os estudantes frente à elaboração individual e coletiva do saber, com o docente no papel de facilitador, provocando inseguranças frente ao aprendizado. Em contrapartida, tais atividades possibilitaram a aprendizagem integrada de dimensões biológica, psicológica e social (ADLER; GALLIAN, 2018).

Para a aprendizagem no SUS, a UFSCar fez uma parceria com o Poder Municipal, que se responsabilizou por fornecer os recursos estruturais, materiais e humanos, cujos cenários necessitavam de grandes investimentos e era integrado por equipes que tinham dificuldades para desenvolver a assistência integrada. A preceptoría era um dos pilares de sustentação do PPP, com o preceptor estando junto aos estudantes na maior parte do tempo. A Prefeitura fez melhoramentos nas Unidades de Saúde, com boa repercussão para o aprendizado (ADLER; GALLIAN, 2018).

Esse relato do caso da UFSCar já aponta para as perspectivas sinalizadas na terceira geração de reformas, com a valorização da integração dos sistemas de educação e de saúde e a centralidade das competências como eixo norteador do processo formativo, sem que se dispense a utilização de tecnologias educacionais construtivistas.

O debate da formação por competências na medicina e no âmbito do SUS é contemporâneo e convergente com as necessidades de reorientação da formação médica. A concepção dialógica de competência trabalha com o desenvolvimento de capacidades ou atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos) que, combinados, conformam distintas maneiras de realizar, com sucesso, as ações essenciais e características de uma determinada prática profissional. Assim, diferentes combinações podem responder aos padrões de excelência que regem essa prática profissional, permitindo que as pessoas desenvolvam um estilo próprio, adequado e eficaz para enfrentar situações profissionais familiares ou não familiares. Essa

abordagem, considerada holística, precisa ser construída no diálogo entre a formação e o mundo do trabalho, na qual as práticas profissionais são desenvolvidas (LIMA, 2005).

A competência não é algo que se possa observar diretamente, mas pode ser inferida pelo desempenho. Numa determinada profissão, agrupamentos de desempenhos de natureza afim conformam áreas de competência complementares. Neste sentido, o conceito de competência profissional é empregado no singular, pois retrata a síntese de conjuntos de desempenhos (capacidades em ação) agrupados em áreas de competência que conformam o campo da prática profissional, segundo contexto e padrões de excelência. É importante ressaltar que, na perspectiva construtivista, o conceito de desempenho não se restringe a uma série de tarefas discretas, definidas de modo tecnicado e avaliadas por uma abordagem descontextualizada e fragmentada. Um enfoque de competência centrado nesta abordagem reduzida de desempenho implica a subestimação do desenvolvimento e da avaliação das capacidades que subjazem e fundamentam os desempenhos, centrando a aprendizagem e sua certificação na verificação do cumprimento de tarefas (LIMA, 2005).

Epstein e Hundert (2002 apud GONTIJO et al., 2013) conceituam competência médica de modo abrangente como: uso habitual e judicioso de habilidades de comunicação, conhecimento, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores e reflexão sobre a prática diária para o benefício do indivíduo e da comunidade que está sendo atendida. Tal complexidade conceitual aponta para a profundidade do desafio que significa a formação de médicos no contexto atual e em sintonia com as perspectivas da terceira geração de reformas.

Formar médicos em sintonia com os conhecimentos e necessidades contemporâneas, portanto, exige que os formadores explicitem suas intencionalidades, reflitam acerca das mediações pedagógicas utilizadas e utilizem instrumentos de avaliação das aprendizagens desejadas. No contexto globalizado da medicina, as competências se universalizam, e, respeitando as características de cada sociedade, o que se espera é que o médico tenha competência e profissionalismo para o atendimento adequado ao paciente e o convívio harmônico com a equipe de saúde e com os membros da comunidade social (GONTIJO et al., 2013).

Nesse contexto, Premack e Premack (2000 apud GONTIJO et al., 2013) afirmam que, para ensinar efetivamente, o indivíduo tem que entender o que o outro vê, sabe, quer e está tentando alcançar. Em outras palavras, o ensino efetivo demanda que o professor conheça aqueles a quem pretende ensinar. Para além das mudanças que ocorrem no professor para ensinar, o estudante, na condição ativa de aprendiz, também participa de um modo particular das interações que ocorrem nos diversos cenários de prática. Nesse sentido, ensinar demanda compartilhar caminhos no enfrentamento de problemas. Exige intencionalidade, entendida como o conjunto de objetivos, metas e intenções que orienta a realização da atividade concebida para promover a aprendizagem, e não apenas a transmissão de conceitos.

Os conceitos científicos fazem parte das teorias formais, construídas historicamente pela cultura e não individualmente. O ensino dos conceitos e teorias deve ser desenvolvido em sala de aula por meio de intervenções não espontâneas, levando-se em consideração a experiência cultural dos estudantes, que se revela por meio dos seus conhecimentos prévios. É o ensino que potencializa o desenvolvimento dos sujeitos. Por consequência, ele precisa ser intencionalmente planejado e compartilhado, por meio de ricas e intensas interações, para que os sentidos em circulação possam ser apreciados no plano social da sala de aula e compreendidos por todos (GONTIJO et al., 2013).

A aprendizagem de conceitos científicos requer processo longo de construções e desenvolvimento genuinamente diferentes do ensino por meio de definições. O conceito não é algo isolado, mas, essencialmente, relacional e estruturado. As ferramentas mobilizadas para pensar cientificamente são essencialmente conceituais. Vygotsky ensina que o ensino direto de conceitos é impossível e infrutífero. Um professor que tenta fazer isso geralmente não obtém qualquer resultado, exceto o verbalismo vazio (GONTIJO et al., 2013).

Bakhtin (2003 apud GONTIJO et al., 2013), por meio da sua teoria da enunciação, nos ajuda a concluir que os conceitos não são transparentes, não podem ser apropriados por consultas a glossários, nem traduzíveis por meio de definições. A compreensão, para esse autor, é uma atitude ativa e responsiva dos sujeitos por meio de discursos. Na medida em que os conceitos são estruturas poderosas e relacionadas de modo hierárquico, quanto mais povoamos os discursos de palavras alheias aos estudantes, mais vazios vão se tornando.

Desta forma, podemos perceber que, em relação ao ensinar e aprender no contexto contemporâneo, é preciso, dentre outros atributos: conectar-se com o concreto, com a realidade e desenvolver a capacidade de intervir no mundo; respeitar os saberes e a autonomia dos educandos; estimular a crítica; ter bom-senso, humildade, tolerância e querer bem aos educandos; é preciso tornar real o discurso da integralidade da atenção, logo, vivenciá-lo na relação pedagógica (PILATTI et al., 2017).

Entende-se que a relação pedagógica que possui essas características, estará proporcionando a vivência da integralidade e não somente a transmissão de conhecimentos a respeito da temática. Percebe-se, então, que ensinar é um processo que precisa ter uma perspectiva transformadora, crítica, baseada no diálogo e amorosidade. O cuidado como valor e bem comum não é algo dado, é algo a ser construído em uma relação democrática, sem uso de poder e autoridade de saber técnico. Configura-se, assim, em um processo político na produção de subjetividades de sujeitos implicados com a saúde como direito (PILATTI et al., 2017).

Nesse sentido, percebe-se ainda mais claramente a complexidade do desafio educacional posto para a consolidação de uma nova proposta de formação médica centrada no desenvolvimento de competências, que perpassa por alterações curriculares e pedagógicas, mudanças de paradigma nos papéis de estudantes e professores, mas também por uma integração legítima dos sistemas de educação e saúde. Segundo Lima (2005), a orientação dos currículos por competência, na área da saúde, implica a inserção dos estudantes, desde o início do curso, em cenários da prática profissional com a realização de atividades educacionais que promovam o desenvolvimento dos desempenhos (capacidades em ação), segundo contexto e critérios. Nesse sentido, cabe ressaltar como aspectos de progressão do estudante o desenvolvimento crescente de autonomia e domínio em relação às áreas de competência. Essa inserção pressupõe uma estreita parceria entre a academia e os serviços de saúde, uma vez que é pela reflexão e teorização a partir de situações da prática que se estabelece o processo de ensino-aprendizagem.

A organização curricular passa a focalizar o desenvolvimento das áreas de competência com a integração e exploração dos conteúdos a partir de situações-problema reais ou simulados da prática profissional. Essas situações representam estímulos para o desencadeamento do processo ensino-aprendizagem. Nas situações reais, sob supervisão, a responsabilização e o vínculo desenvolvidos pelos

estudantes com pacientes, com as equipes de saúde e com a própria organização e avaliação dos serviços prestados também são considerados elementos constitutivos da competência (LIMA, 2005).

Embora a parceria academia-serviço seja historicamente utilizada na realização de estágios em todas as carreiras da área da saúde, geralmente os profissionais dos serviços ficam responsáveis pela supervisão do desempenho dos estudantes e os docentes pela teorização e supervisão geral do estágio. Num currículo orientado por competência o trabalho de apoio e de facilitação ao desenvolvimento de capacidades dos estudantes em situações reais ocorre em ação e, por isso, a prática educacional ganha novo sentido. Dessa forma, docentes e profissionais dos serviços necessitam construir e/ou ressignificar suas próprias capacidades, tanto na área educacional como na área de cuidado à saúde de pacientes e comunidades. A relação educacional, como constrói e ressignifica saberes, requer maior horizontalidade, ação cooperativa, solidária e ética, postura ativa, crítica e reflexiva, desenvolvimento da capacidade de aprender a aprender, identificação dos próprios valores e abertura para a superação de limites e constrições (LIMA, 2005).

Como se pode perceber, são múltiplos os fatores e perspectivas a serem considerados no processo de reorientação da formação médica. A correlação entre o uso das tecnologias educacionais construtivistas, com a implementação da organização curricular por competências e a forte conexão dos ambientes acadêmicos e assistenciais - esses últimos devidamente organizados numa lógica de cobertura e qualidade (em contraposição à lógica de produtividade) – parece ser um caminho sustentável para o alcance de sucesso nessa empreitada.

### 3.3 LEGITIMIDADE DA FORMAÇÃO MÉDICA HEGEMÔNICA E O DESAFIO DA MUDANÇA

O conceito de legitimidade tem origem político-jurídica e ganhou relevância a partir da obra de Max Weber, *Economia e Sociedade*, que comparou diferentes tipos de regras políticas e suas origens. Os problemas de legitimidade, poderiam ter sua natureza no contrato social, ou seja, a legitimidade era abordada por meio da natureza dos contratos sociais entre a população e o governo. A ideia era a de que um governo seria considerado legítimo quando a população escolheu se submeter às suas regras (WEBER, 1922).

A partir dessa concepção política, a legitimidade resulta de uma avaliação racional de uma instituição, feita pelas pessoas que estão sujeitas e que são servidas por ela. Essa concepção concorre com a concepção sociológica, a qual descreve três fontes potenciais de legitimidade: tradicional, carismática e racional. A fonte tradicional é legítima devido à autoridade inerente à posição. A fonte carismática é legitimada pela resposta afetiva a ela, e a racional é legítima porque aplica regras e leis de uma maneira objetiva (WEBER, 1922).

Assim, Weber afirma que a legitimidade é “o controle por meio de um consenso assimétrico disseminado por toda a estrutura da vida social e que, portanto, se “naturaliza” na forma de costume, hábito e prática espontânea” (WEBER, 1922). Já para o filósofo alemão Habermas, o poder seria mais do que dominação, já que necessita da verdadeira adesão dos dominados, por meio de uma aceitação real, o que estabeleceria a possibilidade de trocas não violentas, mas por meio do diálogo e mediação. Assim, a autoridade legítima seria aquela que medeia as demandas, os interesses e ideias existentes. A legitimidade pressupõe uma condição dos regimes democráticos e dos esquemas sociais não coercitivos (MARTINS, 2015).

Portanto, para Habermas (2002) a legitimidade democrática é garantida a partir do equilíbrio entre a aceitação social e o respeito e a aplicação das normas produzidas pelos processos de formação da opinião e da vontade do povo. As pessoas precisam sentir que são ativas no direito, e só é legítima a lei que pode ser "racionalmente aceita por todos os cidadãos em processos discursivos de formação da opinião e da vontade". Existe uma crise de legitimação quando essa soberania popular não é atingida ou é desrespeitada e isso pode acontecer quando o Estado desenvolve iniciativas contraditórias aos direitos humanos.

Para Foucault, a legitimidade é entendida como um esconderijo de múltiplas técnicas de dominação que ganham aceitabilidade no discurso da lei, que separa o corpo político nas categorias de legal e ilegal, do permitido e do proibido. Para ele, parece não haver uma separação clara entre validade e eficácia do poder. A sua validade depende de sua eficácia como instrumento de sujeição e capacidade de gerar obediência (FOUCAULT, 2003).

Uma outra linha de pensamento acerca da legitimidade é a crítica materialista, que compreende que, para entender a legitimidade, é necessário ir para além da aparência das instituições, é preciso compreender suas funções, seu lugar dentro dos processos que moldam a totalidade coletiva, é também observar os traços particulares

do problema. Para essa análise materialista está em pauta explicitar que a legitimidade consiste numa dinâmica que produz o válido, o correto, o reconhecido, aquilo que todos respeitam ou deveriam respeitar (MARTINS, 2015).

Pode-se relacionar ainda a ideia de legitimidade com a teoria da hegemonia de Antônio Gramsci. Gruppi (1980) ressalta que a hegemonia se dá quando uma classe exerce direção política e ideológica sobre outra, de forma que essa mesma hegemonia só pode ser alcançada por meio do consenso entre os diversos segmentos sociais, o que permite à classe hegemônica exercer o domínio sobre os aparatos coercitivos da sociedade política.

É possível perceber que o conceito de hegemonia está intimamente relacionado à ideia de legitimidade ao se observar a teoria de legitimidade política proposta por Medina (1964 apud WEFFORT, 1988), que menciona Estados, classes, governos, crenças, ideologias, instituições, para buscar entender as possibilidades de que uma sociedade estabeleça estruturas de mando que estejam autorizadas ou consentidas pelos indivíduos que a compõem. Medina afirma que a legitimidade política é uma relação de dominação política, a existência de um sistema social com classes dirigentes, com uma capacidade de ação e de transformação sobre a sociedade. O tema da legitimidade política traz ainda à discussão o tema da legalidade, isto é, de todo o conjunto de instituições legais que dão forma à organização do poder (WEFFORT, 1988).

Finalmente, extrapolando o campo das teorias políticas para adentrar a área das teorias institucionais, Suchman (1995) define a legitimidade como uma percepção ou premissa generalizada que as ações de uma organização são desejáveis, adequadas ou apropriadas em algum sistema socialmente construído de normas, valores, crenças e definições.

Este conceito de legitimidade organizacional é o mais amplamente aceito em âmbito nacional e internacional. No campo organizacional, a abordagem sobre legitimidade foi tradicionalmente enquadrada em duas categorias: estratégica e institucional. A legitimidade do ponto de vista institucional tem uma perspectiva mais ampla e dinâmica, que ultrapassa os limites do intencional controle de uma única organização. Sob a ótica institucional, a legitimidade é o principal meio pelo qual as organizações conseguem obter e manter os recursos. Também é o principal motivador da busca da conformidade de uma organização de modo a atender às expectativas dos principais interessados no seu ambiente (DE FARIAS et al., 2014).

Na visão estratégica, a legitimação é percebida como recurso operacional; ela é proposital e calculada, o que permite seu gerenciamento. Com base nisso, é possível perceber em Suchman (1995) o fenômeno da legitimidade do ponto de vista da conduta estratégica das organizações. Ao expor a dicotomia da legitimidade como recurso ou como algo já estabelecido, o autor sugere a fusão dessas duas visões, já que ora a legitimação pode ser considerada um recurso manipulável, ora o resultado de um sistema de crenças já estabelecidas. Dessa forma, para Suchman, seja visando seu estabelecimento, sua manutenção ou sua reprodução, todas as instituições precisam se legitimar (MIRA, 2015; ZANETIC et al., 2016).

A abordagem de Suchman (1995) sobre legitimidade no âmbito das organizações será de suma importância para a presente pesquisa, devendo ser aprofundada na próxima seção, quando será objeto de reflexão mais específica acerca de sua implicação com o papel das tecnologias educacionais construtivistas no curso de medicina do CAA/UFPE. Por enquanto, convém explorar a seguinte questão: como o conceito de legitimidade se relaciona com a formação médica?

A partir da miscelânea de definições para a legitimidade, apresentadas nos parágrafos anteriores, é possível perceber que a mesma está relacionada não apenas à legalidade, mas também à confiança, ao reconhecimento, ao respeito e à dominação, ora verdadeiramente aceita por meio de consenso, ora imposta. Considerando essa linha de raciocínio conceitual, nos desafiamos a transpor essa discussão para o mundo do trabalho e da formação médica.

A atividade médica no mundo contemporâneo é, por definição, uma ação racional, justificada pelas ações que são orientadas por objetivos claramente formulados e pela escolha dos meios mais adequados para atingir o objetivo proposto. À doença aplica-se o conhecimento e experiência para esclarecer e desvendar causas, definir diagnósticos e terapêuticas, assim como prognósticos. Num dado momento, esta *expertise* tornou-se exclusiva do exercício dos *experts*. Assim, os médicos adquiriram, historicamente, o monopólio de praticar a medicina de forma exclusiva, colocando na ilegalidade e clandestinidade todos os praticantes empíricos e curiosos desse ofício. Advém daí a autonomia técnica e econômica, fundamento da prática liberal. Ter liberdade de pensar, de agir e de estipular o valor monetário de seus serviços é o preceito fundamental de uma típica atividade liberal. E a medicina se enquadra neste tipo ideal-liberal (MACHADO, 1997).

Além disso, o médico tem sido descrito, no imaginário de estudantes de medicina, como único responsável pela saúde e bem-estar do paciente, e a medicina como verdade absoluta. É aquele profissional capaz de solucionar todos os problemas, incansável e detentor do conhecimento sobre “cura para todo mal” (BARRETO et al., 2017).

Esta visão de um profissional “super-herói”, aliada à ideia-força da autonomia garantida pelo sistema econômico liberal, confere ao médico uma autoridade que acaba por definir um tipo de relação produtor-consumidor contra-hegemônica em sistemas liberais, prevalecendo na maior parte das vezes a opinião do médico. Diz-se que é contra hegemônica na medida em que essa relação tende, normalmente, a favorecer o consumidor, que goza de certa liberdade de escolha no momento da compra de um dado produto/serviço, beneficiado pela concorrência entre empresas que buscam melhor atender a satisfação de suas necessidades (CHAUVEL, 1999).

Assim, para que esta autoridade médica seja exercida com toda a sua força, é necessário que haja um alto grau de legitimidade dos dois lados - tanto do que manda quanto daquele que obedece. O sistema de dominação será tanto mais eficaz quanto maior a sua legitimidade. É preciso que as pessoas aceitem e reconheçam a autoridade, o poder e, conseqüentemente, admitam a dominação. A lógica da confiança, da credibilidade ético-profissional assume feições marcantes e definitivas na relação médico-paciente. Ainda mais importante é o fato de que o médico não só tem autoridade profissional sobre o paciente, mas, principalmente, exerce um real e forte poder de ação sobre ele, tornando-o um consumidor passivo, pouco à vontade para decidir sobre condutas independentes da opinião de seu médico (MACHADO, 1997).

Dessa forma, a profissão médica buscou, primeiro, produzir crédito social, validando seus serviços como “bens sociais” capazes de promover o desenvolvimento social da coletividade; segundo, fundar seu conhecimento e sua prática profissional na racionalidade científica; terceiro, basear a autoridade técnica do médico na expertise técnica, no conhecimento especializado, da mesma forma que seu trabalho tem, em si mesmo, um forte apelo ético, alicerçado em um código de atitudes profissionais que rege o ato médico (MACHADO, 1997).

Em que pese ter se constituído como uma ocupação tipicamente favorecida pelo sistema econômico liberal, a categoria médica arquitetou, estratégias profissionais que são elementos pré-capitalistas, de antimercado, os quais atuam na

proteção e manutenção de prerrogativas monopolistas, de forma que, mesmo em países como a França - de forte tradição intervencionista estatal - a medicina obteve um alto grau de autonomia, negociando o predomínio da forma “liberal” de exercício profissional (MACHADO, 1997).

Pode-se afirmar, portanto, que a profissão médica desenvolveu mecanismos fortemente ideológicos, que fizeram com que os médicos passassem a ser considerados e reconhecidos como profissionais essenciais ao sistema de saúde. Essa identificação e correlação não é mera casualidade nem uma associação ingênua da sociedade. Tal fato não resulta do imaginário popular, mas de uma complexa e engenhosa construção social, que delega à profissão médica o papel definidor das políticas de saúde (MACHADO, 1997).

Para melhor entender essa construção social, é preciso analisar o desenvolvimento da medicina contemporânea em nosso país. Nesse sentido, convém que regressemos ao final do século XIX, época esta em que o Brasil era essencialmente um país importador dos modelos científicos irradiados da Europa. Neste momento histórico ocorre uma renovação tecnológica que atingia, inclusive, a elite intelectual do país, ansiosa por negar os resquícios de um passado colonial e adentrar a modernidade dentro dos padrões vigentes na Europa (BARROSO, 2016).

Entre as teorias formadoras da síntese científica que norteou a formação político-social do Brasil nas primeiras décadas da República, destacaram-se o darwinismo social, o evolucionismo, o positivismo, o naturalismo e o liberalismo. Estas teorias emergiram no contexto marcado pela transição da monarquia para o regime republicano, que mantinha a hierarquia social vigente naquele regime anterior, caracterizada pela mudança no regime de trabalho com o fim da escravidão; pela importação de mão-de-obra estrangeira, predominantemente branca; pela efervescência destes modelos teóricos europeus na ciência e na política; e pela ascensão da Ciência como sacerdócio, tendo como principal alvo a contenção das ditas classes perigosas, a saber, as turbas, as multidões, os sujeitos em coletividade (BARROSO, 2016).

O deslumbramento que a Ciência provoca é tal que este ideário cientificista diversificado passa a reger, dentre vários processos, os grandes programas de higienização, que foram os precursores do Sanitarismo no Brasil. O sanitarismo, por sua vez, fez parte de um movimento de amplo espectro devido à sua ligação com a modernização decorrente da industrialização, urbanização e transição para a mão-de-

obra assalariada. Tal movimento se adequava bem à gradativa transição capitalista no país, pois visava, dentro desta modernidade, ao controle social e à salubridade. Nas metrópoles mundiais, o ideário médico-sanitário ou científico também guardava relação com as novas forças produtivas advindas do capitalismo (BARROSO, 2016).

A preocupação na virada do século XX era a de extirpar do corpo social qualquer obstáculo à ordem burguesa, ao espaço urbano saneado, alicerçando-se na medicina social e em todos os seus tentáculos. Toda a massa de sujeitos que não se enquadrava na disciplinarização do trabalho, necessitava de intervenção direta por parte do Estado. Essa intervenção, por exemplo, podia resultar em prisão nas cadeias ou nos hospícios devido ao alto grau de parentesco atribuído à loucura e ao crime desde meados do século XIX. Ou seja, comportamentos desviantes dos padrões pasteurizados e aqueles considerados inaptos para os papéis sociais instituídos nas novas relações socioeconômicas seriam o suficiente para se enclausurar alguém (BARROSO, 2016).

A associação entre medicina higiênica e a mental permitiu ao Estado um amplo controle da disciplina urbana que extrapolou as preocupações com a higiene para atender a nova ordem socioeconômica, advinda das novas relações de produção. O perigo de contágio que as epidemias ofereciam era similar ao que a loucura e o crime poderiam oferecer ao ambiente que se desejava salubre e asséptico também do ponto de vista desta moral. Assim, a medicina e o alienismo, a engenharia e a polícia deveriam exercer a coerção necessária sobre o sujeito em caráter coletivo para o alcance de uma sociedade higienizada (BARROSO, 2016).

Em suma, este projeto que adentra o século XX, se reestrutura e mira o sujeito que era generalizado como um agente coletivo, o qual em sua existência e em seus hábitos cotidianos, estereotipados, seria o alvo objetivo e certo das políticas públicas de saúde. O Sanitarismo ou Higienismo constituiu-se, portanto, por uma gestão científica das políticas de saúde pública que consistia em padronizar, submeter e medicalizar hábitos e *modus vivendi* que não fossem consonantes com os novos ditames dos comportamentos em caráter coletivo, para os grandes centros urbanos. Ou seja, o Higienismo é uma faceta do capital para controle médico e social que favorece a docilização dos corpos para a produção (BARROSO, 2016).

Outrossim, a expansão da influência da medicina sobre os problemas sociais e questões morais tem sido objeto de intensas discussões desde a segunda metade do século XX. Por diferentes razões, determinadas necessidades sociais passam a ser

consideradas necessidades de saúde sob jurisdição da medicina, ou seja, necessidades de assistência médica. Cada vez mais, uma maior quantidade e diversidade de condições, comportamentos e experiências são categorizados como doenças ou distúrbios, e se juntam ao campo de conhecimento e do exercício de profissionais da biomedicina (FRAZÃO; MINAKAWA, 2018).

A reflexão sobre os processos de expansão da jurisdição da profissão médica para novos domínios incidiu sobre fenômenos tão cruciais quanto diversos, como a psiquiatria e a saúde pública; as formas heteronômicas de produção dos cuidados de saúde; os problemas sociais como alcoolismo, hiperatividade e toxicodependência; as formas de intervenção do Estado no corpo social, na força de trabalho, no espaço urbano visando o controle das epidemias (FRAZÃO; MINAKAWA, 2018).

Nesse sentido, Frazão e Minakawa (2018) ressaltam que, dentre as principais forças que impulsionaram a expansão da medicina sobre diferentes problemas sociais e questões morais, destacam-se: a indústria, as instituições, o Estado e a sociedade. Numa sociedade altamente industrializada, o grande motor para as mudanças seria a tecnologia, que provocaria transformações significativas nos aspectos pessoais, econômicos, sociais e culturais e impulsionaria os processos de medicalização na área da saúde. Tais mudanças subverteriam as instituições. As indústrias planejariam a sua produção a fim de maximizar o lucro e o Estado interviria no setor econômico para capitalizar e defender as indústrias. A análise tem por fundamento a crítica à cultura da classe média norte-americana da década de 1960, marcada pela desigualdade socioeconômica, o fascínio pela tecnologia, o culto ao individualismo e ao consumismo desenfreado.

No que tange às instituições, a principal força motriz seria a elite médica, uma organização profissional com uma força equiparável a uma instituição tão antiga e tão importante quanto o Estado, capaz de exercer forte controle na ciência, na política, na economia e na sociedade. A medicina exerceria um mandato tão imperativo frente às outras instituições a ponto de invadir campos que até então não lhe pertenciam. Seriam espaços privilegiados e disputados por outras instituições e atores; que nas mãos da medicina levariam a efeitos deletérios nos aspectos individual, social e econômico, e gerariam diferentes formas de iatrogênese, legitimando as formas heteronômicas de produção da saúde (FRAZÃO; MINAKAWA, 2018).

Como já apontado, o conhecimento produzido no âmbito da medicina social foi apropriado cada vez mais pela medicina, o que propiciou o fortalecimento da sua

relação com o Estado e com o capitalismo. A medicina social, como uma força portadora de conhecimentos específicos, foi usada para assegurar o funcionamento da sociedade moderna por meio de normas morais de conduta e prescrição de determinados comportamentos, principalmente sobre as questões relacionadas à higiene e à transmissão de doenças (FRAZÃO; MINAKAWA, 2018).

Nesse contexto, a sociedade é também descrita como uma importante força motriz. Determinados pesquisadores sustentam perspectivas nas quais a sociedade encontra-se totalmente subjugada ao individualismo e ao consumismo desenfreado e às formas heteronômicas de produção da saúde, e outros, em contrapartida, trazem para a arena discursiva a mobilização dos sujeitos e de grupos sociais dentro da sociedade, seja no confronto ou resistência aos processos de medicalização nas políticas ou nos cuidados individuais em saúde (FRAZÃO; MINAKAWA, 2018).

Como se pode perceber, a medicina desde longa data, se encontra agenciada por interesses econômicos e por táticas políticas que a legitimam como instituição que reproduz a lógica do capital, não apenas como objeto de consumo, mas também como objeto de sua reprodução. Ignorar que tal legitimidade da biomedicina exista, é abrir mão de visualizar as tramas e as múltiplas linhas que fortalecem e sustentam o poder na sociedade capitalista (FRAZÃO; MINAKAWA, 2018).

Nestes primeiros anos do século XXI, a reflexão se renova. Na medida em que novos estudos foram produzidos, ficou mais claro que a biomedicina não é produto exclusivo do imperialismo médico, mas sim de forças sociais complexas. Conrad (2005 apud FRAZÃO; MINAKAWA, 2018), sugere que as indústrias farmacêutica e de seguros, que tiveram um importante papel em muitos processos concretos, não foram consideradas determinantes na maioria das análises sobre a legitimação da biomedicina. No final do século XX, houve uma profunda mudança na estrutura da medicina cuja consequência foi a erosão da autoridade médica, com medidas de gestão da assistência para enfrentar questões de acesso e de controle de custos, que passaram a ter relevância. O médico passou a dividir a arena com outros atores que ganharam proeminência, como os compradores, provedores, pagadores de serviços e os consumidores.

As empresas de financiamento e de prestação de serviços de assistência médica, a indústria farmacêutica, e alguns tipos de médicos (por exemplo, cirurgiões plásticos) crescentemente passaram a ver grupos de pacientes como um mercado potencial. Além disso, novas fronteiras do conhecimento biomédico descortinaram-se

com promessas de tecnologias farmacêuticas e genômicas que poderão revolucionar a assistência à saúde. Essas mudanças e inovações técnico-científicas transformaram o fenômeno qualitativamente para um processo complexo, localizado em diferentes domínios e numerosos sítios, e multidirecional, reconstituído por formas sociais emergentes, e práticas cada vez mais enredadas, técnico-cientificamente na biomedicina (CONRAD, 2005 apud FRAZÃO; MINAKAWA, 2018).

Assiste-se a uma reconfiguração das organizações de produção, distribuição e gestão da informação e conhecimento relacionado à assistência à saúde (tecnologias de informação médica, sistemas integrados ou em rede de hospitais, clínicas, empresas de financiamento e prestação de serviços de saúde, indústrias de biotecnologia, equipamentos e materiais, práticas de grupo, o Estado etc.). As mudanças são cumulativas e se manifestam em novos procedimentos de diagnóstico e tratamento, com base na bioengenharia genômica, proteômica, tecnologias de visualização e desenvolvimento de medicamentos assistidas por computador, telemedicina etc. (FRAZÃO; MINAKAWA, 2018).

Essas mudanças são “mudanças de ênfase” e os processos de medicalização da saúde continuarão a exercer sua influência, que tende a ser desigual, tanto do ponto de vista temporal como do espacial, conforme a disponibilidade de novas abordagens e alternativas técnico-científicas, que num primeiro momento inclinam-se a alcançar apenas o mercado de consumidores mais afluentes e alargar a distância entre ricos e pobres (FRAZÃO; MINAKAWA, 2018).

Além dessa implicada relação da biomedicina com o desenvolvimento do capitalismo, é importante reconhecer também que a carreira médica é “glamorizada” na sociedade ocidental. Os mitos dos elevados salários e benefícios aliados ao *status* de ‘estar salvando vidas’, contribuem para uma visão fantasiosa da profissão. Como já citado, essa imagem nem sempre existiu, tendo sido construída através de diversos mecanismos sociológicos que se beneficiaram da implementação de fortes estratégias de produção cultural no seio da sociedade.

Nos EUA, por exemplo, no início do século XX, a American Medical Association (AMA) investiu fortemente em campanhas públicas para modificar a imagem do profissional de saúde, como, por exemplo, a campanha contra a automedicação ‘*Don’t Dose Yourself*’, que enfatizava a importância de ir ao médico antes de consumir qualquer medicamento (MEIMARIDIS, 2018).

Assim, é sabido que a comunicação social e a produção cultural também desempenharam significativo impacto na construção social da imagem do médico contemporâneo. Habermas (2014 apud PETTA, 2018) mostra como o aparecimento de uma esfera pública comunicacional esteve marcado por uma publicização menos implicada com a troca de argumentos e confronto de ideias e opiniões, e com o princípio de publicidade - que coloca à disposição da opinião pública os elementos de informação que dizem respeito ao interesse geral coletivo - e mais direcionadas ao modelo “fabricação de opinião”, inspiradas no modelo comercial, a partir da intrusão das leis de mercado na esfera da produção cultural.

Teixeira e Cyrino (2003 apud PETTA, 2018) também discutem como, nas últimas décadas do século XVIII, se encontram indícios de um discurso sobre o papel da comunicação, a partir de suas virtudes em integrar o trabalho coletivo e unificar o espaço comercial, muito relacionado ao tema da divisão do trabalho e ao modelo de fluxos materiais, da chamada economia clássica inglesa. Para os autores, do fato da origem da problemática da comunicação, da circulação das informações, estar totalmente atrelada à questão das mercadorias, e das preocupações econômicas serem responsáveis pelo início da ideia de um sistema de trocas e fluxos, decorreram inúmeros desdobramentos, perpetuando, até os dias de hoje, esta complexa e imbricada relação entre liberalismo econômico e sistema de comunicação.

Para Mattelart e Mattelart (2014 apud PETTA, 2018), um elemento importante na constituição de um pensamento sobre comunicação foi o aparecimento de uma leitura do social como metáfora do ser vivo, da “sociedade como organismo”, fazendo com que, diversos autores, buscassem na organização social a coerência, a integração, as funções definidas e interdependentes, semelhante à de um organismo. Essa analogia, um pouco diferente, mas bem reveladora das concepções que se apresentam neste período, associam o papel da comunicação aos dois sistemas básicos do organismo: o distribuidor e o regulador. O primeiro, assim como o sistema vascular, faria o encaminhamento da substância nutritiva, aqui visto como as estradas, canais e ferrovia, e o segundo, como um sistema nervoso (responsável pelas relações complexas entre o cérebro dominante e sua periferia), seria realizado pelo conjunto dos meios de comunicação, identificando-os como responsáveis por propagar informações e influência de um centro para a periferia.

A “biologização” do social levará a outra noção fundadora de um pensamento sobre comunicação que é a de *desenvolvimento*, caracterizada como o entendimento

dos sistemas de comunicação como agentes do desenvolvimento e civilização. Esta concepção entende que o progresso só poderia atingir a periferia por meio da irradiação de valores do centro, levando diversos autores a desenvolverem, após a Segunda Guerra, uma “sociologia da modernização”, em que as mídias passam a ocupar um lugar estratégico (MATTELART; MATTELART, 2014 apud PETTA, 2018).

Também devemos considerar que é neste período que nas cidades ocorrerá uma explosão demográfica sem precedentes, que faz surgir a problemática da “sociedade de massas”, e a necessidade de se estabelecer medidas de controle e ordem, abrindo espaço para as tecnologias de gestão das massas, nas quais a comunicação e a publicidade ganham relevância. Nesse contexto, nas décadas seguintes, com o crescimento dos meios de comunicação coletiva, surgem diversas correntes e pesquisas, e a constituição de um campo mais estruturado de estudos sobre comunicação. Adorno e Horkheimer, a partir de 1940, irão fazer forte crítica aos meios de comunicação, discutindo a relação entre comunicação, cultura e poder. Ao criticar a reprodutibilidade das obras culturais, estes autores defendem que os produtos culturais, entre eles os filmes, programas radiofônicos, revistas, etc., ilustravam a mesma racionalidade técnica, o mesmo esquema de organização e de planejamento que outras mercadorias. Para eles, a transformação do ato cultural em valor suprimia sua função crítica e dissolveria sua experiência autêntica. A indústria cultural teria, assim, um enorme potencial de alienação e comodificação (MATTELART; MATTELART, 2014 apud PETTA, 2018).

Edgar Morin (2011 apud PETTA, 2018), na França, também irá discutir o surgimento de uma *cultura de massas*. Este autor irá descrever um intenso movimento surgido na década de 1930, primeiramente nos Estados Unidos, mas depois no conjunto de países ocidentais, em que as massas populares urbanas, e uma parte dos campos, começam a ter acesso a novos padrões de vida, de consumo e de lazer, que era até então privilégio apenas das classes burguesas. Com isso, surgiria uma cultura de massas, que se constitui em função das novas necessidades que emergem.

O filósofo marxista italiano Antonio Gramsci foi uma influência muito importante nos estudos culturais nesse contexto de cultura das massas. Seus conceitos de hegemonia e guerra de posição foram fundantes no pensamento desta produção. Mattelart e Mattelart (2014 apud PETTA, 2018) afirmam que a noção de hegemonia de Gramsci desloca a de classe dominante, cujo poder residiria inteiramente em sua capacidade de controlar as fontes do poder econômico. Na análise do poder, Gramsci

introduz a necessidade de considerar negociações, compromissos, mediações. Dessa forma, a noção gramsciana ilustra, precocemente, a recusa de alinhar de modo mecânico as questões culturais e ideológicas às da base econômica, trazendo ao primeiro plano a questão da sociedade civil como distinta do Estado.

Martín-Barbero (2013 apud PETTA, 2018), em sua obra “Dos meios às mediações : Comunicação, cultura e hegemonia”, discute a questão da cultura de massa, demonstrando que esta não surge apenas como um desdobramento a partir do surgimento dos meios massivos de comunicação, nem tampouco apenas como um instrumento de dominação da ideologia dominante. Para este autor o que se passa na cultura, quando as massas emergem, não é pensável a não ser em sua articulação com as adaptações com a hegemonia, que, desde o século XIX, fazem da cultura um lugar estratégico para reconciliação das classes e a reabsorção das diferenças sociais.

O autor analisaria, ainda, a presença de uma relação de cumplicidade com o novo público popular e um tipo de demarcação cultural que levaria pela primeira vez um discurso homogêneo e uma imagem unificada do popular, uma primeira figura da massa, vértice que levaria o popular ao massivo, conferindo especial destaque ao melodrama neste contexto (MARTÍN-BARBERO, 2013 apud PETTA, 2018).

Com base nesse contexto histórico-social da produção cultural, é possível identificar, no campo da saúde, que os meios de comunicação de massa como a literatura, o cinema, o rádio e, principalmente, a televisão tiveram um papel fundamental no processo de construção da imagem social do médico contemporâneo.

As narrativas médicas ficcionais se popularizaram nos Estados Unidos através dos contos de Frederick Schiller Faust, autor que já era famoso por seus contos *western*. Faust é reconhecido por ter criado a base da narrativa médica ficcional através do conto *Interns Can't Take Money* em 1936. O escritor, por já dominar os códigos do gênero *western*, buscou criar paralelos entre o papel do xerife e do médico, construindo, assim, o estereótipo de “médico-herói”. O conto narra a história do Doutor Jimmy Kildare, um jovem humilde e recém-formado do interior dos Estados Unidos. O Dr. Kildare, que era virtuoso, extremamente ético e altruísta, buscava completar sua residência em um hospital de Nova Iorque. Em 1937, a Paramount Pictures comprou os direitos do conto e o transformou em um longa-metragem. O filme fez grande sucesso e Dr. Kildare começou a ser visto como o herói da sociedade moderna, que

salvava seus pacientes a partir de seus conhecimentos científicos (MEIMARIDIS, 2018).

Com o sucesso dos filmes sobre o Dr. Kildare e com o surgimento do rádio e da televisão, houve uma adaptação dessa narrativa ao formato seriado da rádio novela e das séries televisivas. No rádio, a série *The Story of Dr. Kildare* (MGM STUDIOS, 1949) contava as histórias do jovem Jimmy Kildare e suas aventuras de vida ou morte no hospital. Com a produção, determinadas características dos dramas médicos foram se solidificando: o ambiente central da narrativa era o hospital, os principais personagens eram médicos (homens brancos), enfermeiras e pacientes, sendo que, na grande maioria dos casos, os pacientes eram mulheres e crianças, tendo em vista o maior apelo melodramático desses personagens. Outros filmes, feitos pela Metro-Goldwyn-Mayer, sobre o Dr. Kildare, mostravam a importância da medicina na vida de cada cidadão, revestindo, assim, a instituição médica com camadas de importância e legitimação (MEIMARIDIS, 2018).

Segundo Meimaridis (2018), entre 1950 e 2016, foram produzidas na televisão americana cerca de 100 séries médicas. Devido à numerosa quantidade de dramas médicos televisivos a autora optou por agrupá-los em momentos distintos, visando facilitar a compreensão analítica. Foi observado que a imagem do médico passou de um herói, quase um deus, a uma visão mais 'humana' do profissional ao longo das seis décadas dessas produções na TV americana.

Mesmo com essa preocupação das produções televisivas americanas nos últimos anos (que têm grande repercussão no Brasil), a imagem "mais humana" do profissional médico ainda encontra dificuldade de se consolidar. Por exemplo, apesar da preferência por representações favoráveis de médicos ao longo das décadas, em 2004 a FOX lançou o drama *House, M.D.*, com um protagonista médico extremamente 'rude' e 'mal-educado'. O desgosto dos pacientes e de seus familiares pelo médico é recíproco, uma vez que o Dr. House se configura como alguém misantrópico, chegando a afirmar por diversas vezes que não gostava de interagir com seus pacientes (MEIMARIDIS, 2018).

Porém, embora demonstrasse essas características negativas no campo ético da profissão, o Dr. House ainda era um médico extremamente capaz, sendo inclusive considerado o médico mais 'confiável' na televisão pelos espectadores. Assim, a série *House, M.D.* favoreceu a consolidação da imagem mais clássica da medicina e de sua instituição, ou seja: médicos altamente qualificados (leia-se: especializados), lidando

com o processo de diagnóstico de doenças raras e casos clínicos complexos. O foco da narrativa era, portanto, as patologias dos pacientes e o trabalho do Dr. House e de sua equipe para diagnosticar e tratar corretamente essas doenças (MEIMARIDIS, 2018).

Trazendo o foco para o processo de formação de profissionais médicos, lidar com essa imagem historicamente construída acerca da profissão médica, tão contraditória em certos momentos, não é um desafio fácil para as instituições de ensino. Barreto et al. (2017), através de análise dos campos psicológicos de estudantes de medicina envolvidos em uma pesquisa realizada no Brasil, notaram uma visão bem diferenciada dos mesmos quanto ao “ser médico”: enquanto os participantes do primeiro ano detalharam conteúdos com intensa carga de altruísmo aos pacientes e dedicação à profissão, os ingressantes do internato demonstraram uma grande preocupação pela escolha da especialidade e ambição financeira. Em ambos os grupos, encontrou-se dificuldade de escolher e definir “quem ser quando se formar”, e a falta de ênfase na relação médico-paciente.

Essa aparente “dissociação” entre os valores subjetivos existentes nos estudantes de medicina antes e depois do seu ingresso nas escolas médicas tem sido também objeto de estudos fora do Brasil, especialmente no que tange à empatia. Há um certo consenso de que a medicina, em seu núcleo, é uma profissão de serviço humano. Cultivar valores humanísticos em geral e melhorar as habilidades interpessoais e a empatia em particular são de suma importância em qualquer empreendimento de serviço humano. Consistente com essa noção, o “Projeto Objetivos da Faculdade de Medicina” da Associação de Faculdades de Medicina Americanas inclui o enriquecimento de habilidades interpessoais e empatia entre os objetivos educacionais da educação médica de graduação. Em um documento de posição, o Conselho Americano de Medicina Interna recomendou que valores humanísticos e empatia fossem cultivados e avaliados como uma atividade educacional essencial na educação médica de pós-graduação (HOJAT et al., 2009).

Apesar do consenso de organizações profissionais e líderes de educação médica sobre a importância da empatia na educação médica e na prática da medicina, a pesquisa empírica sobre empatia, incluindo seu desenvolvimento, é escassa. Consequentemente, atenção suficiente não foi direcionada para o aprimoramento de habilidades empáticas para os médicos em treinamento. A pesquisa empírica sobre empatia entre estudantes de medicina e médicos foi dificultada não apenas por uma

confusão conceitual, mas também pela falta de um instrumento sólido para medir a empatia, especificamente no contexto da educação médica e do atendimento ao paciente. Sem uma medida válida de empatia que seja específica do conteúdo para o atendimento ao paciente, não é viável determinar quais fatores levam ao seu aprimoramento ou degradação entre os médicos em treinamento (HOJAT et al., 2009).

Há vários anos, um grupo de pesquisadores de educação médica do Jefferson Medical College reconheceu a necessidade de um instrumento para medir a empatia no contexto da educação médica e do atendimento ao paciente. Em resposta a essa necessidade, com base na definição de “empatia cognitiva” e em uma revisão abrangente da literatura, eles desenvolveram um método denominado Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE), estabelecendo procedimentos (passo-a-passo) para aplicação do JSPE, sendo que dados em apoio à sua validade e confiabilidade são relatados em outros lugares. A escala é breve e inclui 20 itens respondidos em uma escala do tipo Likert de sete pontos - Concordo Plenamente 7, Discordo Total 1 (HOJAT et al., 2009).

Alguns relatos anedóticos, bem como estudos empíricos, sugerem que uma transformação drástica no caráter dos estudantes de medicina ocorre durante sua formação médica. Quando embarcam na jornada para se tornarem médicos, a maioria dos estudantes está entusiasmada, cheia de idealismo e genuína intenção de servir aos que precisam de ajuda. É irônico, porém, que, apesar das intenções iniciais dos alunos e do corpo docente da faculdade de medicina na tentativa de nutrir qualidades humanas, um “cinismo” se desenvolve progressivamente durante sua formação. Por exemplo, tem sido relatado em outros estudos que cerca de três quartos dos estudantes de medicina se tornam cada vez mais cínicos sobre a vida acadêmica e a profissão médica à medida que progredem na faculdade de medicina. Também foi constatado que 61% dos residentes médicos relataram ter se tornado cínicos durante o treinamento de pós-graduação (HOJAT et al., 2009).

Em um estudo transversal, Chen et al apud Hojat et al. (2009). relataram um declínio perceptível nos escores de empatia (medidos pelo JSPE) em estudantes de medicina do terceiro ano, em comparação com seus colegas do segundo ano. Dois outros estudos longitudinais foram publicados nos primeiros anos do século XXI sobre o declínio da empatia na escola de medicina. Newton e colegas relataram uma queda na empatia vicária / emocional (medida por outro método) durante a escola de medicina. Em outro estudo longitudinal de estudantes de medicina, um declínio

significativo foi observado nos escores do JSPE, que foi administrado no início e no final do terceiro ano do curso de medicina (HOJAT et al., 2009).

Em seu estudo, Hojat et al. (2009), constataram um declínio significativo nos escores médios de empatia no terceiro ano do curso de medicina. Os padrões de declínio eram semelhantes para homens e mulheres e para aqueles que buscavam sua formação médica em especialidades orientadas para as pessoas e voltadas para a tecnologia. Consistente com descobertas anteriores, os resultados mostraram que as mulheres obtiveram uma maior média de empatia do que os homens, e aqueles nas especialidades voltadas para as pessoas superaram suas contrapartes em especialidades voltadas para a tecnologia.

Essa transformação foi comparada à “síndrome da criança espancada” e atribuída ao tratamento inadequado de estudantes de medicina. A metamorfose foi descrita como “desidealização traumática” por alguns pesquisadores e “desumanização” por outros. Foi sugerido que uma “re-humanização” é necessária para reter e melhorar a empatia entre os médicos em treinamento (HOJAT et al., 2009).

No Brasil, o debate sobre a humanização na formação de profissionais de saúde remonta à década de 60 do século passado, colocada em pauta pelo movimento feminista, ganhando expressão em torno da questão da saúde da mulher. Mas é marcadamente a partir do final da década de 1980 que a humanização se propaga como um movimento técnico-político na área da saúde, ganhando cada vez mais espaço nas discussões em torno da qualidade dos serviços de saúde. Nos anos 2000, a humanização passa a compor políticas públicas do SUS, destacando-se a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (RIOS; SIRINO, 2015).

No campo do ensino médico do país, detecta-se um paradoxo: embora reconhecida a importância e atualidade do tema no campo da saúde, há grande dificuldade de integração dos temas humanísticos ao corpo da medicina. Apesar de essencial à prática médica, a humanização ainda é vista como um tema desinteressante e descartável. Ainda assim, a partir dos anos 2000, intensifica-se o discurso de que o caminho metodológico para uma educação médica que garanta qualidade seria voltar seu olhar para o homem na sua globalidade, rompendo com estruturas conservadoras, autoritárias e mercadológicas da formação médica, abrindo espaço para uma formação baseada na integração entre ciências e humanidades (RIOS; SIRINO, 2015).

Ainda nessa linha de pensamento, Rios e Sirino (2015) afirmam que as DCN do Curso de Graduação em Medicina apontam para uma formação médica pautada na busca por um perfil profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Apesar desse movimento para a inserção de temas da humanização na formação de profissionais na área da saúde, sua realização ainda apresenta grandes obstáculos no ensino médico. Na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), por exemplo, desde 1998 introduziram-se disciplinas de humanidades na grade curricular. Tais disciplinas cobrem temas referentes a aspectos éticos, filosóficos, históricos, antropológicos, psicológicos, políticos, sociais e bioéticos da prática médica, sem, contudo, conseguir uma efetiva integração curricular com o núcleo duro, e fortemente tecnicista, da graduação, em que pese não mais haver contestação dos docentes sobre a importância de sua inserção nos currículos. Tal contexto justifica e realça a necessidade do desenvolvimento de pesquisas educacionais que permitam maior alcance na compreensão de como e onde se aprende a humanização ou seu contrário, assim como o embasamento de ações relacionadas à humanização no ensino na área da saúde (RIOS; SIRINO, 2015).

Sob outro ângulo, porém, ainda discutindo as dificuldades da questão da humanização na prática médica, mais recentemente Gomes (2017) analisa as relações da humanização/desumanização do trabalho médico com o conceito de alienação. Toma-se a alienação como categoria central, explorando a sua relação com a humanização e alertando para a abordagem dialética desses conceitos ou processos. O autor compõe uma equação que agrega âmbitos de mudanças político-econômico-sociais e aspectos do trabalho médico, pondo em correlação as transformações nos perfis de adoecimento, com novos padrões epidemiológicos e novas necessidades em saúde; expansão do acesso a serviços e a informações científicas; reestruturação produtiva, com progressiva incorporação tecnológica e farmacomedicalização, bem como reestruturação de todo o complexo médico-industrial-financeiro indutor de novos comportamentos profissionais e de mudanças no sistema sanitário; fragmentação do objeto de trabalho médico, agravada com a

intensificação da divisão técnica e organizativa do sistema assistencial (SANTOS FILHO, 2018).

Nesse contexto e em meio a novas necessidades, os médicos veem-se confrontados com exigências, limitações e pressões por novos tipos de “entradas” ou de intervenções que passam a lhes caber ou mesmo a lhes serem impostas na prática assistencial. Com as alterações no sistema produtivo e nos processos de trabalho, os recursos tecnológicos e organizacionais passam a disputar a centralidade no cenário assistencial e induzem a mecanização da atividade médica. A subordinação a esses recursos, com a reificação dos meios de trabalho, opera-se em um processo de competição com os outros recursos próprios à prática médica: seu saber da experiência, vindo do trabalho vivo (SANTOS FILHO, 2018).

Aponta-se também a dependência de empresas de seguros-saúde e a institucionalização do trabalho médico, expropriando-se sua condição de agente no processo produtivo, exacerbando o grau de heterocontrole de sua prática. Complementa e agrava esse quadro a divisão técnica e social, na qual se cruzam o peso das tecnologias e da tendência à especialização, reduzindo o objeto de trabalho (sua “dimensão reflexiva e integral”) e também a capacidade de abordar o processo de adoecimento à luz de fatores que não os da esfera biológica (SANTOS FILHO, 2018).

Um dos vetores de efeitos alienantes nesse contexto expressa-se na expectativa de êxito e eficiência do trabalho médico, vivendo-se em um desequilíbrio entre necessidades, demandas e interesses do entorno: seu foco de interesse (dos médicos) em relação aos objetos e produtos de sua atividade, as imposições do sistema socioeconômico, a institucionalização do trabalho e as expectativas dos usuários, não só de satisfação de suas necessidades de bem-estar ou de “saúde”, mas também as pressões que hoje exercem ao terem se tornado consumidores de procedimentos. Tornam-se interesses conflitantes, que não só escapam ao controle médico como também não compõem seu âmbito de reflexão, aspecto especialmente definidor da condição de alienação (SANTOS FILHO, 2018).

A alienação é, para Gomes (2017), condicionada a um âmbito de sobreimplicação pela própria dificuldade de compreender os interesses mercantis e expectativas que estão no entorno da sua prática, nesse caso inscrita, como qualquer outra, na esfera das relações sociais de produção. Em um vetor associado ao vínculo médico-paciente, uma importante alteração (entendida como desumanização) decorre

da condição anterior de médico artesão para uma condição de profissional institucionalizado e guiado por protocolos, em um agir marcado pela impessoalidade e que abala a relação de confiança, antes dada pelo vínculo direto entre usuário e profissional. As novas condições de encontro médico-paciente são marcadas por restrições de tempo, interações condicionadas à institucionalização e tecnologização do trabalho e comprometimento comunicacional entre esses dois sujeitos. No rastro desses (des)encontros, surgem novas significações que os próprios médicos passam a dar ao seu trabalho, além de novas representações sociais que se constituem acerca de seu papel (SANTOS FILHO, 2018).

A alienação expressa-se, portanto, em múltiplas dificuldades, superpondo-se: a própria condição de subordinação ou expropriação do controle de sua atividade, a falta de reflexão sobre isso, a negação das situações a que se está exposto e a incapacidade ou baixa capacidade de se reagir a elas (SANTOS FILHO, 2018).

Diante das informações até o momento levantadas e que atestam o alto grau de legitimidade da formação flexneriana e da prática biomédica, alcançada por meio de uma construção sócio-histórica ancorada no sistema liberal econômico de base corporativa, nos avanços tecnológicos e científicos, na forte utilização de mecanismos midiáticos para produção de cultura de massa, associada a uma condição alienante dos profissionais sobre sua própria condição de subordinação a todos esses fatores, pode-se considerar razoável o seguinte questionamento: teriam as escolas médicas contemporâneas condições de disputar a subjetividade do estudante em formação para reverter a posição historicamente legitimada sobre a posição essencialmente liberal-corporativa da prática médica - caracterizada também pelo alto grau de autonomia e independência em relação aos pacientes e grande credibilidade técnico-científica - com vistas à consolidação de um perfil profissional mais convergente com a proposta das novas DCN?

Voltando à pesquisa conduzida por Barreto et al. (2017), a análise dos resultados encontrados permitiu aos pesquisadores considerar que a substituição das representações – que os alunos já trazem consigo – por outras, transmitidas durante o curso, não foram suficientes para a formação do profissional médico nos moldes preconizados nas DCN então vigentes. É preciso considerar os aspectos afetivos e emocionais inconscientes que dirigem a imaginada atitude profissional, destacando que, na amostra da pesquisa, já se mostram tendenciosos em encarar a medicina como negócio, presidida pela sensação de onipotência e independente do paciente.

Se esses futuros profissionais possuem concepções, a priori, desintegradas das idealizadas, é compreensível que o ambiente próximo do jovem que escolhe a medicina também encare a questão dessa forma.

Faz-se necessário, portanto, o entendimento de que o compromisso com uma formação médica coerente com as DCN vai além de simplesmente conhecer a proposta curricular do curso de graduação e os conteúdos dos vários programas disciplinares que esse currículo possa oferecer. Além dos conhecimentos propriamente técnicos, cognitivos e de habilidades, na abordagem da pessoa doente identifica-se um jeito e uma postura que caracterizam o profissional. Por exemplo: os conteúdos podem ser muito adequados, mas persistem atitudes que se voltam para o diagnóstico da doença e se distanciam da pessoa que porta a enfermidade (LAMPERT, 2002).

Em estudo sociológico sobre educação médica, afora os aspectos técnicos que são fruto do aprendizado direto através do ensino didático de um ou outro tipo, Merton (1957 apud LAMPERT, 2002) refere um aprendizado indireto, no qual atitudes, valores, padrões de comportamento são adquiridos pelo estudante, como subproduto do contato com os instrutores e pares, com pacientes e com membros da equipe de saúde. Essa experiência sociocultural se incorpora *pari passu* ao aprendizado direto dos aspectos técnicos transmitidos pelo ensino didático de um ou outro tipo. Trata-se de uma forma mais relacionada à vivência, e ocorre de forma duradoura, envolvendo o estudante numa filosofia de vida, de práticas e de organização social, dentro das expectativas da sociedade na qual ele está inserido. Por compor uma estrutura não diretamente visível ou observável, esse nível das organizações constitui a sua lógica mais profunda. É como se fosse sua própria alma.

Estudos evidenciam que, ao tratar-se do currículo, além das questões de procedimentos, técnicas e métodos, é muito importante incluir uma concepção crítica da realidade, guiada por abordagens sociológicas, políticas e epistemológicas. Portanto, o currículo deve ser considerado um artefato social e cultural, isto é, localizado no âmbito das determinações sociais, históricas e de seu contexto (LAMPERT, 2002).

A entrada do estudante no curso de medicina proporciona sua inserção em um novo grupo de convívio e a iniciação a uma nova classe profissional. O processo de formação identitária, sustentado pelos contextos histórico e sócio familiar, bem como pela trajetória social construída ao longo do curso, parece resultar nas características

próprias deste sujeito em formação. O indivíduo, como sujeito de sua própria história, é resultado das ações sociais das quais participa, sendo, simultaneamente, determinado e determinante. Ao pertencer a um grupo, o indivíduo tem sua identidade social definida, e o ato de manter-se em movimento dentro deste grupo confere ao sujeito a possibilidade de desenvolver sua individualidade (MACHADO; WUO, 2019).

A trajetória acadêmica de um estudante de medicina no Brasil costuma ser linear e, na maioria das vezes, muito semelhante à de seus pares. São seis anos de curso, geralmente precedidos por outros anos de estudos preparatórios para o vestibular, justificados por uma disputa gerada pela desproporção entre o número de vagas e estudantes inscritos nestas provas. Imersos na busca incessante pela aprovação em um curso com grande disputa, os estudantes identificam a necessidade de lidar com a concorrência entre os colegas, e levam boa parte desta vivência para a graduação (MACHADO; WUO, 2019).

Segundo Rios (2010 apud MACHADO; WUO, 2019), o convívio diário e o ritmo de avaliações impostas pelo curso parecem fazer aflorar a competitividade já experimentada anteriormente por esses estudantes. Além da aprovação nas disciplinas, há a busca, especialmente no final da graduação, para a aprovação na residência médica. Tornar-se especialista, atualmente, parece ser mais do que opção profissional ou a sequência natural do aprimoramento de conhecimentos, perpassa por um contexto de reconhecimento dentro da classe médica e pela sociedade de modo geral. Sob este aspecto, ganha corpo a tendência de uma educação médica tecnicista, com ênfase nas especialidades e no individualismo.

Tratando do currículo oficial e do currículo oculto, Galli (1989 apud LAMPERT, 2002) também menciona o processo de socialização em que o aluno incorpora, como próprias, as formas de comportamento e os valores dominantes no grupo médico, para chegar a pertencer a esse segmento social. É um processo de identificação quase imperceptível, concomitante à aprendizagem formal, no qual o aluno identifica os atributos que lhe dão prestígio social e adquire uma escala de valores.

Vendo e escutando seus professores, o aluno entende que ser especialista dá mais prestígio; que certas especialidades gozam entre a população e entre os médicos de maior reconhecimento que outras; que a “boa medicina” é a que se faz com o paciente hospitalizado; que a atenção ambulatorial não é gratificante; que o trabalho mais importante do médico é fazer o diagnóstico; e que a solução do problema do paciente escapa de certa forma de sua responsabilidade, uma vez que

nele interferem muitos fatores, inclusive a “falta de colaboração” dos clientes; que os doentes crônicos são “chatos”; e que o trabalho médico é essencialmente tratar das situações agudas (LAMPERT, 2002).

Tais argumentos nos sinalizam que as escolas médicas, para alcançar seus objetivos na formação de egressos mais compromissados com as DCN, precisarão lançar mão não apenas de uma matriz curricular baseada em competências, com tecnologias educacionais diferenciadas e um sistema qualificado de integração ensino-serviço, mas também precisarão entender a necessidade de disputar a subjetividade do papel social do médico, construindo legitimidade para a proposta de formação preconizada no SUS. Essa disputa ocorre num cenário adverso, que envolve um papel social e uma imagem atual da profissão médica altamente legitimados, por meio de uma forte construção sócio-histórico-cultural, além de um ambiente macroeconômico liberal.

#### 3.4 O GERENCIAMENTO DA LEGITIMIDADE ORGANIZACIONAL POR MEIO DAS TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS CONSTRUTIVISTAS NA PROPOSTA DE FORMAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA DO CAA/UFPE

Conforme descrito anteriormente, Suchman (1995) define a legitimidade como uma percepção ou premissa generalizada de que as ações de uma organização são desejáveis, adequadas ou apropriadas em algum sistema socialmente construído de normas, valores, crenças e definições. Este conceito, ancorado na teoria institucional (que estuda o inter-relacionamento entre os indivíduos, as organizações e o ambiente), baseia-se na premissa de que uma organização atua na sociedade através de um contrato social, que deve atender não apenas os interesses dos controladores da organização, mas de todos os atores com ela envolvidos (PATTEN, 1992 apud VOLTARELLI; ZANCHET, 2017).

Suchman afirma, ainda, que a legitimidade afeta não só a maneira como o público vê uma instituição e suas ações, serviços e produtos, mas também como age em relação a ela. Uma organização é legítima quando é vista não apenas como mais digna, mas também como mais significativa, mais previsível e mais confiável (SUCHMAN, 1995).

Seria possível, entretanto, caracterizar a Universidade como uma organização que, como tal, estaria apta a gerenciar a legitimidade de suas ações? No caso em

tela, uma organização que se propõe a formar médicos que se contraponham a uma prática biomédica altamente legitimada na sociedade.

Segundo Maximiano (1993) uma organização é uma combinação de esforços individuais que tem por finalidade realizar propósitos coletivos. Por meio de uma organização torna-se possível perseguir e alcançar objetivos que seriam inatingíveis para uma pessoa. Entretanto, a especificidade organizacional da universidade faz com que suas atividades sejam diferentes da maioria das outras organizações. Esta diferença acontece, principalmente, no nível operacional, onde o trabalho é feito com alto grau de autonomia (ABREU et al., 2005).

Então, a abordagem tradicional de uma organização (forma piramidal), na qual as decisões estratégicas são tomadas em nível superior e depois são traduzidas para orientações no nível intermediário e executadas em nível operacional, não funcionam para as universidades. É preciso compreender que na universidade as atividades não acontecem assim. Não é a direção que vai determinar uma política para o departamento. São os departamentos que discutem as políticas da instituição, que vão se imbricando através de um processo complexo, em uma rede de colegiados, até chegar a um nível superior, em que se definem as diretrizes gerais da instituição (ABREU et al., 2005).

Na universidade, as suas atividades-fim são realizadas por um tipo específico de profissional e sob determinadas condições completamente diferentes de qualquer outro tipo de organização. Nela os agentes do nível operacional - os operários - são profissionais altamente especializados que possuem o mais alto nível de qualificação. Essa característica faz com que comumente, no nível operacional, encontrem-se profissionais com maior qualificação do que em outros níveis mais elevados da estrutura, inclusive nos mais altos cargos da instituição (ABREU et al., 2005).

Outra característica diferenciadora é que esses profissionais, os "operários" da universidade, são qualificados para exercerem suas atividades com autonomia. O caráter pedagógico das atividades desse tipo de organização destaca a complexa dinâmica de interação interpessoal inerente a todo o processo de ensino-aprendizagem tanto nas atividades propriamente de ensino como nas de pesquisa. No nível operacional, a realização de um trabalho dependente de intensa interação inviabiliza a supervisão direta que configura o nível gerencial, bem como torna impossível a racionalização e standartização dos processos de trabalho que caracterizam as burocracias em geral (ABREU et al., 2005).

Essas características do processo operacional acadêmico geram um clima marcadamente igualitário que repercute em processos eletivos entre pares para a escolha de chefias, na transitoriedade de mandatos e em processos colegiados de tomada de decisões que configuram a organização muito mais como um sistema político do que burocrático. Trata-se de uma estrutura complexa que gera múltiplas pressões e inúmeras formas de poder atuando sobre a tomada de decisões. Diferentes grupos de interesse estão disputando e ao mesmo tempo cooperando entre si. A essência do conflito é a negociação e a ampliação de vantagens para a obtenção de prestígio e influência institucional. Os processos de negociação e a formação de coalizões se dão em complexas redes de decisão (ABREU et al., 2005).

Portanto, em que pese suas características singulares, as Universidades são consideradas organizações, de natureza mais política do que burocrática, e que exigirão de seus líderes competências inerentes à gestão de sistemas políticos. Esse cenário gera maior complexidade para os processos de gerenciamento, inclusive no que tange à legitimidade organizacional.

Suchman (1995) afirma que as organizações podem buscar legitimidade de suas atividades por diversas razões. Contudo, para que os resultados desta busca sejam positivos, é necessário inicialmente estabelecer claramente os seus objetivos. Nessa busca por objetivos, o autor estabeleceu duas dimensões: a) distinção entre a busca da continuidade e da credibilidade; e b) distinção entre os que procuram apoio passivo e os que buscam apoio ativo.

Referindo-se à primeira dimensão, Suchman explica que a legitimidade tanto pode melhorar a estabilidade e a compreensão das atividades organizacionais, como afetar o modo como as pessoas enxergam a empresa. Quanto à segunda dimensão, cita que se uma organização quer simplesmente uma audiência especial e pontual, a legitimidade pode ser pouco efetiva; mas se uma organização quer audiência prolongada, as exigências para aumento da legitimidade podem ser mais rigorosas, porém podem trazer melhores resultados (SUCHMAN, 1995).

Nesse ínterim, apresenta ainda sua tipologia da legitimidade para auxiliar na representação de tais objetivos, sendo composta por três categorias: legitimidade pragmática, moral e cognitiva. A legitimidade pragmática resume-se basicamente numa espécie de troca de apoio para uma política organizacional com base no valor esperado de determinado conjunto de componentes. Está relacionado ao imediatismo da empresa em relação às respostas sobre a percepção do seu público-alvo. Esse

imediatismo no intercâmbio entre organização e público passa a envolver as relações institucionais nos aspectos políticos, econômicos e sociais da entidade, em que cada ação organizacional afeta a percepção do público (VOLTARELLI; ZANCHET, 2017).

A legitimidade moral, por sua vez, consiste em uma avaliação do comportamento ético da organização e de suas atividades. Essa avaliação está direcionada para as atividades que possuem a característica de fazer a coisa certa, buscando compreender se a atividade efetivamente promove bem-estar da sociedade, tal como definido pelo sistema de valores socialmente construídos (VOLTARELLI; ZANCHET, 2017).

Já a legitimidade cognitiva pode ser considerada tanto como apoio afirmativo para uma organização ou como uma simples aceitação da organização, por ela ser necessária ou inevitável, fundamentados em alguns conceitos culturais. Para avaliação dessa legitimidade, a empresa pode ser submetida a um padrão tanto positivo, negativo ou nenhum padrão. A visão cognitiva, busca a legitimação adotando elementos considerados corretos, tal simplesmente porque ele é socialmente aceito (VOLTARELLI; ZANCHET, 2017).

Com base nessa taxonomia, Suchman (1995) propõe que as organizações gerenciem sua legitimidade. Para isso, é necessário passar pelo estágio inicial, de aquisição de legitimidade, para depois mantê-la ou, em alguns casos, repará-la. Para tanto, um ponto importante a ser ressaltado é a comunicação nas organizações. Como a maioria dos processos culturais, a gestão da legitimidade se assenta fortemente sobre a comunicação, neste caso, a comunicação entre a organização e os seus diversos públicos.

Assim, para Suchman (1995) adquirir credibilidade e garantir legitimidade são tarefas que os líderes organizacionais têm de cumprir, lançando mão, para tal fim, de estratégias específicas, de acordo com seus objetivos e com o seu contexto e momento. As estratégias para conquistar legitimidade se dividem em três grupos: (a) os esforços para estar em conformidade com as audiências preexistentes dentro do ambiente atual da organização, (b) esforços para selecionar, nos vários ambientes, uma audiência que apoiará as práticas atuais, e (c) os esforços para manipular o ambiente estrutural através da criação de novos públicos e novas crenças de legitimação.

Os três grupos envolvem misturas complexas de organização, mudança organizacional e comunicação persuasiva. Normalmente, as ações variam de acordo

com a legitimidade desejada: pragmática, moral ou cognitiva. Para conquistar a pragmática conforme o ambiente, basta se adequar ao que o público quer, por meio de ações que deem resultados mais rápidos, porém menos duradouros. A legitimidade moral exige que o processo seja mais concreto, adequando-se a valores e crenças de um público que só será convencido a partir de resultados permanentes. A legitimidade cognitiva é a mais difícil de ser conquistada e esta, devido a essa condição, passa a ser consequência da conquista das legitimidades pragmática e moral (SUCHMAN,1995).

No que tange à manutenção, pesquisadores afirmam que manter a legitimidade é mais fácil do que conquistá-la ou repará-la. No entanto, não é raro que se descuide da manutenção. Anomalias, equívocos, falhas de imitação, inovações e choques externos ameaçam a legitimidade da organização, mesmo as mais seguras, especialmente se tais infortúnios acontecem rápido ou permanecem inalterados durante um período significativo de tempo (SUCHMAN,1995).

Três aspectos podem indicar problemas para manter a legitimidade: 1) públicos frequentemente heterogêneos, 2) estabilidade que leva à rigidez e 3) a institucionalização que gera sua própria oposição. O primeiro deles, que se refere ao público, pode desestabilizar a organização se esta não estiver atenta às mudanças e não investir em constante inovação. A estabilidade pode parecer “um castelo de cartas”, em uma metáfora de Jepperson (1991, apud SUCHMAN, 1995). O terceiro item, que se refere à institucionalização, pode abranger audiências insatisfeitas com a mudança, ponto fraco para a concorrência no que diz respeito a membros menos institucionalizados, assim como precipitação de uma crise de legitimação (SUCHMAN,1995).

Para manter a legitimidade, então, há algumas estratégias, que se dividem em dois grupos: perceber mudanças futuras e proteger realizações passadas. Quando já se conquistou legitimidade, a organização precisa se preparar ainda mais para perceber mudanças nos públicos e prever determinadas reações. Isso implica monitorar o ambiente externo e não se iludir com a posição confortável já conquistada. Assim como ocorre quando se quer ganhar legitimidade, para mantê-la é preciso diferenciar qual delas interessa à organização (SUCHMAN,1995).

Reparar legitimidade pode até se comparar a ganhar legitimidade, no que concerne à dificuldade estratégica. No entanto, a reparação normalmente aparece em uma situação de crise. Algumas estratégias são propostas por Suchman (1995) para

reparar legitimidade organizacional. A maioria delas podem ser as mesmas utilizadas para ganhar ou manter legitimidade, porém, a reparação exige uma ruptura com os padrões estabelecidos e o início de uma nova maneira de pensar a relação com seus públicos (SUCHMAN,1995).

A comunicação, como já dito, é também essencial nessa etapa, principalmente porque as estratégias passam por normalização de contas e reestruturação. Embora as crises de legitimidade normalmente aconteçam por questões de desempenho, elas trazem consigo a desconfiança das audiências em relação a tudo que é feito a partir da ruptura. Para Suchman (1995), os gestores podem tentar, primeiro, negar o problema para amenizar preocupações pragmáticas das audiências, pelo menos até que a organização possa oferecer alguma espécie de compensação. Porém, não basta negar ou oferecer desculpas, explicações e justificativas. A organização precisa, acima de tudo, reconfigurar sua base de legitimação e partir para um processo de reestruturação para que a reparação seja realmente eficiente (SUCHMAN,1995).

Nesse momento, considerando a centralidade do conceito de legitimidade em nossa pesquisa, acreditamos ser necessário um esclarecimento importante sobre a que, efetivamente, estamos empregando tal conceito. Segundo Rossoni (2016), legitimidade é o conceito central do institucionalismo organizacional. Sua importância deriva da premissa de que as organizações, enquanto parte do sistema social, necessitam mais do que recursos técnicos e informação do ambiente, elas necessitam de aceitação e credibilidade. As práticas sociais são orientadas por máximas ou regras aceitas como obrigatórias, que, por sua vez, são tidas como socialmente válidas pelos agentes. Assim, se elas se referem à aceitação das formas de conduta de qualquer ator social, elas podem também envolver as organizações, já que essas são tidas como agentes que atuam dentro de uma realidade social.

As organizações são definidas como um sistema social orientado para a realização de uma meta específica, que necessariamente devem contribuir de alguma forma com o sistema mais amplo, normalmente a sociedade. Sendo assim, se elas são tidas como imersas no ambiente social, as organizações devem ser compreendidas por sua congruência com o sistema de valores de tal ambiente, assim como seu conjunto de crenças, leis e normas. Desde que as organizações usam recursos do ambiente, a sociedade constantemente avalia se suas ações são apropriadas e se seus produtos ou resultados são socialmente úteis. Com efeito, a legitimidade organizacional não é dada: ela é consequência da interpretação das

ações a partir de sua comparação com valores socialmente legítimos (ROSSONI, 2016).

Nesse contexto, importantes questões podem ser levantadas: quem avalia a legitimidade das organizações? Quem tem o direito de avaliar a legitimidade de uma organização? Quais critérios devem ser utilizados para acessar a legitimidade? Quais atividades organizacionais devem ser avaliadas, e quem deve escolhê-las? Na concepção de alguns autores, as respostas a essas questões não se aplicam a todas as organizações. Isso porque, mesmo muitos autores aceitando que qualquer grupo de interesse, organização ou indivíduo que está em contato com a organização pode avaliá-la, assim como determinar quais são os critérios de avaliação, somente aquelas organizações ou indivíduos que contribuem com recursos, que dão suporte a suas atividades ou que consomem seus produtos devem ser consideradas como relevantes, sob a condição de estarem diretamente relacionadas à sobrevivência da organização. Em outras palavras, somente os grupos de interesse dos quais a organização depende podem lhe garantir legitimidade (ROSSONI, 2016).

Em tempo, esclarecemos que a aplicação do conceito de legitimidade que estamos utilizando se dá estritamente no perfil do egresso de uma formação médica que as universidades se propõem a entregar à sociedade, e não à medicina como um todo. Portanto, não estamos nos referindo à legitimidade da medicina como campo do conhecimento humano e prática social, mas sim à legitimidade de uma proposta de formação médica com certas características, e que deve ser executada pelas organizações educacionais do país. Assim, não afirmamos haver crise de legitimidade da medicina, mas sim necessidade de construção de legitimidade para um perfil de formação e prática médica que ainda carece de respaldo na sociedade.

Em nosso entendimento, faz-se necessário reconhecer que o modelo de formação e prática médica flexneriano/biomédico, este sim, começa a entrar em crise, em que pese ainda gozar de ampla legitimidade. Os múltiplos fatores que tornaram possível a construção da legitimidade da medicina flexneriana/biomédica continuam operando com bastante força. A crise de legitimidade que começa a se desenhar ainda está restrita ao âmbito daqueles que se utilizam dos serviços médicos, que apontam sistematicamente sua insatisfação principalmente com a falta de capacidades humanísticas entre os profissionais médicos. Entretanto, teriam esses atores direito à avaliar a legitimidade da formação hegemônica? Seriam eles grupos de interesse dos quais a organização e suas atividades depende (nesse caso, a

universidade e sua proposta de formação médica), e, portanto, para quem deveriam adequar suas entregas?

Entendemos que, apesar de possuírem o direito, os usuários dos serviços médicos não conformam o principal grupo de interesse dos quais a universidade e sua proposta de formação médica dependem - o que parece uma contradição da lógica à primeira vista. Entretanto, como já explorado anteriormente, a relação médico-paciente se conformou dentro de uma construção social que favoreceu o desenvolvimento de uma autoridade médica altamente legitimada. Essa autoridade foi consolidada a partir da construção de uma imagem específica do papel do médico: alguém dotado de saberes e “poderes” para tomar decisões que envolvem a vida ou a morte das pessoas.

Nesse contexto, fica claro que o principal grupo de interesse do qual a organização e suas ações depende (universidade e proposta de formação médica, respectivamente) é a própria categoria médica, que, inclusive, compõe a maior parte dos quadros de docentes e preceptores das instituições de ensino superior e das redes de saúde que recebem os alunos, respectivamente gozando de ampla autonomia em relação aos processos de gestão educacional.

Compreendidas, portanto, as questões fundamentais que norteiam o conceito de legitimidade organizacional, suas possibilidades estratégicas de gerenciamento segundo Suchman (1995) e o âmbito de aplicação de tal conceito na presente pesquisa, convém contextualizar como o curso de medicina do CAA/UFPE se propôs a promover uma formação que se contrapõe à medicina flexneriana/biomédica e qual o papel das tecnologias educacionais construtivistas nesse contexto.

O referido curso foi aprovado no âmbito do Programa Mais Médicos, atendendo a diretriz da expansão e interiorização da formação médica. No município de Caruaru, o CAA/UFPE é a primeira instituição a oferecer o curso de medicina, cujas atividades iniciaram em 31 de março de 2014, apesar de a região já ofertar na rede privada alguns cursos da área da saúde. Assim, o CAA/UFPE lidera o desenvolvimento da região como mais um novo polo da saúde no estado de Pernambuco (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2014).

Esse pioneirismo tem relevância estratégica para a cidade de Caruaru e toda região do Agreste pernambucano. A sede da quarta regional de saúde é reconhecidamente um importante centro de convergência econômica no Estado de Pernambuco, destacando-se nas áreas de confecção, arte figurativa e agroindústria.

Também é uma área de conexão rodoviária leste/oeste que vai da Região Metropolitana do Recife ao Sertão pernambucano, e norte/sul, da Paraíba até Alagoas. Tais conexões fazem de Caruaru um centro importante de serviços, negócios e de distribuição de mercadorias. Apesar do município ter apresentado um crescimento econômico acelerado nos últimos anos, este fenômeno não tem trazido um impacto direto na melhoria das condições de vida da população. Assim, a região se destaca por ser marcada pela desigualdade social, com graves situações de pobreza e populações com grau extremo de vulnerabilidade (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2014).

Partindo do pressuposto de que um povo desprovido de saúde se encontra prejudicado no exercício de sua cidadania, a Universidade reconhece seu potencial para propor e participar de ações que visem à superação das desigualdades regionais e à inclusão, no sistema de saúde, da população histórica e socialmente excluídas. O curso de medicina do CAA/UFPE, portanto, fundamenta-se nos preceitos da formação de recursos humanos com qualidade e no avanço da integração entre o ensino e necessidades sociais da comunidade, em seus diferentes níveis de complexidade e atenção. Assim, o processo de formação é ampliado, aliando a busca eficiente de diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos ao desenvolvimento das condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social, redirecionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas públicas (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2014).

Oferece anualmente 80 (oitenta) novas vagas e possui um robusto Projeto Pedagógico do Curso (PPC), que é o mais importante instrumento de gestão utilizado pelas coordenações de curso e seus respectivos Núcleos Docentes Estruturantes (NDE) para estabelecer a concepção de ensino-aprendizagem de suas propostas de formação. Nele inserem-se o perfil do egresso, as diretrizes curriculares dos cursos, os objetivos, as metodologias de ensino, entre outros elementos.

No caso do curso de medicina do CAA/UFPE, o PPC traz em seu bojo uma clara definição do perfil do egresso, completamente consoante com as DCN. Em meio a um longo e fundamentado texto, o referido documento estabelece como objetivo central do curso a oferta de uma formação médica geral, humanística, crítica, reflexiva e ética, que produza egressos com capacidade para atuar nos diferentes níveis de

atenção à saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2014).

Dentre outros aspectos, o PPC ressalta a fundamentação metodológica do curso nas teorias construtivistas de aprendizagem, com prioridade para as metodologias ativas de ensino, além de descrever as competências como eixo norteador do currículo e estabelecer uma forte integração com os serviços do sistema de saúde local e regional. Há, portanto, uma presença importante dos elementos considerados fundamentais no arcabouço teórico contemporâneo que trata da reorientação da formação médica.

Diante de todos os aspectos teóricos e contextuais relacionados à formação médica no Brasil e à legitimidade organizacional explorados até aqui, e considerando os elementos centrais da proposta político-pedagógica do curso de medicina do CAA/UFPE, sintetizamos nosso raciocínio analítico nas seguintes afirmativas:

- a) A proposta de formação médica preconizada nas DCN (e no SUS em última análise), carece de legitimidade, a qual precisa ser gerenciada pela organização universitária visando seu fortalecimento no cenário de disputa com a prática biomédica hegemônica;
- b) Os objetivos da busca por legitimidade para a formação médica preconizada no SUS devem ser pautados no aumento de sua credibilidade e na captação de apoio ativo, em função de sua fragilidade em relação à formação hegemônica, o que sugere fortemente uma construção de legitimidade do tipo moral ou cognitiva;
- c) O gerenciamento da legitimidade nessa situação deverá ser basicamente focado em estratégias de aquisição, visto que a proposta de formação preconizada no SUS está em franca desvantagem em relação à formação flexneriana, além de ser uma perspectiva relativamente nova da medicina;
- d) Considerando o papel essencial das tecnologias educacionais construtivistas no projeto político pedagógico do curso de medicina do CAA/UFPE como aposta metodológica para o alcance de sucesso na formação de egressos mais conectados com as proposições do SUS, identifica-se que as mesmas estão desempenhando uma função

estratégica para a aquisição de legitimidade em favor do perfil de formação desejado, buscando modificar o ambiente estrutural e fortalecer as novas crenças de legitimação.

Dessa forma, compreendida a importância da aquisição de legitimidade para a formação médica preconizada nas DCN e o papel estratégico das TEC no curso do CAA/UFPE, justifica-se a investigação sobre se e como essas últimas influenciam na legitimação do perfil de formação desejado.

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo é destinado à descrição do delineamento metodológico da pesquisa, organizado em algumas sessões para melhor compreensão do leitor.

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa explicativa, aplicada, de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, que se propôs a analisar as influências geradas pela aplicação das tecnologias educacionais construtivistas na produção de legitimidade para a formação médica preconizada no SUS, no âmbito do curso de graduação em Medicina do Campus Acadêmico do Agreste da Universidade Federal de Pernambuco, com vistas à construção de intervenção que contribua com a qualificação das práticas de ensino-aprendizagem na instituição em tela.

O estudo de caso é um tipo de pesquisa que ganha particular importância quando se examinam eventos contemporâneos sobre os quais não se tem controle dos comportamentos relevantes (YIN, 2001). O objeto de estudo é quase sempre de natureza complexa, devendo-se realizar uma análise acurada e que proporcione ao pesquisador encontrar respostas que o auxiliem a compreender como e por que os fenômenos ocorrem nos contextos específicos em que se desenvolvem. Para abordar fenômenos em que a subjetividade do elemento humano está fortemente presente, o estudo de caso é um método que se adapta bem (BRITO, 2016).

### 4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Campus Acadêmico do Agreste da Universidade Federal de Pernambuco (CAA/UFPE), localizado no município de Caruaru/PE, durante o período de setembro de 2019 a fevereiro de 2020, coletando e analisando dados referentes ao período de 2014 a 2019.

### 4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados para este estudo foi realizada em duas etapas: 1) Pesquisa documental no acervo do curso de graduação em medicina do CAA/UFPE; e 2) Entrevista semiestruturada com os sujeitos participantes da pesquisa.

Foram utilizados como acervo para o desenvolvimento da pesquisa os Projetos Políticos Pedagógicos do curso em suas duas versões (PPC 2014 e PPC 2019) e 15 (quinze) planos de ensino elaborados para o segundo semestre de 2019, os quais serão identificados pelas seguintes siglas: Plano de Ensino Módulo de Iniciação Científica e Avaliação 1 (PEMICA1); Plano de Ensino Módulo Transversal de Iniciação Científica 2 (PEMTIC2); Plano de Ensino Módulo: Iniciação Científica e Avaliação 3 (PEMICA3); Plano de Ensino Módulo O Ser Humano 2 - Bases fisiológicas do organismo e identificação de necessidades de saúde (PEMSH2); Plano de Ensino Módulo O Ser Humano 3 - Agressão e Defesa (PEMSH3); Plano de Ensino Módulo Dor (PEMD); Plano de Ensino Módulo Febre, Inflamação e Infecção (PEMFII); Plano de Ensino Módulo Fadiga, Perda de peso e Anemias (PEMFPA); Plano de Ensino Módulo Problemas Mentais e do Comportamento (PEMPMC); Plano de Ensino Módulo Processo de Envelhecimento; Plano de Ensino Módulo Doenças Infecciosas e Negligenciadas (PEMDIN); Plano de Ensino Módulo Emergências (PEME); Plano de Ensino Módulo Saúde, Ambiente e Trabalho (PEMSAT); Plano de Ensino Módulo Prática Interdisciplinar de Ensino, Serviço e Comunidade 4 (PEMPIESC4); e Plano de Ensino Módulo Prática Interdisciplinar de Ensino, Serviço e Comunidade 6 (PEMPIESC6).

Convém ressaltar que os quatro primeiros anos do curso somam um total de 40 planos de ensino (05 para cada semestre), não estando incluídos nesse total os planos de ensino referentes aos dois últimos anos (internato). Os planos selecionados para o acervo foram indicados pela Coordenação do Curso por serem os mais identificados com a proposta pedagógica desenvolvida no curso até aquele momento (com vinculação ao PPC 2014), visto que o projeto político pedagógico acabara de ser atualizado (outubro de 2019) e alguns planos de ensino já teriam sofrido ajustes em seus conteúdos.

Segundo Tobar e Yalour (2001), a pesquisa documental é aquela que se debruça sobre documentos pertencentes a pessoas ou guardados em órgãos públicos e privados de qualquer natureza. É uma ferramenta que contribui bastante para a investigação de alguns temas e pode compreender materiais de característica diversa (jornais, revistas, diários, obras literárias, científicas e técnicas, cartas, memorandos, relatórios etc.) que não se submeteram ao tratamento analítico (GODOY, 1995), constituindo-se, portanto, em fontes primárias.

É importante destacar que neste tipo de pesquisa três fatores devem ser levados em consideração: a seleção dos documentos (em função do objeto do estudo, das finalidades, das ideias e dos pressupostos), a possibilidade do acesso a eles e o tratamento analítico. De acordo com Yin (2001) a utilização de documentos propicia a corroboração e a valorização de informações obtidas de outras fontes como, por exemplo, as entrevistas e ainda permite ao pesquisador fazer inferências. No entanto, adverte que estas devem ser tratadas como indícios a serem investigados de forma mais aprofundada, sob pena de se constituírem posteriormente em falsas indicações.

Os sujeitos envolvidos no estudo foram 08 (oito) docentes (identificados na presente dissertação pelo caracter “P” seguido de um número de ordem) e 19 (dezenove) estudantes (identificados na presente dissertação pelo caracter “A” seguido de um número de ordem) do curso de graduação em Medicina do CAA/UFPE selecionados em amostra intencional do tipo bola de neve. Foi considerado como critério de inclusão para a amostra o sujeito estar diretamente envolvido na utilização regular de tecnologias educacionais construtivistas no curso de Medicina do CAA/UFPE entre os anos de 2014 e 2019, seja como aluno ou como docente. Por outro lado, foram excluídos da amostra docentes que não pertençam ao corpo efetivo do CAA/UFPE (temporários ou colaboradores eventuais).

Conforme destaca Minayo (2010) ao definir o local e os sujeitos participantes da pesquisa o pesquisador deve atentar para as experiências e expressões a serem captadas no estudo. Compete ao pesquisador selecionar os sujeitos que guardem afinidade com as características a serem investigadas, conferindo-lhes intencionalidade na seleção dos participantes.

As entrevistas semiestruturadas se baseiam no uso de roteiros que contemplam perguntas ou temas a serem explorados durante as mesmas. O pesquisador, entretanto, pode enveredar por outros temas que eventualmente apareçam no percurso e permite ao informante encontrar e/ ou seguir novas pistas (TOBAR; YALOUR, 2001). O roteiro usado na presente pesquisa está apresentado no apêndice A.

Para Duarte (2004) a entrevista na pesquisa qualitativa presume uma conversa contínua e integrada entre os informantes e o pesquisador, pelo qual deve ser conduzida em observância aos objetivos do estudo.

## 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Visando ao alcance dos objetivos da pesquisa, os dados obtidos foram analisados sob duas perspectivas metodológicas:

- a) Análise temática - na qual os dados oriundos do acervo pesquisado foram categorizados segundo o grau de convergência com as diretrizes teórico-metodológicas da aprendizagem construtivista;
- b) Análise do discurso - na qual os dados oriundos das entrevistas semiestruturadas foram categorizados segundo: (1) o grau de convergência com as diretrizes teórico-metodológicas da aprendizagem construtivista; (2) o grau de convergência com as características do perfil de formação preconizada; e (3) o grau de convergência com a tipologia de legitimidade estabelecida por Suchman (1995).

### 4.4.1 Análise temática

A análise temática é uma das modalidades da análise de conteúdo a qual, segundo Bardin (2011), consiste em três fases: pré-análise (organização e seleção dos documentos e leitura do conteúdo); exploração do material (estudo aprofundado orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos); tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (aprofundamento da análise para desvendar o conteúdo latente dos documentos).

Nesta pesquisa, o acesso ao acervo se deu em virtude da carta de anuência fornecida pela Direção do CAA/UFPE, sendo operacionalizado por meio de contato pessoal do pesquisador com a Coordenação do Curso de Medicina do CAA/UFPE, a qual, por sua vez, disponibilizou o projeto político pedagógico atualizado e os 15 planos de ensino mais atualizados, elaborados pelo corpo docente responsável pela sua execução e avaliação. A pré-análise dessa documentação confirmou a necessidade previamente estimada no projeto de pesquisa quanto à exploração de todos esses documentos, tendo em vista sua importância significativa no delineamento e utilização das tecnologias educacionais construtivistas.

A exploração aprofundada deste material, permitiu o tratamento, inferência e interpretação dos dados, para produção de uma categorização baseada nas diretrizes teórico-metodológicas das tecnologias educacionais., conforme já explorado no

referencial teórico. Dessa forma, os dados identificados no acervo que se relacionavam diretamente com as tecnologias educacionais foram analisados segundo seu grau de convergência com os aspectos teórico-metodológicos presentes em cada tipo de tecnologia de ensino, o que permitiu sua categorização em “Tecnologias de Ensino Tradicionas (TET)” ou “Tecnologias de Ensino Construtivistas (TEC)”. Tal categorização orientou a análise qualitativa dos dados com vistas a contribuir principalmente no alcance do primeiro objetivo específico.

#### **4.4.2 Análise do discurso**

A análise do discurso propõe o entendimento de um plano discursivo que articula linguagem e sociedade, estas intercaladas pelo contexto ideológico. Seu objetivo não é instituir uma “nova linguística”, mas consolidar uma alternativa de análise, mesmo que marginal, à perspectiva tradicional. Esta modalidade decorre de uma nova percepção da função da linguagem, que não se limita a ser um suporte do pensamento ou um instrumento de comunicação, mas apreendida como interação e uma construção social, ampliando-se, portanto, o enfoque da linguística. Nessa perspectiva, evidencia-se que uma linguística que se limite ao estudo interno da língua não poderá dar conta do seu objeto, é necessário que ela traga para o interior do seu sistema um enfoque que articule o linguístico e o social (BRANDÃO, 2004).

Trabalha, assim, com o sentido e não com o conteúdo do texto, um sentido que não é traduzido, mas produzido. A análise do discurso tem a pretensão de interrogar os sentidos estabelecidos em diversas formas de produção, verbais ou não verbais, bastando que sua materialidade produza sentidos para interpretação (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Portanto, a análise do discurso não vai trabalhar com a forma e o conteúdo, mas irá buscar os efeitos de sentido que se pode apreender mediante interpretação, a qual sempre é passível de equívoco, pois embora a interpretação pareça ser clara, na realidade existem muitas e diferentes definições, sendo que os sentidos não são tão evidentes como parecem ser. Pêcheux (2002 apud CAREGNATO; MUTTI, 2006), reforça a análise do discurso sob o prisma de uma leitura interpretativa, e acrescenta que, embora seja mais relevante para as ciências da linguagem, ela está presente no exercício das ciências humanas, portanto, a interpretação caberá tanto ao “analista” da linguagem quanto a do cientista em geral.

Pode-se afirmar que o *corpus* da análise do discurso é constituído pela seguinte formulação: ideologia + história + linguagem. A ideologia é entendida como o posicionamento do sujeito quando se filia a um discurso, sendo o processo de constituição do imaginário que está no inconsciente, ou seja, o sistema de ideias que constitui a representação; a história representa o contexto sócio-histórico e a linguagem é a materialidade do texto gerando “pistas” do sentido que o sujeito pretende dar. Portanto, na análise do discurso a linguagem vai além do texto, trazendo sentidos pré-construídos que são ecos da memória do dizer, ou seja, a memória coletiva constituída socialmente; o sujeito tem a ilusão de ser dono do seu discurso e de ter controle sobre ele, porém não percebe estar dentro de um contínuo, porque todo o discurso já foi dito antes (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Algumas das diferenças importantes entre a análise de discurso e a análise de conteúdo são o modo de acesso ao objeto e a interpretação, que na análise de conteúdo poderá ser tanto quantitativa quanto qualitativa, enquanto na análise de discurso será somente qualitativa. Como já citado, entretanto, a maior diferença entre as duas formas de análises é que a análise de discurso trabalha com o sentido e não com o conteúdo, já a análise de conteúdo trabalha com o conteúdo, ou seja, com a materialidade linguística através das condições empíricas do texto, estabelecendo categorias para sua interpretação (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Enquanto a análise de discurso busca os efeitos de sentido relacionados ao discurso, a análise de conteúdo fixa-se apenas no conteúdo do texto, sem fazer relações além deste. A análise de discurso preocupa-se em compreender os sentidos que o sujeito manifesta através do seu discurso; já a análise de conteúdo espera compreender o pensamento do sujeito através do conteúdo expresso no texto, numa concepção transparente de linguagem. Na análise de discurso, a linguagem não é transparente, mas opaca, por isso, o analista de discurso se põe diante da opacidade da linguagem (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Considerando os referenciais teóricos explorados em seção anterior, acerca das características essenciais das tecnologias educacionais tradicionais e construtivistas, os dados oriundos das entrevistas também puderam contribuir para a descrição da aplicação das tecnologias educacionais no âmbito do curso de medicina do CAA/UFPE, especialmente no que tange aos discursos relacionados à execução das práticas de ensino nos espaços pedagógicos previstos no projeto político pedagógico do curso.

Além disso, considerando ainda os aspectos fundamentais das propostas contemporâneas de reorientação da formação médica, e visando atender ao segundo objetivo específico, a análise do discurso nas entrevistas também proporcionou a identificação de dois eixos temáticos principais, a saber: 1) a influência das tecnologias educacionais construtivistas sobre o cuidado integral na prática médica; e 2) a influência das tecnologias educacionais construtivistas sobre o compromisso social na prática médica.

Já em relação ao terceiro objetivo específico, analisando os referenciais teóricos explorados em seção anterior acerca da legitimidade na formação médica, em especial a abordagem de Suchman (1995), a análise do discurso nas entrevistas proporcionou a identificação de três eixos temáticos principais, a saber: 1) a influência das tecnologias educacionais construtivistas sobre a produção de legitimidade pragmática; 2) a influência das tecnologias educacionais construtivistas sobre a produção de legitimidade moral; e 3) a influência das tecnologias educacionais construtivistas sobre a produção de legitimidade cognitiva.

Dessa forma, apresentamos o quadro 1 que sistematiza os objetivos, fontes, tipologia de análise e respectivas categorias usadas para a análise dos dados coletados durante a pesquisa. Já os quadros 2 e 3, apresentam as principais marcas linguísticas associadas a cada uma das categorias, servindo de base para a vinculação dos discursos às mesmas.

**Quadro 1** – Fontes, tipologia de análise e categorias utilizadas para os respectivos objetivos específicos da pesquisa, Caruaru, 2019.

(continua)

| <b>Objetivo</b>  | <b>Fonte de dados</b> | <b>Tipologia de análise</b>               | <b>Categorias</b>   |
|--|-----------------------|---|---|
| Descrever a utilização de tecnologias educacionais construtivistas no contexto do curso de Medicina.   | Acervo e Entrevistas  | Análise de conteúdo e Análise do discurso | TET   |
|  |                       |   | TEC   |
| Descrever como docentes e estudantes do curso de Medicina identificam a influência das tecnologias educacionais construtivistas para a formação e prática médica preconizada no curso de Medicina. | Entrevistas           | Análise do discurso                       | Influência das TEC sobre o cuidado integral na prática médica   |
|  |                       |   | Influência das TEC sobre o compromisso social na prática médica |

**Quadro 1** – Fontes, tipologia de análise e categorias utilizadas para os respectivos objetivos específicos da pesquisa, Caruaru, 2019.

(conclusão)

| <b>Objetivo</b>  | <b>Fonte de dados</b> | <b>Tipologia de análise</b> | <b>Categorias</b>   |
|--|-----------------------|-----------------------------|---|
| Analisar a produção de legitimidade para a formação e prática médica preconizada no SUS relacionada com a utilização de tecnologias educacionais construtivistas no curso de Medicina. | Entrevistas           | Análise do discurso         | Influência das TEC na produção de legitimidade pragmática |
|  |                       |                             | Influência das TEC na produção de legitimidade moral      |
|  |                       |                             | Influência das TEC na produção de legitimidade cognitiva  |

Fonte: O autor a partir de Neves e Damiani (2006); Mattos (2001); Araújo, Miranda e Brasil (2007); Rios e Sirino (2015); Pilatti et al. (2017); Suchman (1995).

**Quadro 2** – Marcas linguísticas e respectivas categorias utilizadas para análise dos resultados do objetivo específico 2, Caruaru, 2019.

| <b>Eixo temático identificado</b> | <b>Influência das tecnologias educacionais construtivistas sobre o cuidado integral e humanizado</b>                              | <b>Influência das tecnologias educacionais construtivistas sobre o compromisso social</b>               |
|-----------------------------------|---|---|
| <b>Marcas Linguísticas</b>        | Prática médica pautada em uma visão integral/holística, com respeito à subjetividade do paciente e a determinação social da saúde | Prática médica que possibilite a contribuição com a consolidação e o desenvolvimento do SUS             |
|                                   | Prática médica com conhecimento e vínculo com o território onde as pessoas vivem e com a rede de saúde                            | Prática médica que possibilite a devolução à sociedade do investimento público na formação do indivíduo |
|                                   | Prática médica multiprofissional e intersetorial  | Prática médica que possibilite uma atuação junto às comunidades vulneráveis                             |
|                                   | Prática médica humanizada, empática e ética   | Prática médica que possibilite o fortalecimento da interiorização do trabalho médico                    |

Fonte: O autor a partir de Mattos (2001); Rocha e Centurião (2007)

**Quadro 3** – Marcas linguísticas e respectivas categorias utilizadas para análise dos resultados do objetivo específico 3, Caruaru, 2019.

| <b>Eixo temático identificado</b> | <b>Produção de legitimidade pragmática</b>   | <b>Produção de legitimidade moral</b>  | <b>Produção de legitimidade cognitiva</b>   |
|-----------------------------------|--|--|---|
| <b>Marcas Linguísticas</b>        | Ser médico formado por técnicas e métodos com reconhecimento internacional           | Ser médico para promover o direito social à saúde e apoiar a redução da desigualdade e exclusão social | Ser médico formado em conformidade a proposta das diretrizes curriculares nacionais   |
|                                   | Ser médico formado em instituição de ensino com boa reputação                        | Ser médico para promover o cuidado integral e humanizado   | Ser médico formado com qualidade para melhorar a prestação do serviço de saúde ofertado à sociedade   |
|                                   | Ser médico para garantir espaço no mercado de trabalho, com remuneração satisfatória | Ser médico para atuar no SUS em todos os seus níveis e contribuir com sua consolidação                 | Ser médico formado com capacidade para se desenvolver de forma permanente, com autonomia, proatividade e capacidade crítico-reflexiva no processo de aprendizagem |

Fonte: O autor a partir de Suchman (1995); Silva (2006).

## 5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi desenvolvido em conformidade com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012; e com normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, aprovadas pelo CNS, através da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Foi submetida à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães, tendo sido registrada sob o nº 19395919.0.0000.5190 (CAAE) e aprovada através do Parecer nº 3.644.531 (ANEXO A).

As entrevistas foram realizadas mediante a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) que deu ciência aos participantes sobre o objetivo da pesquisa, o método utilizado, a participação voluntária, os riscos e benefícios de participação, a possibilidade de a entrevista ser interrompida a qualquer momento bem como a garantia do sigilo e anonimato de sua identidade. Para efeito da realização desta pesquisa foram considerados riscos ou desconfortos: compartilhar informações pessoais e/ou confidenciais, ou sentir incômodo em falar; e benefícios: o conhecimento produzido pela pesquisa deve contribuir para a qualificação de tecnologias educacionais que favoreçam a produção de legitimidade na formação médica para o SUS no âmbito da IV Gerência Regional de Saúde de Pernambuco.

Para o acesso ao acervo, foi solicitada Carta de Anuência do CAA/UFPE (ANEXO B).

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresentamos os aspectos relevantes relacionados aos resultados encontrados e a análise realizada pelo autor.

### 6.1 AS TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS CONSTRUTIVISTAS NO CONTEXTO DO CURSO DE MEDICINA DO CAA/UFPE

A organização curricular do curso de medicina do CAA/UFPE visa favorecer a integração de conteúdo, de aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes, destacando-se a interdisciplinaridade como forma de colocar em prática os ideais de ensino-aprendizagem. Portanto, em vez dos componentes curriculares serem chamados disciplinas, os componentes são módulos. Ademais, a organização curricular proposta no curso de medicina da UFPE/CAA garante a diversificação do ambiente de aprendizagem e a flexibilidade suficiente para os alunos serem ativos no seu processo de aprendizagem (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2019).

Esses módulos constituem as unidades curriculares obrigatórias do curso, incluindo o estágio obrigatório, e estão assim organizados (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2019):

- a) Módulos Temáticos Interdisciplinares;
- b) Módulos de Prática Interdisciplinar de Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC);
- c) Módulos Transversais de Atualização Científica;
- d) Módulos de Iniciação Científica e Avaliação;
- e) Módulos de Internato.

O curso tem duração total de 6 anos e é dividido em dois ciclos: (1) primeiro ciclo - primeiro ao quarto ano; (2) segundo ciclo - estágio curricular obrigatório (internato). O primeiro, segundo, terceiro e quarto anos são compostos por dez módulos cada ano: seis Módulos Temáticos Interdisciplinares com duração de 5 semanas cada; dois Módulos de Prática Interdisciplinar de Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC) com 15 semanas cada; um Módulo Transversal de Atualização Científica; um Módulo de Iniciação Científica e Avaliação. Todos os módulos são integrados e estruturados de uma forma em que o estudante tenha uma continuidade

de aprendizado em todos os semestres. O ponto de partida dessa integração são os problemas estruturados e a prática em serviço (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2019).

**Quadro 4** – Síntese dos módulos do 1º ao 4º ano.

| Semestre | 1º ano  | 2º ano   | 3º ano   | 4º ano   |
|----------|---|--|--|--|
|          | MÓDULOS   | MÓDULOS  | MÓDULOS  | MÓDULOS  |
| 1º       | Introdução ao estudo da saúde   | Saúde da gestante e do recém-nascido           | Dor abdominal, diarreia, vômito e icterícia.     | Desordens nutricionais e metabólicos           |
|          | Concepção e formação do ser humano  | Saúde na infância e na adolescência            | Processo de envelhecimento                       | Dispneia, dor torácica e edemas.               |
|          | Processo de Cuidar  | Saúde da Mulher                                | Doenças de proliferação celular                  | Desordens urinárias                            |
|          | PIESC 1   | PIESC 3  | PIESC 5  | PIESC 7  |
|          | Módulo transversal de atualização científica 1  | Módulo transversal de atualização científica 2 | Módulo transversal de atualização científica 3   | Módulo transversal de atualização científica 4 |
| 2º       | O ser humano 1- Bioquímica, Biologia Celular e o Processo Saúde-Doença                      | Febre, inflamação e infecção.                  | Locomoção  | Doenças infecciosas e negligenciadas           |
|          | O ser humano 2 - Bases Fisiológicas do Organismo e A Identificação de Necessidades de Saúde | Dor  | Distúrbios motores, sensoriais e da consciência. | Saúde e Meio Ambiente                          |
|          | O ser humano 3 – Agressão e Defesa  | Fadiga, perda de peso e anemias.               | Problemas mentais e do comportamento             | Emergências                                    |
|          | PIESC 2   | PIESC 4  | PIESC 6  | PIESC 8  |
|          | Iniciação científica e avaliação 1  | Iniciação científica e avaliação 2             | Iniciação científica e avaliação 3               | Iniciação científica e avaliação 4             |

Fonte: Universidade Federal de Pernambuco (2019).

Para a operacionalização dos módulos do 1º ao 4º ano, atribuem-se um conjunto de espaços pedagógicos, nos quais as várias metodologias podem ser realizadas a partir das competências a serem desenvolvidas em cada componente curricular, buscando garantir assim flexibilidade e interdisciplinaridade. Cada tipo de módulo pode comportar vários espaços pedagógicos, mas essencialmente propõe-se a seguinte organização (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2019):

- a) Módulo Temático interdisciplinar:
  - Tutoria da aprendizagem baseada em problemas;
  - Laboratório de informática;
  - Laboratório morfofuncional;
  - Laboratório de sensibilidades, habilidades e expressão;
  - Prática em serviço;
  - Exposição dialogada;
  - Ambiente virtual de aprendizagem;
- b) Módulo PIESC:
  - Prática em serviço;
  - Espaço de problematização;
  - Ambiente virtual de aprendizagem;
- c) Módulo Transversal de Atualização Científica e de Iniciação Científica e Avaliação:
  - Tutoria da aprendizagem baseada em problemas;
  - Exposição dialogada;
  - Laboratório de informática;
  - Ambiente virtual de aprendizagem.

O projeto Político Pedagógico do Curso (PPC) destaca, ainda, que cada componente curricular pode apresentar diversos espaços pedagógicos, para mais ou menos dos que estão destacados acima. Entretanto, as atividades de cada espaço devem estar presentes no plano de ensino dos módulos, assim como a semana padrão dos estudantes (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2019).

Assim, os planos de ensino ganham fundamental importância no processo, em que pese o PPC estabelecer diretrizes metodológicas singulares para cada um desses espaços pedagógicos. Portanto, são nesses últimos que as tecnologias educacionais

são efetivamente implementadas, materializando os momentos pedagógicos de execução e avaliação, concebidos no processo de planejamento.

Convém ressaltar, nesse ínterim, que os professores do curso têm reuniões frequentemente, nas quais são discutidos temas pertinentes ao planejamento, execução e avaliação dos módulos, além de acompanhar de perto os estudantes e as demandas institucionais. Esse espaço, além de funcionar como ferramenta de gestão colegiada das práticas pedagógicas, é também um espaço de educação permanente docente (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2019).

Conforme citado anteriormente, utilizamos como acervo para a presente pesquisa o próprio PPC (em suas duas versões, 2014 e 2019) e os planos de ensino indicados pela Coordenação do Curso, referentes ao 2º semestre do ano de 2019. Nossa análise sobre o material disponibilizado teve como principal objetivo a identificação das tecnologias educacionais propostas em cada espaço pedagógico previsto, permitindo a categorização desses últimos como ambientes com maior predominância de Tecnologia Educacional Tradicional (TET) ou de Tecnologia Educacional Construtivista (TEC), o que poderia auxiliar a desenvolver uma visão mais acurada sobre a efetiva extensão das TEC nas atividades pedagógicas do curso.

Basicamente, a categorização de um espaço pedagógico como ambiente com predominância de TET foi estabelecida quando as análises dos dados apontaram o uso frequente de aulas expositivas caracterizadas pela transmissibilidade de conteúdos e centralidade do processo de ensino no professor, com postura mais passiva dos alunos. Outrossim, reforçamos que foram considerados espaços pedagógicos com predominância das TEC aqueles em que os dados analisados apontaram o uso frequente de diversas estratégias pedagógicas ancoradas nas teorias construtivistas de aprendizagem, e que formam uma espécie de alicerce para a concretização da aprendizagem ativa.

A partir dessa sistematização, e após a aplicação das análises sobre os dados do acervo, elaboramos o quadro 5, no qual apresentamos cada um dos espaços pedagógicos, correlacionando-os às respectivas tecnologias educacionais identificadas, sua categorização predominante e principais trechos dos documentos consultados que justificam as respectivas identificação e categorização.

A análise do quadro 5 indica que o curso de medicina do CAA/UFPE é fortemente marcado pela intencionalidade dos docentes em aplicar tecnologias educacionais construtivistas. A maior parte dos planos de ensino identificados está

metodologicamente estruturada no tripé “ABP - Problematização - Discussão em grupos no AVA”, todas essas reconhecidas amplamente como tecnologias educacionais construtivistas, além de manter uma forte conexão e inserção prematura dos discentes com a rede de serviços de saúde, favorecendo a aprendizagem significativa.

**Quadro 5** – Categorização dos espaços pedagógicos disponibilizados no Curso de Medicina do CAA/UFPE segundo as tecnologias educacionais identificadas, Caruaru, 2019.

(continua)

| Espaço pedagógico  | Tecnologias Educacionais identificadas  | Categorização | Trechos/Fontes   |
|--|---|---------------|--|
| <p><b>Tutoria da aprendizagem baseada em problemas</b></p> | <p>Aprendizagem baseada em problemas (ABP)</p> <p>Seminários</p> <p>Grupos cooperativos em sala de aula</p> | <p>TEC</p>    | <p>"Grupos de 8 a 10 estudantes se encontram semanalmente para debater situações problemas desenvolvida pelo corpo pedagógico" (PPC 2019)</p> <p>“Será utilizado o método de Aprendizagem Baseada em Problemas (do inglês, Problem Based Learning – PBL), que compreenderá 5 sessões de tutoria, cada uma com a duração de 1 semana, conforme Semana-Padrão” (PEMSH2; PEMS3; PEMD; e PEMFII)</p> <p>“Seminário para Apresentação da investigação de vulnerabilidades Ambientais e de saúde do trabalhador” (PEMSAT)</p> <p>"22/10 (Terça-feira) 08h-10h</p> <p>Salas de tutoria - GRUPO DE TRABALHO 3 - Apresentação de poster do projeto e entrega do resumo impresso com resultados esperados/parciais"(PEMICA1)</p> |

**Quadro 5** – Categorização dos espaços pedagógicos disponibilizados no Curso de Medicina do CAA/UFPE segundo as tecnologias educacionais identificadas, Caruaru, 2019.

(continuação)

| Espaço pedagógico          | Tecnologias Educacionais identificadas   | Categorização | Trechos/Fontes   |
|----------------------------|--|---------------|--|
| Laboratório de Informática | Sala de aula invertida<br>Role Playing<br>Tecnologias práticas<br>Aprendizagem investigativa | TEC           | <p>"O LABINFO 1 tem 31 computadores, que podem ser utilizados para fins acadêmicos, como descrito nas normas de utilização (Anexo VIII). Os estudantes também podem utilizar esse laboratório para consulta de referências, acesso ao AVA e outras atividades de pesquisa, ensino e extensão. O LABINFO 2 tem 25 computadores que são utilizados majoritariamente para atividades de ensino." (PPC 2019)</p> <p>"...Métodos para diagnósticos, Imunológicos e Molecular - Aula invertida (Subturma 2), no <b>Lab. Informática</b> (NCV, Polo Caruaru). Cinco subgrupos de cinco a seis alunos." (PEMSH3)</p> <p>"Além dos trabalhos de campo são propostas atividades simuladas de submissão de trabalhos ao comitê de ética e pesquisa, atividades práticas em laboratório com sistemas de análise de dados qualitativos e quantitativos." (PEMTC2)</p> <p>"Através da formação de grupos de trabalho propõe a elaboração de um projeto de pesquisa, confecção de instrumento de coleta de dados, coleta de dados sistematizada, criação de bancos de dados e análise de dados. Além dos trabalhos de campo são propostas atividades simuladas de submissão de trabalhos ao comitê de ética e pesquisa" (PEMICA3)</p> |

**Quadro 5** – Categorização dos espaços pedagógicos disponibilizados no Curso de Medicina do CAA/UFPE segundo as tecnologias educacionais identificadas, Caruaru, 2019.

(continuação)

| Espaço pedagógico   | Tecnologias Educacionais identificadas                            | Categorização | Trechos/Fontes   |
|---|---|---------------|--|
| <b>Laboratório Morfofuncional</b>                             | Tecnologia prática<br>Estudo de Caso<br>Role Playing<br>Seminário | TEC           | <p>“...com utilização de simuladores, computadores e outros materiais, diversas práticas são realizadas em subgrupos para o desenvolvimento de conhecimento e habilidades psicomotoras.” (PPC 2019)</p> <p>"A dor na Mulher- sessão de casos clínicos.<br/>Prof. Flávio Gurgel Grupo C: 10-12h<br/>Grupo A:13-15h Grupo B: 15-17h<br/>Sala Morfofuncional" (PEMD)</p> <p>“... serão realizadas aulas expositivas-dialogadas e atividades em ambientes práticos dos Laboratórios Morfofuncional e Sensibilidades, Habilidades e Expressão, como oficinas, simulações, roteiros práticos, Seminário e mesa redonda.” (PEMFPA”)</p>   |
| <b>Laboratório de sensibilidades, habilidades e expressão</b> | Tecnologias práticas<br>Role Playing<br>Aprendizagem experiencial | TEC           | <p>"Utiliza-se de diversas metodologias para o desenvolvimento de habilidades específicas para o cuidado das pessoas, nas competências de atenção à saúde, incluindo a semiologia, relação médico-paciente, habilidades de exame físico e procedimentos médicos. Simuladores e outros materiais estão a disposição dos professores para a realização de práticas em ambiente simulado. “ (PPC 2019)</p> <p>“Além dos trabalhos de campo são propostas atividades simuladas de submissão de trabalhos ao comitê de ética e pesquisa, atividades práticas em laboratório com sistemas de análise de dados qualitativos e quantitativos.” (PEMICA3)</p> <p>"LabSHEX Atividade Externa 8:30 - 15:30 Bonito" (PEMFPA)</p> <p>“Visita ao território com experiência agroecológica Assentamento Normandia” (PEMSAT)</p> |

**Quadro 5** – Categorização dos espaços pedagógicos disponibilizados no Curso de Medicina do CAA/UFPE segundo as tecnologias educacionais identificadas, Caruaru, 2019.

(continuação)

| Espaço pedagógico                | Tecnologias Educacionais identificadas | Categorização | Trechos/Fontes   |
|----------------------------------|--|---------------|--|
| <b>Prática em serviço</b>        | Estudo de caso<br>Problematização      | TEC           | <p>“...metodologia de ensino, de estudo e de trabalho, para ser utilizada em situações em que os temas estejam relacionados com a vida em sociedade. Baseia-se em etapas, na qual o estudante realiza a prática em comunidade e teoriza sobre a mesma e propõe intervenção.” (PPC 2019)</p> <p>"As problematizações acontecerão nas quartas às 14h até às 16h, com o objetivo de troca das experiências vivenciadas durante a semana nos diversos cenários de práticas. Após as trocas, um caso deve ser elencado para a discussão na semana seguinte com a apresentação do caso pelo estudante responsável pelo atendimento e também apresentação do registro de atendimento clínico, que será avaliado pelo professor." (PEMPIESC 6)</p>   |
| <b>Espaço de problematização</b> | Problematização                        | TEC           | <p>"As atividades do módulo serão desenvolvidas ao longo de todo o semestre (15 semanas) e incluem... o Encontros de problematização (2h semanais) em grupo - total de 14 encontros;</p> <p>o Elaboração de Diário de campo: inclui narrativas, casos clínicos e outros documentos solicitados pelo/a professor/a que serão discutidos na problematização." (PEMPIESC4)</p> <p>"As problematizações acontecerão nas quartas às 14h até às 16h, com o objetivo de troca das experiências vivenciadas durante a semana nos diversos cenários de práticas. Após as trocas, um caso deve ser elencado para a discussão na semana seguinte com a apresentação do caso pelo estudante responsável pelo atendimento e também apresentação do registro de atendimento clínico, que será avaliado pelo professor." (PEMPIESC 6)</p> |

**Quadro 5** – Categorização dos espaços pedagógicos disponibilizados no Curso de Medicina do CAA/UFPE segundo as tecnologias educacionais identificadas, Caruaru, 2019.

(conclusão)

| <b>Espaço pedagógico</b>                | <b>Tecnologias Educacionais identificadas</b>                 | <b>Categorização</b> | <b>Trechos/Fontes</b>   |
|---|---|----------------------|---|
| <b>Ambiente virtual de aprendizagem</b> | Discussão em grupos<br>Sala Invertida                         | TEC                  | <p>“Sala de aula invertida: atividade também realizada em grande grupo na qual o estudante deve entrar em contato com o tema anteriormente, preferencialmente através de plataformas virtuais e desenvolver questões, exercícios ou trabalho em grupo em sala de aula;” (PPC 2019)</p> <p>"Além dos encontros presenciais, os estudantes realizarão atividades em ambiente virtual de aprendizagem (AVAUFPE). Neste espaço, serão promovidos fóruns de discussão, nos quais os objetivos de aprendizagem das semanas temáticas serão desenvolvidos e compartilhados em uma perspectiva colaborativa." (PEMSH2; PEMS3; PEMD; PEMFII; e PEMSAT)</p> |
| <b>Exposição dialogada</b>              | Aulas expositivas<br>TBL<br>Discussão em grupos<br>Seminários | TET                  | <p>"TBL sobre Dor na Urgência e Emergência Profa Monah - Auditório" (PEMD)</p> <p>"AULA expositiva: Profa Eline Gomes - Medicina Baseada em evidências" (PENTIC)</p> <p>"CINE DEBATE: Filme: "Holocausto Brasileiro" 8h -12h Auditório" (PEMPMC)</p> <p>"15:00 às 17:00 Palestra: Surviving Sepse Prof. Diego" (PEME)</p> <p>"Seminário Dor, Corpo e Trabalho" (PEMSAT)</p>   |

Fonte: o autor, 2020.

A integração ensino-serviço-comunidade pode ser definida como o trabalho pactuado entre estudantes, docentes, trabalhadores, comunidade e gestores da área da saúde visando à qualidade de atenção ao usuário e à comunidade, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços. A literatura mostra vários benefícios da integração da universidade com os serviços para a formação em saúde, visto que a aproximação dos discentes com os serviços de saúde privilegia a experiência prática, favorece o conhecimento dos

determinantes sociais e contribui para um olhar ampliado do processo saúde-doença (MENDES, 2017).

A pedagogia da problematização e a aprendizagem baseada em problemas, por sua vez, têm sido reconhecidas como duas das abordagens problematizadoras mais potentes para promover a aprendizagem ativa. Ambas se baseiam no desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem a partir de situações reais e/ou simuladas, onde se busca solucionar os problemas que surgem da experiência através de um processo de ação-reflexão-ação. A metodologia problematizadora possibilita ao estudante a aprendizagem a partir da inserção na realidade, a qual precisa ser percebida em suas problemáticas e analisada com base em referenciais teóricos que possibilitem a construção sólida de conhecimentos e a atuação crítica-reflexiva compromissada nos cenários reais, tendo o docente o papel de mediador do processo de ensino-aprendizagem (MENDES, 2017).

No que tange aos ambientes virtuais de aprendizagem, sabe-se que as possibilidades de aprender em qualquer lugar e a qualquer momento tem despertado a atenção de educadores ou pessoas envolvidas na criação de contextos de aprendizagem que possam auxiliar os processos de construção do conhecimento que o aprendiz realiza. A presença de dispositivos informatizados na sala de aula mobiliza para novas formas de ensinar e podem promover uma melhoria significativa da aprendizagem. Outrossim, vários autores têm afirmado que a aprendizagem significativa é favorecida quando se utilizam dispositivos móveis informatizados, desde que o aprendiz esteja motivado para realizar as atividades propostas (LEITE et al., 2019).

Além da forte ancoragem no tripé mencionado, a organização pedagógica do curso de medicina do CAA/UFPE também explora outras TEC nos diversos espaços pedagógicos propostos, conforme demonstram os resultados apresentados no quadro 5. Em todos os espaços há planejamento para utilização de técnicas de aprendizagem ativa, convidando os discentes a um processo permanente de reflexão e construção crítica de competências.

Nesse sentido, a literatura especializada corrobora a importância de que um processo de ensino que se proponha a promover uma aprendizagem significativa não deve se limitar a dar aulas (no sentido tradicional de sua compreensão), mas sim envolver a prática de levar ao aprender. O vínculo entre aprendizagem e ensino não é causal, ou seja, o ensino não causa a aprendizagem nem desenvolve novas

capacidades que podem levar à aprendizagem. Ensinar e aprender estão vinculados ontologicamente, assim, a significação do ensino depende do sentido que se dá à aprendizagem e a significação da aprendizagem depende das atividades geradas pelo ensino. Compreende-se que a aprendizagem necessita do saber reconstruído pelo próprio sujeito e não simplesmente reproduzido de modo mecânico e acrítico (PAIVA et al., 2016).

A forte intencionalidade de uso das tecnologias educacionais construtivistas, descrita nos planos de ensino, pôde ser constatada intensamente nos discursos dos alunos sobre sua execução nos espaços pedagógicos, conforme se pode apreender nos seguintes trechos:

As metodologias ativas me proporcionaram a ir além... não sei se é bom ou ruim, mas eu faço licenciatura em filosofia e não é metodologia ativa lá, então o que eu percebo que lá, na faculdade que não é metodologia ativa, de acordo com o assunto que a gente tá dando, os professores dão as referências e a gente só estuda aquilo, só debate aquele texto, entendeu? E aqui com as metodologias ativas a gente tem um assunto, a gente traça perguntas orientadoras, traz a nossa curiosidade e tem acesso a ir além... tem indicações, mas da forma como a gente estuda a gente consegue pegar outras referências. (A1)

Você aprende a aprender e você aprende de uma forma certa, aprende de uma forma concreta. Porque é muito chato você tá parado ouvindo alguém falar e muitas vezes você não absorve tanto quanto no seu ritmo de estudo. Eu chego em casa muitas vezes aí "nossa, eu queria estudar tal coisa" eu vou estudar aquilo com vontade de estudar aquilo. É diferente de você tá numa aula que depois de duas (2), três(3) horas você perde o interesse e você começa a viajar na maionese [...]. (A4)

A sua participação ativa no aprendizado, seu poder de questionar, de não existir hierarquia entre você e o professor, de ser uma avaliação clara que você pode participar, a gente tem o poder de questionar a avaliação, a gente tem o poder de questionar o próprio professor, ele também tem esse diálogo com a gente de "você tem essa qualidade no grupo", outra coisa, trabalhar em grupo, muito melhor trabalhar em grupo e essa coisa do professor chegar para você dizer "você tem essa qualidade e você contribui assim com grupo, mas você também tem essa característica e faz com que o grupo não siga tão bem". E aí a cada semestre eu me tornava uma estudante melhor, mais produtiva, tudo isso. (A6)

[...] basicamente é uma forma que o aluno acaba se tornando protagonista do seu aprendizado, que a gente não tem a figura de alguém que vai nos passar o conteúdo, mas é alguém que vai nos orientar a partir de perguntas guias, situações chaves, que a gente vá atrás e formule nosso próprio aprendizado a partir do que nos é proposto... é a independência do aluno, de você puder ser sujeito de você, buscar o seu conhecimento até onde você quer chegar e você é que dita, quão profundo você quer ir em cada assunto, quais as referências que você quer se moldar a estudar. Porque pra cada pessoa muda a sua forma de aprender e o curso possibilita que você aprenda da sua forma, então é uma boa pedida. (A7)

Durante toda nossa vida pedagógica nós tivemos contato com apenas um método de ensino, no qual o professor é o agente ativo, o aluno é um agente passivo, o conhecimento segue uma forma unilateral e em muitas ocasiões

não adianta estudar por livros porque o que é cobrado para que você alcance notas para passar nas matérias é o que professor diz. Na metodologia ativa o professor tem a figura de ser problematizador, trazer um problema, trazer até um pouco de confusão no contexto da discussão, mas, também, trazer pontos-chaves âncoras que a gente possa se fixar e a partir daí ir atrás de conhecimento com as próprias pernas. Eu acho que a diferença basicamente é essa e eu acho que o perfil do egresso daqui, da faculdade, vai ser diferente dos egressos de outras escolas que seguem métodos tradicionais... A principal vantagem é que você aprende a buscar os conhecimentos a partir de experiências práticas. Acho que no ensino tradicional você aprende a buscar alguém a lhe responder. (A12)

[...] a metodologia ativa ensina a gente não apenas a ser estudante nesses seis anos de curso, ela ensina a gente a ser médicos ou qualquer outra profissão, entendeu? Nosso conhecimento não se restringe a esses seis anos, a gente tem que sempre está estudando, buscando e acho que o curso ensina bastante isso a gente, a gente ir atrás. (A19)

Por outro lado, em que pese a significativa presença das tecnologias educacionais construtivistas nas práticas pedagógicas do curso e o impacto majoritariamente positivo percebido pelos alunos, o que é fortemente evidenciado tanto nos instrumentos de planejamento educacional como nos discursos dos alunos, as dificuldades e limitações de sua efetiva aplicação ainda são bastante presentes. Esta questão também é apontada na literatura especializada, constatando-se que não existe consenso absoluto sobre as formas de operacionalização dessas metodologias, sendo que elas constituem bases teórico-críticas congruentes, mas não absolutas (PAIVA et al., 2016).

Tais aspectos podem ser percebidos no caso do curso de Medicina do CAA/UFPE desde o momento do planejamento educacional. Dentre os planos de ensino analisados, pôde-se verificar que, ao mesmo tempo que fundamentam sua metodologia no tripé anteriormente citado, explorando ainda algumas outras técnicas ativas de aprendizagem nos diversos espaços pedagógicos, há uma ausência significativa de detalhamento técnico-operacional em muitas das atividades previstas, em especial nos espaços pedagógicos que trabalham com grupos maiores de alunos e/ou com as atividades práticas. Foi muito frequente encontrar, nas seções destinadas à descrição dos procedimentos metodológicos do plano de ensino, a referência genérica à realização de atividades práticas/oficinas nos ambientes de laboratório, sem qualquer especificação de técnicas educacionais a serem utilizadas, conforme se pode verificar nos trechos destacados a seguir:

Serão também trabalhadas as exposições-dialogadas e aulas práticas/oficinas em nossos Laboratórios de Informática, Morfofuncional e Sensibilidades, Habilidades e Expressão. (PEMFII e PEMD)

Além disso, temos aulas expositivas dialogadas e atividades práticas em laboratórios morfofuncional e de habilidades e sensibilidades. (PEMPE e PEMPMC)

Além das sessões tutoriais, haverá momentos de aulas expositivas, com o uso de recursos audiovisuais, como o *data-show*, vivência em ambientes práticos com acesso a pacientes e a realização de aulas práticas no Laboratório Morfofuncional, Laboratórios da ASCES, Laboratório de Habilidades, Sensibilidades e Expressão. (PEMSH2 e PEMSH3).

Da mesma forma, mesmo que se considere a identificação de algumas técnicas ativas para grandes grupos, como TBL, Seminários e Discussão em Grupos no espaço pedagógico de exposição dialogada, as "aulas expositivas" foram utilizadas com frequência tal que acabaram, em nossa análise, por caracterizar tais ambientes como espaços com predominância de TET. A identificação de algumas tecnologias educacionais construtivistas nesses espaços se deu quando analisamos os cronogramas interpostos nos planos de ensino e que faziam referência de algum modo ao uso das mesmas.

Nesse sentido, a literatura especializada aponta que os processos de planejamento educacional vêm sofrendo mudanças importantes, em especial a partir da necessidade de se trabalhar com a aprendizagem ativa. Anastasiou e Alves (2009 apud SPUDEIT, 2014) explicam que durante muito tempo as ações dos professores sistematizadas nos planos de ensino tinham como centro do pensar docente o ato de ensinar. Portanto, a ação docente era o foco do plano. Atualmente, as propostas devem ressaltar a importância da construção de um processo de parceria em sala de aula com o aluno, deslocando o foco da ação do ensino para a aprendizagem, ou seja, o protagonista para a ser o aluno conforme defendem as teorias construtivistas e sociointeracionistas.

Nesse contexto, o planejamento assume tamanha importância a ponto de se constituir como objeto de teorização, se desenvolvendo a partir da ação do professor que envolve decidir a cerca dos objetivos a serem alcançados pelos alunos, o conteúdo programático adequado para o alcance dos objetivos, além das estratégias e recursos que vai adotar para facilitar a aprendizagem. Assim, é fundamental reconhecer a dinamicidade esperada nos processos ativos de aprendizagem, de forma que o plano de ensino precisa ser flexibilizado ao longo do período para o qual se destina; situação esta em que o plano de aula ganha maior importância. Este, por sua vez, é reconhecido como um instrumento que sistematiza todos os conhecimentos, atividades e procedimentos que se pretende realizar numa

determinada aula, tendo em vista o que se espera alcançar como objetivos junto aos alunos (SPUDEIT, 2014).

O plano de aula trata de um detalhamento do plano de ensino, devido à sistematização que faz das unidades deste plano, criando uma situação didática concreta de aula. Para elaborar o plano de aula, é necessário que sejam levadas em consideração as suas fases: 1) preparação e apresentação de objetivos, conteúdos e tarefas; 2) desenvolvimento da matéria nova; 3) consolidação (fixação de exercícios, recapitulação, sistematização); 4) aplicação; e 5) avaliação. Além disso, possibilita o dimensionamento do tempo, ajudando o professor a se orientar sobre quais etapas ele poderá se deter mais (SPUDEIT, 2014).

A adoção sistematizada do plano de aula poderá reduzir os vazios metodológicos identificados nos planos de ensino do curso de medicina do CAA/UFPE, favorecendo a transparência na execução pedagógica, a clareza dos objetivos de aprendizagem e dos resultados esperados com a aplicação das tecnologias educacionais, além da avaliação dos alunos e da própria aula. Entretanto, é crucial que aplicação de instrumentos de planejamento educacional favoreçam efetivamente a reflexão crítica docente sobre seu papel na promoção da aprendizagem dos alunos, exercendo sua função meio, e nunca se tornando um fim em si mesmo.

A literatura especializada tem revelado, há muitos anos, um certo grau de insatisfação dos docentes em relação ao trabalho de planejamento educacional. O que se ouve, com certa frequência, são falas do tipo: "Eu acho importante planejamento, mas não da forma como vem sendo realizado"; "Eu acho que dá para trabalhar sem planejamento"; "Do jeito que as coisas estão, impossível planejar o meu trabalho docente; vivo de constantes improvisações"; "Eu sempre transcrevo o planejamento do ano anterior, acrescento algo quando dá, entrego e pronto. Cumpri a minha obrigação". Na medida em que se propõe o planejamento como um meio para facilitar e viabilizar a democratização do ensino, visando ainda a superação dessa insatisfação, o seu conceito necessita ser revisto, reconsiderado e redirecionado (FUSARI, 1990).

Na prática docente atual, o planejamento tem sido reduzido à atividade em que o professor preenche e entrega à secretaria acadêmica um formulário. Este é previamente padronizado e diagramado em colunas, onde o docente redige os seus "objetivos gerais", "objetivos específicos", "conteúdos", "estratégias", "avaliação", etc.

Em muitos casos, os professores chegam a copiar ou fazer fotocópias do plano do ano anterior, com a sensação de mais uma atividade burocrática cumprida. É preciso esclarecer que planejamento não é isto. Ele deve ser concebido, assumido e vivenciado no cotidiano da prática social docente, como um processo de reflexão (FUSARI, 1990).

Entretanto, não é qualquer tipo de reflexão que se pretende e sim algo articulado, crítico e rigoroso. O planejamento, nesta perspectiva, é, acima de tudo, uma atitude crítica do educador diante de seu trabalho docente. Vale reforçar que faz parte da competência teórica do professor, e dos seus compromissos com a democratização do ensino, a tarefa cotidiana de preparar suas aulas, o que implica ter claro, também, quem é seu aluno, o que pretende com o conteúdo, como inicia suas aulas, como as conduz e se existe a preocupação com uma síntese final. A aula é uma síntese curricular que concretiza, efetiva e constrói o processo de ensinar e aprender (FUSARI, 1990).

Portanto, a aula deve ser concebida como um momento curricular importante, no qual o educador faz a mediação competente e crítica entre os alunos e os conteúdos do ensino, sempre procurando direcionar a ação docente para: 1) estimular os alunos, via trabalho curricular, ao desenvolvimento da percepção crítica da realidade e de seus problemas; 2) estimular os alunos ao desenvolvimento de atitudes de tomada de posição ante os problemas da sociedade; e 3) valorizar nos alunos atitudes que indicam tendência a ações que propiciam a superação dos problemas objetivos da sociedade brasileira (FUSARI, 1990).

No contexto do curso de medicina do CAA/UFPE, considerando a diretriz da gestão colegiada das atividades curriculares, tal forma de concepção do planejamento e de seus produtos, tende a ser não apenas viável, como mais facilmente aplicada do que em contextos mais verticalizados de gestão educacional. Aliada à perspectiva da multi, inter e transdisciplinaridade, como uma das diretrizes fundantes do curso, a gestão colegiada do planejamento educacional em nível de plano de aula, poderá também favorecer a integração efetiva das práticas pedagógicas, facilitando a aprendizagem dos alunos. O aluno precisa ir percebendo, sentindo e compreendendo cada aula como um processo vivido por ele para que avançado senso comum à consciência filosófica (FUSARI, 1990).

Tais achados da presente pesquisa, potencializam a necessidade de se trabalhar a qualificação do processo de planejamento educacional junto ao corpo

docente do curso de Medicina do CAA/UFPE, conforme estabelecido no objetivo específico 4, e para o qual apresentamos um plano de intervenção (APÊNDICE C) a ser aplicado nos prazos nele definidos.

Para além do processo de planejamento, as limitações na execução das tecnologias educacionais construtivistas puderam ser percebidas também pelos relatos dos alunos entrevistados na pesquisa, em especial, mas não somente, nas metodologias problematizadoras, como se depreende dos discursos a seguir:

Porque nos primeiros anos em que eu tive bons professores, não bons, mas que conheciam bem o método e que aplicavam de forma ativa...porque a gente tem assim, no corpo docente da gente, tem alguns professores que são até bons profissionais, mas ainda não compreendem muito bem como seria essa problematização e numa perspectiva ativa. (A1)

Às vezes, tem gente que diz "ah, a gente não faz nada, a gente fica só assistindo, mas não, não...é porque na verdade você tá ali, mas de certa forma guia, é um tutor e você precisa entrar no processo racional pra puxar do estudante a demanda dele e eu via que muitos professores não tinham paciência pra isso, principalmente nos últimos anos. Então muitos diziam "não, eu sou especialista de tal área da medicina, vocês não viram isso, escolham aí um assunto que vocês querem e aí a gente estuda ou tragam um caso clínico e aí diga o tema que aí a gente estuda antes e discute e eu ensino a vocês o que tá faltando [...]". (A1)

Porque tem professor que entende o que é a tutoria baseada na educação médica e tudo isso e tem professor que não entende e quer fazer a tutoria do jeito que quer. Aí pula os passos e não deixa a gente elaborar hipóteses, intervém muito e não deixa a gente problematizar e acaba que a gente tem que fazer muita coisa pra agradar o professor. (A5)

Os professores que criaram o curso tinham uma base muito boa do que é metodologia ativa, mas foram chegando outros professores que iam aprendendo com a gente isso, então, é como se todo mundo ainda estivesse aprendendo a lidar, aprendendo a fazer... Tinha professor que não queria seguir, ele tava ali e o papel dele era seguir, mas ele não seguia, ele criava a própria metodologia dele. Ele pegava um pouco da metodologia base, mas ele que criava. Por exemplo, tinha professor que controlava as hipóteses... Existia tutor que chegava e dizia os objetivos, entendeu? (A6)

Não, o que acontece, a maioria dos médicos eram formados em medicina tradicional, como a gente pega qualquer um, e não tinha pós, mestrado nisso, eram poucos professores, pontuais, da faculdade que tinha essa formação, então, é muito difícil... Eles não compreendiam, se você não compreende você acaba agindo sem saber se tá certo ou errado... Entendeu? E não compreendia a metodologia e, às vezes, por exemplo, tinha tutoria que o tutor dizia já logo as coisas e diziam "vocês estudem isso e isso". Tinha tutoria que o professor seguia passo a passo das tutorias, porque existe um protocolo para as tutorias, já tinha outro, então, cada um era meio que um mundo diferente cada tutoria e pra mim não é pra ser assim, se é um método teria que ser igual pra todo mundo. Então, se você pegasse um tutor seis meses você ficava só estudando um livro e o professor dizendo [...] (A10)

[...] uma coisa que limita muito a metodologia ativa é, às vezes, você ter mestres, preceptores que não acreditam naquilo que eles estão pregando, ou seja, na nossa faculdade tem muitos professores que não acreditam na metodologia ativa. Tem professores que acham que a metodologia tradicional

é melhor do que a metodologia ativa... Às vezes, uma pessoa que esta em outra tutoria com outro professor gosta mais de ensinar ou que acredita naquilo que ele tá pregando, que tá ensinando pros alunos, desenvolve muito mais, aproveita muito mais do que uma pessoa que tá numa tutoria que o professor não acredita naquilo que ele tá pregando [...]. (A19)

A literatura especializada tem demonstrado dificuldades de várias naturezas dos docentes e alunos quando da utilização de tecnologias educacionais construtivistas. Quanto aos docentes, Nascimento et al. (2019), em seu estudo de caso, identificaram que esses profissionais demonstraram dificuldades em duas categorias, sendo uma relacionada ao processo de aprendizagem de novas metodologias de ensino e outra à aplicação desses métodos em suas aulas, destacando-se nessa última a falta de habilidade na utilização de metodologias ativas em sala de aula e o enfrentamento à resistência estabelecida pela cultura tradicional. No estudo em tela, os docentes sinalizaram que precisavam desenvolver novas habilidades, especialmente para realizar aulas disruptivas e trazer o estudante para o centro do processo formativo.

A falta de habilidade pode ser um dos fatores determinantes para o fracasso na aplicação de metodologias ativas, uma vez que, na hora da verdade, momento o qual os docentes utilizarão as metodologias ativas em sala de aula, a insegurança pode atordoar esses personagens, abortando as inovações propostas e fazendo-os voltar-se para as metodologias tradicionais, tão arraigadas em suas estruturas cognitivas. Outro aspecto identificado no mesmo estudo foi a falta de tempo dos docentes para estudar e planejar a utilização das metodologias ativas, justificada pela alta intensidade e complexidade das suas atividades cotidianas (NASCIMENTO et al., 2019).

Analisando as dificuldades específicas dos docentes para a aplicação da metodologia da problematização, França e Síveres (2019), em seu estudo, concluem que é preciso também mudança de mentalidade, de conscientização do papel de educador inserido em uma pedagogia desafiadora, como a problematização, que depende sempre de uma atitude da pessoa humana. É de suma importância, portanto, a autorreflexão docente, pois a consciência dá sentido às ações. O professor precisa ser capaz de decidir; para isso, precisa saber e estar instrumentalizado para fazer escolhas. Ao professor cabe reformar o pensamento e compreender que as mudanças só acontecem se o indivíduo for estimulado a conceber a desconstrução e a reconstrução docente.

Afirmam ainda que os desafios da práxis docente, inserida em metodologias ativas, permeiam a dimensão do ser, do pensar e do agir docente, avança pela gestão institucional e pela cultura consolidada do ensino tradicional, que são transportadas para a prática do cotidiano. São desafios complexos, mas que se tornam potencialidades para fazer acontecer as mudanças inerentes à uma práxis conscientizadora e transformadora da formação profissional (FRANÇA; SÍVERES, 2019).

Desenvolver habilidades, dispor de tempo e estar disposto a desconstruir-se e reconstruir-se na prática docente são, portanto, aspectos essenciais para uma aplicação segura das tecnologias educacionais construtivistas. A ausência desses fatores no contexto educacional e alguns outros identificados na literatura, justificam as resistências de docentes e/ou sua “fuga” para a zona de conforto, nesse caso, a aplicação de tecnologias de ensino tradicionais. Quando “se aventuram” na aplicação das TEC em um contexto com ausência dos referidos fatores, podem gerar importantes distorções na aplicação efetiva dos métodos ativos. Resistências e, principalmente, distorções foram também identificadas no curso de medicina do CAA/UFPE, como demonstram os discursos dos alunos entrevistados:

É porque nem todos os professores da gente conseguiram desenvolver essa aula dialogada, muitas vezes eram mais expositivas... E aí eu acho que as salas ficariam melhores quando eram de TBL, de júri simulado, que a gente se preparava pra discutir. Eu acho melhor discutir, eu acho que é por causa da tutoria, eu acho melhor discutir do que ficar no auditório vendo professor passar slides. E aconteceu as duas coisas durante esses cinco (5) anos. (A3)

Depende do professor (questionado sobre as exposições dialogadas) [...] Nem sempre é dialogada... A maioria das vezes era uma aula tradicional. (A6)

Aula expositiva [...] (questionado sobre a contribuição da técnica para o perfil de formação desejado) muito pouco porque ela realmente remontava mais a questão do método tradicional e raramente nas aulas expositivas a gente tinha qualquer tipo de coisa de sensibilidade ou de projeto social envolvido. (A7)

[...] aula dialogada não vejo sentido, porque também vai da didática do professor, tem uns que tem, tem uns que não tem [...]. Mas isso não existiu assim (quando questionado sobre o caráter dialógico da aula expositiva).... Era aula expositiva. (A13)

[...] mas é como eu tô te falando, depende do professor. Tinha professor que, por exemplo, cada estudante só pode postar tantas vezes e só pode postar de tal hora de tal dia a tal hora de tal dia e a postagem tem que ser de tantas linhas [...] Porque pra ele era mais fácil [...] era mais fácil ler uma postagem pequena do que uma grande. Já teve AVA que tinha 100 postagens, do mesmo jeito que teve AVA que teve 10. Então, se ele chega e fala 'tem que ter 3, nenhuma a mais e nenhuma a menos' ele vai garantir que aquele grupo dele, ele controlou o grupo. (A6)

O AVA era mais um fardo na vida da gente do que uma estratégia efetiva de ensino e aprendizado. Eu sempre sentia mais o AVA como uma parte de ter que fazer pra poder ganhar nota. (A7)

[...] eu acho que tem um potencial melhor pra se usar, só que a questão de obrigatoriedade do AVA, da forma como é feita eu não acho tão interessante, pelo menos até onde eu tive contato com o AVAMED, era muito basicamente que o indivíduo tinha que postar no AVAMED um resumo de alguma coisa para que o tutor viesse e desse uma nota, então, se você pegasse um camarada que escreveu um resumo inteiro de um capítulo de livro e postasse ali os outros colegas ficariam sem espaço pra discutir. (A8)

Não, TBL é bom, ele é bom, mas várias vezes ele se tornou uma prova, como se fosse uma prova como qualquer outra... era bom porque, por exemplo, TBL de tal assunto, a gente estudava o assunto, mas quando chegava lá, tiveram algumas vezes muito boas em que, realmente, o grupo que discutia, porque o interessante em TBL é o grupo discutir e tomar decisão, mas várias vezes se tornou mais uma prova [...] Principalmente quando atribuía a nota ao TBL [...] isso é outra coisa das metodologias ativas, como utilizar elas em relação a nota. Se no TBL dá uma nota, ainda mais a nota alta, vira outra prova para os estudantes, para maioria dos estudantes. (A6)

[...] foi muito ruim, eu não tenho boa experiência do laboratório de sensibilidades não. Porque era super desorganizado, não tinha uma linha do que ia acontecer, o que tava proposto para aquela atividade durante a semana, quais os objetivos que a gente precisava atingir, não tinha, era uma coisa super jogado mesmo. (A10)

Foi um ambiente que não acrescentou em nada (referindo-se ao LABSHEX), acho que o curso teve contratações erradas, a gente tinha professores de arte que a gente não entendia, até hoje não entendemos, não sabemos qual foi o objetivo disso, pelo menos para minha turma [...]. (A13)

O Laboratório Sensi eu acho ele perdido, eu acho que, não sei se é porque a gente é a primeira turma, mas eu acho que eles nunca acharam o que, nem eles entendiam direito o que era o laboratório sensibilidade, porque foi passado pra gente que seria um laboratório de sensibilidade e habilidades, e no final agente só tinha umas atividades de sensibilidades, que não tinha, que ninguém entendia o que estava fazendo ali, totalmente sem sentido... é muito ruim você entrar numa atividade acadêmica que você não sabe o objetivo dela, é frustrante, e você perguntar pra o professor, ele dizer, você só vai entender o objetivo daqui a dez anos, não tem lógica, eu acho que, eu acho até prepotência. (A14)

Um ponto negativo do sensibilidades é esse... quando o professor, pelo menos pra mim, era mais objetivo, ele mostrava o porquê daquela aula... por exemplo, você tá no modulo específico sobre algum determinado assunto e aquele sensi lá e a gente olha, 'mas pra quê aquele sensi', a gente vai pra aula tem a aula e no final a gente continua sem saber pra quê [...]. (A18)

[...] nossa faculdade já ganhou vários prêmios pela questão desse laboratório de sensibilidades, só que eu não vejo problemas de a gente ir lá e pintar um quadro, mas eu vejo problema quando a gente vai pra lá pintar um quadro sem saber porque a gente tá pintando esse quadro [...]. (A19)

Conforme se pode perceber, as distorções identificadas dizem respeito predominantemente ao uso recorrente das aulas expositivas com baixa dialogicidade, baixa disponibilidade para apresentação e problematização dos objetivos de

aprendizagem e inabilidade na condução de métodos mais estruturados (como o AVA, o TBL, a ABP e a problematização). Tais aspectos, em que pese não comprometerem a predominância das TEC, podem atuar como fatores de tensão, comprometendo a efetividade na sua aplicação.

## 6.2 INFLUÊNCIA DAS TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS CONSTRUTIVISTAS PARA A FORMAÇÃO E PRÁTICA MÉDICA PRECONIZADA

Dentre os 19 alunos e 08 docentes entrevistados, foi possível perceber uma alta frequência de discursos relacionados às duas principais características da formação preconizada no curso de medicina do CAA/UFPE, a saber: a) cuidado integral; e b) compromisso social.

Mattos (2001), ao sistematizar sua conceituação para a integralidade do cuidado, chama a atenção para o fato de que esta, mais do que uma diretriz do SUS, consubstancia-se em uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas desejáveis. Ela tenta, portanto, falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária.

Esclarecendo, pois, que uma imagem-objetivo tem como propósito principal a distinção entre o que se almeja construir e o que existe, indicando a direção que queremos imprimir à transformação da realidade, os autores reforçam a ideia de que a integralidade possui múltiplos sentidos, forjados num lugar de oposição, a partir de uma crítica radical às práticas, às instituições e à organização do sistema de saúde (MATTOS, 2001).

O primeiro sentido de integralidade relaciona-se com o conceito e prática da medicina integral, originada nos EUA e que se contrapôs fortemente à medicina fragmentada, que privilegiava as especialidades médicas, construídas em torno de diversos aparelhos ou sistemas anátomo-fisiológicos. No Brasil, tal sentido ganhou traços peculiares, relacionados em parte a suas inserções institucionais. Aqui, o movimento de medicina integral não se consolidou como um movimento institucionalmente organizado, mas associou-se num primeiro momento à medicina preventiva. Pode-se, por exemplo, facilmente reconhecer traços da discussão típica da medicina integral em algumas reformas curriculares de escolas médicas nos anos

70 e 80, assim como no desenvolvimento de experiências como internatos rurais (MATTOS, 2001).

Dialogando com esse sentido da integralidade do cuidado, pudemos identificar, durante as entrevistas, posicionamentos conscientes e incisivos que se propunham a combater a ideia da medicina fragmentada. Destacamos alguns trechos que apontam nessa direção:

Porque o paciente tem a vida dele, tem a função dele, então olhar ele com um olhar mais humano e o holístico eu acho que é essencial. Eu acho que foi isso que a gente foi aprendendo desde o começo nos postos de saúde, então eu acho que é muito importante você olhar o paciente como um todo porque só o tratamento medicamentoso, só aquela intervenção pontal, muitas vezes, não resolve a vida do paciente. (A1)

[...] melhorar um pouco o perfil do que é formado na medicina de profissionais, muitas vezes, ultra especialistas e que só conseguem ver minimamente suas únicas especialidades, que não é legal. As especialidades são válidas, são necessárias, mas nunca como cuidado de uma parte do ser humano. (A7)

Não existe isso de você formar um medico como mono especialista, só especialista, só em uma das grandes áreas da medicina, se esse camarada não for formado decentemente ao ponto de conseguir conduzir uma gestante em uma emergência, pra uma gestante conduzir um trabalho de parto, conduzir alguma emergência dentro de uma criança, ele não esta sendo tão bem formado. (A8)

O curso sempre abordou, em vários momentos, ele abordou o tema biopsicossocial, tentar ver o paciente de forma integral. (A11)

O papel do médico em qualquer sociedade, em qualquer época é cuidar da pessoa de forma geral. A gente na medicina moderna, a gente divide a pessoa em partes, em segmentos, mas não adianta. O exercício pleno da medicina ela se faz a partir do momento em que nós cuidamos de um paciente como um todo. Eu acho que você não fez a graduação, não fez a residência para cuidar de um pulmão, de um rim, de um coração pontualmente. (A12)

Eu acho que qualquer profissional tem que cuidar integralmente da pessoa, que a pessoa não é só uma barriga, não é só uma cabeça. (A14)

Um segundo conjunto de sentidos da integralidade se relaciona mais diretamente com a organização dos serviços e das práticas de saúde, e tal discussão decorre principalmente do *modus operandi* do sistema de saúde brasileiro no período de meados da década de 60 até meados da década de 80 do século passado, caracterizado por uma modelagem assistencial “hospitalocêntrica”, centrada no médico, com forte participação do setor privado e financiado pelo sistema previdenciário. Assim, do ponto de vista da formulação de políticas e propostas de ação, parecia aos defensores desse antigo modelo assistencial, que seria melhor dispor de um corpo de técnicos diferenciado para tratar de cada um dos tipos de

necessidade de serviços de saúde. Ou seja, os técnicos da Previdência deveriam processar a demanda por atendimento médico, buscando viabilizar seu atendimento, e os técnicos do Ministério da Saúde deveriam identificar as necessidades mais típicas da saúde pública, não diretamente demandadas pela população, e organizar propostas de intervenção (MATTOS, 2001).

Em contraposição a tal configuração, esse sentido da integralidade pressupõe que não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles devam responder a tais doenças. Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem. Desta forma, a integralidade emerge também como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional, não podendo ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde (MATTOS, 2001).

Alunos e docentes também apresentaram discursos com forte conexão com essas ideias:

Assim, com certeza eu acho interessante cuidar do conjunto todo. Muitas vezes o paciente chega com uma demanda pra gente, uma demanda de uma doença e a gente vai ajudar, mas acho interessante não se restringir, a gente ter esse pensamento de não focar só naquela doença, se aquele paciente esteja precisando de algo extra, na medida do possível, tentar ajudar o paciente. (A17)

Eu gosto desse acompanhamento com tudo, o contato com a equipe multiprofissional também é muito importante sim. A gente teve muito isso no curso e eu acho muito importante. Criticamente eu acho que todos os cursos deveriam fazer isso. (A3)

[...] você aprende a fazer exame físico, a fazer entrevista, anamnese, desde muito cedo, que são os nossos preceptores das unidades básicas de saúde que colocam a gente para acompanhar consulta desde muito cedo, examinar o paciente muito cedo, além de conhecer, também, o contexto do SUS de uma forma geral, de o que encaminha, para onde esse paciente vai, o que eu posso resolver na unidade básica, o que eu tenho que levar para atenção secundária, que vai para terciária [...]. (A4)

Um outro conjunto de sentidos do princípio de integralidade é relativo às configurações de certas políticas específicas, as quais tratam de atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos específicos. Tal sentido se contrapõe ao modo de resposta reducionista

e programático, sem levar em conta os contextos culturais e as diversas formas de dominação que conferem especificidades ao adoecimento em determinados grupos. Nesse contexto, a integralidade se constitui também em uma recusa, por parte dos que se engajam na formulação de uma política, em reduzir o objeto de suas políticas, ou melhor, de reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem (MATTOS, 2001).

Tal sentido da integralidade foi menos frequentemente identificado, mas ainda presente em alguns discursos, tais como o que segue:

Eu tive a oportunidade no primeiro, em várias ocasiões, mas no primeiro ano de faculdade, no final do segundo semestre, a gente teve que bolar um projeto de saúde pra uma população específica de um determinado bairro, de um posto de saúde que a gente atendia e a gente escolheu população idosa, porque em muitos momentos é uma população negligenciada, mas em contrapartida tem tempo para cuidar da sua própria saúde e tem autonomia. Muitas vezes a gente menos espera do idoso, acha que são pessoas que precisam terceirizar o cuidado, mas não, elas são independentes para o seu próprio cuidado. (A12)

Ainda explorando a amplitude do conceito de integralidade, Oliveira e Cutolo (2012) discorrem sobre sua relação com a humanização como valor que aponta para uma dimensão em que o cuidar da saúde implica encontros entre subjetividades que, progressiva e simultaneamente, esclarecem e (re)constroem as necessidades de saúde, o que se entende por vida com qualidade e o modo moralmente aceitável de buscá-la.

Muitos aspectos considerados “desumanizantes” relacionados a falhas no atendimento e nas condições de trabalho são apontados na literatura. Entre esses se encontram: as longas esperas e adiamentos de consultas e exames; ausência de regulamentos; normas e rotinas; deficiência de instalações e equipamentos; falhas na estrutura física e falhas na qualidade do atendimento de profissionais de saúde. Entre esses últimos, os mais citados são: o anonimato; a despersonalização; a falta de privacidade; a aglomeração; a falta de preparo psicológico e de informação; e a falta de ética por parte de alguns profissionais (OLIVEIRA; CUTOLO, 2012).

Nesse sentido, em contraposição, a prática humanizada se caracteriza por atitudes a serem desenvolvidas na relação com o outro, por meio das quais garante-se uma abordagem mais integral. Cabe dizer, portanto, que as atitudes humanizadas são intrínsecas à integralidade. Tendo em vista a integralidade como um processo, as ações e atitudes humanizadas entram como um produto gerado neste e pelo processo (OLIVEIRA; CUTOLO, 2012).

Esta dimensão foi das mais exploradas nos discursos proferidos nas entrevistas com alunos e docentes. Destacamos alguns trechos que retratam a forte influência desta dimensão sobre a compreensão da integralidade do cuidado:

[...] por mais que eu venha de um curso que já começou com as diretrizes curriculares de medicina, as novas, já pregue uma perspectiva de humanização diferente dos outros cursos que já existiam e por mais que tenham profissionais incríveis como eu tenho referência, quando a gente vai pro campo, pra prática e quando eu acompanhei alguns profissionais eu me frustrei muito em relação a forma como eles lidam com o ser humano e o que eles fazem da profissão deles. (A1)

O curso da gente traz muito isso sobre a questão da humanização do profissional de saúde e trabalha muito com relação a isso. Não com relação apenas a técnica médica, mas com relação ao ser humano médico, você olhar o outro como ser humano, olhar o outro como um igual ao seu e eu acho que é isso que o curso traz, é isso que ele faz, inclusive, é o que a gente percebe durante toda nossa carreira acadêmica porque a gente entra em contato com o paciente desde muito novo. (A4)

A gente vive uma fase da medicina em que a medicalização das coisas, o dinheiro tá sempre à frente da resolutividade, seja em um grande centro, porque ele vai ter mais recurso de investigação, mais recursos de forma até administrativa, mas a gente precisa do dinheiro para fazer o exame, mas a gente primeiro precisa tratar as pessoas e a gente não trata das pessoas se a gente não tem esse contato direto, humanizado. Realmente o contato com a pessoa, a relação médico-paciente é necessário para, no meu ponto de vista, se fazer uma medicina de qualidade. A gente não faz medicina de qualidade só com recurso, a gente precisa de um potencial humano preparado para isso. (A9)

Como a gente aprende isso desde o início do curso, é o que é passado pra gente, é ensinado também, a gente vê no paciente, quando a gente atende, quando a gente tá no consultório, no final também que a gente aprendeu dessa forma, eles elogiam bastante, a maioria gosta, fala "mas tem hora que o doutor nem olha na minha cara" a gente vê bastante, muitos falam. (A18)

Para além da identificação dos discursos que se apresentam impregnados do conceito da integralidade do cuidado de forma geral, especialmente entre os alunos - o que por si só já sinaliza uma provável influência das práticas educacionais nesse resultado - foi possível perceber ainda que alunos e docentes discursaram com bastante ênfase e de forma direta sobre o papel importante das tecnologias educacionais construtivistas nesse contexto. A maioria absoluta dos entrevistados fizeram menção à influência direta de tais tecnologias na aprendizagem desses conceitos, em que pese haver maior preponderância de discursos correlacionados às dimensões que dialogam com os sentidos da medicina integral e da humanização. Destacamos trechos que consideramos mais significativos para ilustrar tal situação:

[...] em todos os laboratórios que eu estava, todos, era como se eu exercitasse um processo de empatia do qual eu desconhecia. Por mais que a gente saiba o que é empatia, por mais que a gente estude, que a gente saiba que um bom médico deva exercitar a empatia, beleza tem isso, mas, era como se nas oficinas, como de fato eu me entregava, eu via colegas que

não apoiavam muito, não se entregavam tanto e respeito eles, mas eu realmente interagia e participava. Em todas essas oficinas eu percebia que o exercício era como se eu me reportasse em situações que eu vivi com as pessoas, os usuários do SUS e era um momento em que eu tinha para repensar [...]. (A1)

[...] pra gente ser esse médico holístico é importante a humanização, a vivência nos estágios, entender as questões sociais, mas também a gente precisa de uma carga teórica muito grande e a maior carga teórica que a gente consegue no curso é, nas problematizações do PIESC e na tutoria, porque na tutoria a gente discute caso clínico, a gente tem o professor lá pra ajudar. (A3)

O que eu acho legal na tutoria é porque você não vê um sistema só do paciente, geralmente é um caso clínico que é passado para gente. Uma história estruturada com exame físico, com anamnese e aí você começa a ver que aquele paciente, um pequeno detalhe, por exemplo, paciente já tomou banho de rio quando era criança, então, você pode pensar em uma determinada patologia para ele ou então esse paciente morou na casa de taipa, eu posso pensar em outro tipo de doença para ele, esse paciente tem um problema na função renal, mas também tem um problema no pulmão. Então, eu não tô olhando parte do paciente, eu tô olhando o paciente inteiro. (A4)

Era um laboratório que a gente trabalhava a beleza da medicina, a beleza da vida, a valorização da vida, como lidar com os corpos, tiveram oficinas inclusive, até levei relato para trabalhos, fiz trabalhos para congresso. O laboratório de sensibilidades trabalhando anatomia e durante o laboratório a gente entrava em contato, a gente sentia, a gente aprendia anatomia através do nosso corpo e do corpo do colega. Então, se de um lado o laboratório morfo vinha com as nomenclaturas, com as figuras, algumas vezes com os cadáveres, aquele corpo morto ou aquele corpo fragmentado no livro, no sensibilidade estava ali o corpo do colega, tava o meu corpo. (A6)

Teve alguns simuladores também que a gente fazia nas peças, que fazia agente refletir, do tipo "poxa, realmente agente faz no boneco porque se fosse fazer com agente seria horrível", então porque a gente tem que submeter o paciente a isso [...]. (A16)

[...] nos nossos primeiros estágios nas unidades de saúde da família que a gente não só fica na unidade, a gente vai pra casa do paciente, vai ver como ele está inserido e aí a gente observa que não é só porque uma senhora que ela é diabética, que está tomando remédio ela vai ter a glicose e a glicemia dela baixa. A gente tem que ver o que ela tá comendo, o que a família dela, o que a filha dela, por exemplo, que faz o almoço, come, o meio todo que ela está inserida. (A18)

No caso com as ligas, com os lava pés, a gente aprende a lidar com o outro, então a gente vai também dar algumas aulas em escolas, faz apresentação pra maternidade, para futuras mães pra aprender como fazer o aleitamento materno, a gente tem essas sensibilidades e habilidade de passar e conversar com pessoas que, às vezes, não entendem sobre um assunto e a gente tem que tornar mais acessível [...]. (A18)

[...] e o fato de você olhar e ter vários olhares você foge mais da parte só biológica e além da parte biológica você vê outras coisas que as vezes, você vai só num livro, só numa fonte você só vê aquilo e o fato de você olhar outras fontes, ver outras possibilidades amplia o olhar, ter um olhar mais geral e mais colaborativo, mais respeitando o outro, não achando que existem certezas absolutas, acho que mostra que a gente tem muitas dúvidas..."problem based learning", então, é baseado no problema, são

problemas, a gente tem muitos problemas sempre e você percebe também que o conhecimento muda muito e você precisa sempre esta se atualizando. Eu acho que é muito rica essa parte, essa troca e estimular o aluno a buscar, não sou eu que vou te dizer “você vai estudar isso”, você vai fazer uma pergunta e ele vai buscar o conhecimento, então, essa busca, essa troca, essa curiosidade, esse querer mudar a realidade é essencial na formação medica. (P1)

[...] o PIESC tem um peso (se referindo a influência para o cuidado integral) gigante por que eles estão na prática e vem para a problematização e volta pra prática, então, eles escolheram quais são as questões de saúde para serem discutidas, discutir em grupo, eu acho que isso é uma coisa muito poderosa essa integração ensino-serviço com a problematização que seria uma das metodologias ativas usadas [...]. (P4)

[...] é um problema (se referindo ao PBL) que eles têm que ver todas as questões em volta daquele problema, então, normalmente a gente tem um problema central, mas tem várias coisas, tem coisas desde a fisiopatologia, da epidemiologia, tem questões sociais, sempre todo problema a gente tenta construir complexificando... então, é mais do que um caso clínico do paciente que tá no hospital, leito tal, com os sintomas e aí ele vai pensar a doença. Então a partir daí já é complexo a partir do assunto. No debate que eles trazem entre eles, eles trazem conhecimentos prévios, então tinha uma história da família [...]. (P4)

Tu me perguntaste, dessas daí qual é que tu achas que contribui mais (para fomentar a formação voltada para o cuidado integral e o compromisso social)? Eu acho que, na realidade, são complementares, entendesse? Se você disser assim “você vai ter que escolher” eu vou escolher o PBL e a problematização porque são a base, a coluna vertebral [...]. (P5)

No que tange ao compromisso social, faz-se importante verificar que tal aspecto vem sendo ressaltado nas DCN desde sua versão de 2001 (BRASIL, 2001), a qual, em consonância com quase todas as demais DCN dos cursos de formação em saúde, expressa o compromisso textual de que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (ROCHA; CENTURIÃO, 2007).

As DCN de 2014 (BRASIL, 2014), por sua vez, reafirmam o compromisso com a formação de um médico capaz de atuar com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania e da dignidade humana. Além disso, conforme já salientado anteriormente na presente dissertação, o curso de medicina do CAA/UFPE manifesta tal aspecto de forma incisiva, ressaltando em seu projeto político pedagógico a expectativa de um radical compromisso social na prática médica de seus egressos, estando capacitados a atuar em todos os níveis do SUS, sendo este o principal foco de atuação desejado.

Essa ênfase no SUS expõe a necessidade de orientar a formação pelos seus princípios doutrinários, ou seja, para a prática que garanta a universalidade, equidade e integralidade da atenção. A formação que se proponha a gerar profissionais

comprometidos com sua realidade, transformadores de práticas cristalizadas, requer a inserção do estudante no contexto dos serviços, e deve determinar uma reflexão constante sobre as práticas desenvolvidas, levando, nesse caso, a um permanente questionamento sobre tal realidade (ROCHA; CENTURIÃO, 2007).

É de extrema relevância na literatura especializada a argumentação sobre a articulação entre a teoria e a prática, pressupondo ações pedagógicas que, ultrapassando os muros da academia, indicam a necessidade da inserção do aluno em realidades concretas, fazendo com que a formação seja centrada na prática, numa contínua aproximação do mundo do ensino com o mundo do trabalho. Entretanto, de uma forma geral, a formação do médico ainda está pautada em cenários de prática que reproduzem o modelo biomédico, o que impossibilita a compreensão do estudante sobre os determinantes do processo saúde-doença da população. A desintegração do conhecimento dificulta ações de integralidade da assistência, sendo necessário que haja modificações em ambos os cenários, tanto na formação, como nos serviços de saúde para que ocorram mudanças efetivas no paradigma assistencial (CRUZ et al., 2018).

Por outro lado, para que se possa obter mudanças concretas nas práticas dos serviços de saúde, faz-se necessário refletir sobre a formação dos seus profissionais para a saúde pública, sendo necessário que as modificações ocorram na formação desses profissionais e na qualificação dos trabalhadores do SUS, podendo-se considerar o fortalecimento da Atenção Básica como um caminho eficiente para a reorientação das práticas em saúde. Além disso, existe a necessidade de uma nova pactuação com prestadores de serviço ao SUS, como os hospitais de ensino; a estes deve se procurar dar maior funcionalidade, inclusive com a indicação de fluxos de referência e contra referência, fortalecendo-se como porta de entrada no sistema os centros de atenção básica (CRUZ et al., 2018).

Essa articulação entre instituição formadora e serviços de saúde como campos de prática, é bastante presente no PPC do curso de medicina do CAA/UFPE, representando um dos espaços pedagógicos mais importantes na formação preconizada e uma aposta significativa no “despertar” do compromisso social desejado, como pode ser percebido no seguinte trecho:

No contexto da educação superior, a flexibilização preconizada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) confere às Instituições de Ensino Superior novos graus de liberdade que possibilitam o desenho de currículos inovadores, adequados à realidade regional e às respectivas vocações de cada curso. A substituição do currículo mínimo pela formação baseada em

competências representa um avanço e contribui para a integração ensino-serviço, para a aplicação de metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem e para a efetivação do princípio da relevância social da ação acadêmica (WIELLER et al., 2017 apud UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2019).

Os discursos coletados, além de demonstrar a importância do compromisso social no processo de formação de estudantes e na sua futura prática médica ratificam várias vezes o papel da integração ensino-serviço nesse âmbito, sugerindo fortemente que tal aposta tem efetivamente significativa influência na construção de tal capacidade. Foram selecionados alguns trechos desses discursos como forma de evidenciar tal afirmação:

Eu vi que era importante eu também me relacionar com a cidade, com a comunidade, me relacionar com as pessoas que iam tá buscando a minha ajuda de alguma forma, então, compreender a região também e o curso traz muito isso [...] além disso a questão da interiorização, porque antes de eu entrar na faculdade eu via muita gente no meu cursinho em Recife das regiões interioranas de Pernambuco ou até de outros Estados também, de áreas do interior que estavam indo pra estudar em Recife, se formar em Recife e quem sabe, talvez, voltar ou não pra sua cidade. Pra mim, o que eu vi foi um movimento que Recife cresceu muito como um centro que as pessoas vão pra Recife para serem cuidadas lá e aí a gente percebe, porque não essas pessoas não ficam nas suas cidades e recebem o cuidado na sua cidade? Então, acho que já tava mais do que na hora da gente repensar isso e a proposta de interiorização contribui muito pra que a gente dê um suporte aqui onde a gente tá sendo formado e expandir mais isso.(A1)

O SUS é muito bom. Assim, tem as suas falhas, mas, por exemplo, estar nesse hospital aqui ou em outros ambientes como o Mestre Vitalino, outros, a gente vê que o SUS consegue abarcar muita coisa, sabe?! E a gente pode fazer mais, além disso eu fui de uma faculdade federal, então, é meio que social eu tentar devolver isso para a sociedade. (A3)

Por tantos motivos, ser um curso do interior, ele não pode ter outra missão senão essa, um compromisso social que é exatamente isso a gente querer trabalhar e querer ficar, não só aqui em Caruaru, mas ir entrando pelos interiores, de onde nós somos [...]. (A6)

[...] você vive numa sociedade que tem várias raízes, vários ramos e você se desconectar disso perde um pouco do sentido que você tá fazendo e você atender todo mundo como se todo mundo tivesse o mesmo padrão, fosse igual, então eu acho que é uma proposta válida e aí se encaixa bem para atualidade... desde cedo a gente sempre foi formado a esta atuando em comunidades, tirando um pouco do perfil hospitalocêntrico e de grandes centros de saúde, desde o começo a gente sempre foi estimulado de estar dentro da comunidade. (A7)

[...] eu lembro de um estudo que mostrou que 85% dos alunos vão trabalhar no SUS, então, é contraditório na universidade não ter isso como prioridade... Porque a gente tem que ser coerente com as nossas políticas públicas porque o que a gente vê hoje em dia é que as universidades mesmo sendo públicas muitas vezes não são coerentes e eu vou dizer mais, eu não acho que só a pública tem que ser coerente, a privada também porque a gente tá formando pessoas para o Brasil independente se eu tô ganhando dinheiro com isso ou não... acho que talvez seja mais importante, mas enfim. Se a gente tem uma política do país, existe um SUS e de formação do cidadão, então, a gente tem

essa responsabilidade de fazer um curso que seja coerente com a constituição [...]. (P1)

[...] agora isso (referindo-se à importância das ações em campos de prática), na formação de forma geral com médico, na perspectiva do projeto político de curso, eu creio que são essas experiências quando refletidas, quando problematizadas no sentido do que é que eu estou fazendo aqui nesse serviço, o que é esse serviço numa rede de atenção, o que é rede de atenção dentro de um SUS público, dentro de um SUS público-privado, dentro de uma política de saúde [...]. (P3)

O PPC foi pensado a partir, tem a parte do método e tem a parte política e ética dos profissionais que a gente espera que vá pra mercado. Então, o curso é pensado na lógica de profissionais para atuarem no Sistema Único de Saúde. (P5)

Da mesma forma que ocorreu em relação ao cuidado integral, os discursos foram também bastante frequentes e intensos em afirmar que as tecnologias educacionais construtivistas têm uma forte influência na formação do compromisso social, como se depreende dos seguintes trechos:

A gente fez uma pesquisa de ouvir as mulheres em situação de violência obstétrica e pra mim mudou tudo. Eu fundei a liga de obstetrícia daqui e a gente tem essa perspectiva diferente de outras ligas de estar em contato direto com a população, a gente tinha parceria com a secretaria de mulheres de Caruaru. Então, tudo meio que é envolvido nessa devolutiva pra população daquilo que a gente tá aprendendo... e mudou tudo, a forma como enxergo. (A5)

[...] nós estudantes mudamos o cenário de prática, a gente melhora os serviços e isso a gente tá fazendo neste hospital aqui, por que nós fomos formados para, no final de todas as sessões de tutorias, fazer uma avaliação, avaliar aquilo ali, avaliação da sessão, avaliar o professor, avaliar o grupo e se avaliar, então, todo lugar que a gente chega a gente avalia o serviço. Nós fomos formados para avaliar o serviço, de dar o feedback, dizer 'isso aqui não tá legal' ou então, 'a gente não tá se dando bem dessa forma' ou então, 'poderia melhorar para o nosso trabalho' [...]. (A6)

Tem uma situação que eu acho muito boa que foi uma proposta que a gente teve no segundo período de fazer uma atividade que era uma intervenção comunitária que a gente tinha que fazer na comunidade que a gente tava inserido na atenção primária, onde a gente tinha que por meio da educação popular em saúde ouvir as demandas da sociedade e, por meio disso, fazer um projeto de saúde, então, foi a partir dessa, mas teve varias outras situações, mas essa foi a primeira, foi o gatilho da gente perceber como é feito o cuidado de uma comunidade. (A7)

Quando a gente está estudando mais aquelas coisas básicas, no início do curso, eu acho que colocar a gente junto da população traz uma responsabilidade, mas traz um prazer também, às vezes só de uma conversa, de uma orientação, de um exame dos pés, mas que traz felicidade para quem tá fazendo [...]. (A9)

[...] todo mundo na minha sala adorou o Lava pés, a gente ia lá, examinava os pés, dos diabéticos, foi gratificante [...] você sentir que tá ajudando alguém, e é logo quando você entra na faculdade, que você entra na faculdade com aquele "vou entrar em medicina, vou ajudar as pessoas... Você se sente útil, e acho que até bom, porque a maioria dos cursos não tem esse tipo de integração, os cursos tradicionais, eu acho que você passa muito

tempo se sentindo inútil na faculdade, estudando um monte de coisas, mas acho que o Lava pés foi um momento que me senti útil. (A14)

Eu sou uma amante da problematização que aí tem a cara mais de Maguerez, que foi um pouco isso que eu coloquei pra tu. Eu sempre trabalho no sentido de botar o aluno como um ser pensante e um ser que age, quando eles vêm pra unidade e entenderem, eu digo pra eles, vocês são profissionais de saúde, vocês não estão aqui como estudantes, tem que vestir a camisa e sentir que a gente faz parte da equipe e que a gente tá aqui pra somar [...]. (P1)

[...] o que eu acho que potencializa mais a integralidade, com o compromisso social realmente é o PIESC e o sensibilidades [...] acho que a gente tem muito o que avançar nessa relação, em trabalhar juntos, o PIESC porque ele dá a realidade pra você, ele joga você na realidade e eles tem que lidar com isso. A gente ouviu depoimento de alunos aqui, dentro do laboratório de sensibilidades falando da própria prática do PIESC, dizendo assim: 'eu não sabia que existia pobreza no Brasil' [...] tem alunos de outros estados aqui...'eu não conhecia o nordeste, eu não sabia que no nordeste as pessoas eram pobres, eu não sabia o que era a pobreza', então tem uma parte da sociedade brasileira que não conhece o Brasil, que não sabe o que é as diferenças e realidades possíveis de um ser humano, então como é que ela vai se formar num lugar que ela não conhece, que ela não conhece a forma de trabalho [...]. (P2)

[...] ao escolher fazer o curso, eu sabia do que se tratava em suas linhas gerais, diretrizes curriculares, SUS, interiorização, laboratório de sensibilidades, possibilidades de transformação, as metodologias ativas, o que a gente trabalhava na perspectiva pedagógica na residência era tudo metodologias ativas, é que eu tinha uma identificação também, digamos assim com a parte de plano e de execução do, mais pedagógico da escola, então aí uma identificação também política, ideológica com aqueles que eu fazia, sobre o radical compromisso social, lembro muito bem dessa passagem lá no PPC, que eu tive que estudar bastante para trabalhar o meu projeto de mestrado, sobre formação de identidade profissional e eu creio que é uma condição sine qua non pra agente trilhar num caminho de ampliação, não só do acesso, mas do direito à saúde [...].(P3)

[...] então, desde o primeiro período os estudantes estão em contato, eu digo primeiro período, mas é desde a primeira semana de curso, já estão em contato com a comunidade na perspectiva da gente entender melhor as necessidades de saúde desse território e poder pensar, inclusive eles fazem no primeiro período já projeto de intervenção a partir dessas necessidades apresentadas [...]. (P5)

A intensidade com que muitos desses discursos foram proferidos - em vários momentos com narrativas de forte impacto emocional causadas por situações pedagógicas marcantes, em que o uso das tecnologias educacionais construtivistas foi apontado como determinante - além do próprio contexto em que foram produzidos (alunos em processo de finalização de sua formação, refletindo sobre a mesma), sinalizam de forma bastante significativa que o papel das TEC na influência sobre os pilares do perfil de egresso desejado é considerando fundamental.

Apenas em uma situação específica, a influência das TEC foi relativizada, ocasião esta em que um docente com importante inserção nos processos de gestão

do curso, discursou sobre o papel determinante que os valores e comportamentos dos docentes (que utilizam as TEC) têm nos resultados efetivamente alcançados - relacionados à influência no desenvolvimento de capacidades para o cuidado integral e compromisso social. Nesse ínterim, durante a entrevista, o docente foi questionado pelo pesquisador a refletir sobre o porquê de não se priorizar as TET no PPC do curso já que os valores e comportamentos dos docentes, e não as tecnologias construtivistas, teriam maior influência para o sucesso desejado. Em suas respostas, fica clara a percepção de que as características das TEC possibilitam com maior efetividade o alcance de resultados para o fim desejado, ao contrário das TET, o que gerou uma aparente contradição em seu discurso. Resgatamos uma parte importante do diálogo produzido para uma melhor compreensão da situação:

Pesquisador: Qual o papel das metodologias ativas nesta proposta de formação?

P8: É o seguinte, a metodologia ativa, ela não pode ser dita como a salvadora de tudo, porque por exemplo, eu vejo estudantes formados na FPS e que eles são de metodologia ativa, mas do ponto de vista de compromisso social não tem compromisso social igual aos outros médicos que são formados em outras coisas, do ponto de vista técnico eles são ótimos, mas do ponto de vista de relacionamento com as outras pessoas, nem tanto, e o relacionamento com o social pior ainda. Então, eu não acho que é a metodologia ativa que faz isso, eu acho que é como a gente implementou a metodologia ativa dentro desse projeto do curso, como a gente tinha [...].

Pesquisador: Você tá falando de um projeto político pedagógico?

P8: Isso

Pesquisador: Então, político porque ele tem uma intencionalidade política, isso já tá claro pra mim, mas ele também é pedagógico e ele coloca a aprendizagem ativa como um dos pilares?

P8: Isso

Pesquisador: Porque escolher então a aprendizagem ativa, por que não poderia ser tradicional se o político tá tão claro?

P8: Entendi [...] porque a metodologia ativa permite a integração dos professores com os estudantes, na qual [...] quaisquer questões políticas, elas não são bem colocadas em grandes grupos, elas não são bem colocadas em aulas tradicionais, elas são melhor colocadas quando a gente tá em subgrupo, tendo uma relação concreta com aquele estudante [...] hoje agente acompanha todos os estudantes, se eu quiser, você pode me dá qualquer nome de estudante aqui em que em duas horas eu consigo o perfil todo desse estudante, como é que ele tá, se ele tá bem, se ele tá mal, até fofoca eu posso descobrir pelos professores (risos).

Pesquisador: Não parece uma contradição isso que você tá dizendo em relação a metodologia ativa? Veja, você diz assim: 'a característica da metodologia ativa é ele ser o centro do processo'?

P8: Sim

Pesquisador: No teu discurso me pareceu que eu uso a metodologia ativa para o que eu quero, então não é o professor que está sendo o centro?

P8: Não, é porque é o seguinte [...] isso é bem Paulo Freiriano... todo processo educacional tem uma direção [...] a questão é: que direção você vai tomar? Então, se a gente tem a direção de formar médicos humanísticos, médicos com compromisso social, a gente tem que inserir os estudantes em locais onde eles vão aprender isso, com situações problemas em que eles vão aprender isso, com problematizações que eles vão entender isso, com laboratório de sensibilidade.

Pesquisador: O ensino tradicional não faria isso?

P8: O ensino tradicional não faz isso, porque o ensino tradicional ele se utiliza muito mais do cognitivo para fazer as pessoas aprenderem, ele não se utiliza do corpo, ele não se utiliza de experiências, ele não se utiliza do conhecimento prévio do estudante, ele não tem uma aprendizagem significativa.

O diálogo retrata claramente a seguinte dicotomia: são as TEC que influenciam o desenvolvimento das capacidades desejadas ou são os valores e comportamentos humanos de quem as utiliza? Em outras palavras, seria possível dissociar o papel da tecnologia do papel de quem a aplica e do contexto cultural em que é aplicada?

Em artigo que discute a possibilidade de diálogo filosófico entre a pós-fenomenologia de Don Ihde e a filosofia da tecnologia de Hans Jonas e Verbeek (2011 apud CARVALHO, 2020), ressalta que a perspectiva de Ihde sobre os diferentes tipos de mediação entre tecnologia e seres humanos é valiosa para ajudar a compreender e contextualizar todas aquelas mediações tecnológicas que estão ocorrendo e que são características da vida contemporânea. Segundo Verbeek (2011 apud CARVALHO, 2020), Don Ihde o faz em dois níveis: experiência e cultura: No nível da experiência, ele investiga o papel que artefatos tecnológicos podem ocupar na relação dos seres humanos com a realidade; no nível cultural, ele investiga as relações entre artefatos tecnológicos e cultura.

Nesse sentido, a relação entre tecnologia e cultura em Ihde é pensada a partir da recusa tanto da perspectiva instrumentalista (que nega qualquer poder ou autonomia própria à tecnologia, situando seus artefatos como meramente ferramentas neutras à disposição das decisões humanas) como da substancialista (que afirma o caráter autônomo da tecnologia, situando-a como uma maquinaria determinadora da vida humana). Ambas as posições supõem que se pode falar de tecnologia independentemente dos humanos que estão envolvidos com ela e da cultura na qual ela funciona. Entretanto, tecnologias, de acordo com Ihde, não existem em si mesmas, pois humanos estão sempre e unicamente envolvidos com tecnologia em um contexto cultural. E o mesmo vale para a cultura, na medida em que esta só se constitui e se manifesta em suas práticas mediadas por tecnologias (CARVALHO, 2020).

A multiestabilidade das tecnologias é precisamente a ambiguidade destas serem o que são a depender do contexto cultural no qual se situam, pois o que são "realmente" permanece indeterminado sem essa inter-relacionalidade entre cultura, humanidade e tecnologias. Diferentes culturas produzem diferentes tecnologias. A multiestabilidade das relações culturais com o mundo implica não somente que

artefatos podem ter diferentes sentidos em contextos culturais diversos, mas também que os mesmos objetivos podem ser realizados tecnologicamente de diferentes modos. Cabe também aqui observar que Ihde tematiza o que chamou de “intencionalidade tecnológica”, que significa a capacidade de as tecnologias e seus artefatos também direcionarem ou influenciarem, por algumas de suas características próprias, os seus usuários, gerando também alterações culturais. Tais mudanças culturais podem ser desde modificações no estilo de escrever – a depender de que se use (uma pena, uma máquina de escrever ou um processador eletrônico de texto) – até mudanças mais profundas, como a que Ihde aponta ter ocorrido com o advento das tecnologias de comunicação, informação e imagéticas mediando diariamente nosso mundo da vida, transformando a cultura ocidental em “pluricultura” (CARVALHO, 2020).

Outrossim, Verbeek (2011 apud CARVALHO, 2020), dando sequência à perspectiva de Ihde, avança a reflexão de modo a dar conta de como a existência humana está sempre entrelaçada com tecnologias, ampliando para o contexto moral a pós-fenomenologia. A percepção do mundo, como o mundo aparece aos humanos, e a ação no mundo, como os homens atuam no mundo, estão sempre constituídas e transformadas pelas tecnologias em maior ou menor grau; por isso, devemos prestar atenção com mais cuidado a como as tecnologias concretas se efetivam no mundo humano (CARVALHO, 2020).

Tal abordagem torna possível ver como tecnologias e humanos existem juntos e adquirem suas características de suas mútuas dependências. Nesse sentido, os artefatos tecnológicos se tornam contíguos com os humanos e suas ações. Ou seja, passam a configurar suas ações e a qualidade delas, em um entrelaçamento entre humanos e dispositivos tecnológicos. A moralidade não fica de fora desse processo, uma vez que as possibilidades de ação e a própria condição humana do sujeito moral se tornam configuradas também com a participação consistente dos artefatos tecnológicos (CARVALHO, 2020).

Para promover o diálogo com a filosofia da tecnologia de Hans Jonas, Carvalho (2020) explicita que o referido autor percebeu que as práticas e desenvolvimentos tecnológicos alteram substancialmente os quadros normativos da cultura. Sua tese da necessidade de uma reavaliação geral da ética é o reconhecimento preciso de que as tecnociências constituem também práticas físicas e não exclusiva e nem prioritariamente simbólicas, ou seja, que a pesquisa e o desenvolvimento

tecnocientíficos dizem respeito radicalmente à essência e à existência da humanidade. Com isso, Jonas estava plenamente consciente de que o que está em jogo é a eticidade, o valor da ética, suas condições de possibilidade e de validade, suas funções, seus limites, suas tentativas, suas ilusões, suas ambivalências, suas ambições e seus excessos.

Assim, Jonas delimita alguns pontos centrais que devem merecer a atenção de uma filosofia da tecnologia: 1) a dinâmica formal da tecnologia, compreendida como um empreendimento coletivo, como que avançando segundo leis próprias de movimento, para se buscar entender os processos segundo os quais ela se propaga através de nossa agência como uma novidade sempre presente, bem-sucedida e superveniente; 2) o conteúdo substantivo da tecnologia, sua abordagem material, compreendido como as coisas que ela insere no uso humano, os poderes que ela confere, os novos objetivos que abre ou determina e a maneira alterada da ação humana por meio da qual tais objetivos são realizados; e 3) o lado moral da tecnologia que pesa sobre a responsabilidade humana, especialmente no tocante aos efeitos de longo prazo sobre a condição global do homem e do meio ambiente, resultante dessa mediação tecnológica (CARVALHO, 2020).

Em "O princípio responsabilidade", Jonas focaliza o terceiro ponto e realiza o diagnóstico da necessidade de uma reformulação do quadro ético que rege o comportamento humano justamente pelo sucesso fabuloso da moderna tecnologia, vez que o uso intensivo desta alterou integralmente a condição humana no concerto planetário, alçando-a à posição de principal força transformadora do planeta que, pela sua ação mediada tecnologicamente, põe em risco a existência da vida como um todo, humana e não humana, a ponto de ameaçar o pressuposto de toda e qualquer moralidade atual e futura: a própria existência da humanidade (CARVALHO, 2020).

Dessa forma, a responsabilidade advinda com os poderes proporcionados pela moderna tecnologia requer que nossas ações agora venham a ser mediadas por um novo referencial ético, o "princípio responsabilidade", cuja aplicação não é realizada por um processo mecanizado, vez que a multiplicidade dos atos humanos está situada em contextos diferenciados que recebem a intervenção tecnológica em diferentes modalidades, demandando uma reflexão mais ampla na qual a garantia do futuro da existência humana, a preservação da imagem de homem e da vida autêntica em termos planetários são componentes essenciais. (CARVALHO, 2020).

Nesse sentido, uma das ferramentas que Jonas propõe como parte de sua ética da responsabilidade, configurada como uma “ética do futuro”, é o que denominou de “heurística do temor”. Se o axioma básico é de que deve haver um futuro e, mais ainda, de que deve haver (ou não deve) um futuro formatado de um tal ou tal feitio, então se faz necessária uma ciência factual dos efeitos distantes da técnica. Recomenda assim o estudo de um tipo de verdade, que deve ser objeto do saber científico, relacionada a situações futuras extrapoláveis do homem e do mundo, que devem ser submetidas ao julgamento adequado daquelas primeiras verdades filosóficas, a partir das quais retornamos às ações atuais, para então avaliá-las como causas das suas consequências certas, prováveis ou possíveis no futuro (CARVALHO, 2020).

Portanto, esse saber real e eventual, relativo à esfera dos fatos (que continua sendo teórico), situa-se entre o saber ideal da doutrina ética dos princípios e o saber prático relacionado à utilização política, o qual só pode operar com os seus diagnósticos hipotéticos relativos ao que se deve esperar, ao que se deve incentivar ou ao que se deve evitar. Há de se formar uma ciência da previsão hipotética, uma “futurologia comparativa” (CARVALHO, 2020).

Carvalho (2020), a partir da compreensão dos conceitos essenciais da pós-fenomenologia de Don Ihde e da filosofia da tecnologia de Hans Jonas e sua heurística do temor, ressalta que, citando Feenberg (1999 apud CARVALHO, 2020), não podemos manter a tecnologia e a ciência longe ou mesmo fora da discussão moral e política, pois elas são agora partes inevitáveis de nossa civilização em escala global e constitutivos da identidade humana contemporânea, fazendo parte do complexo de ações que realizamos, gerando não só artefatos e instrumentos, mas constituindo também modos de ser e valorar no contexto mais geral da vida social. Assim, propõe que a filosofia da tecnologia de Jonas, uma vez que possui uma ancoragem ontológica no âmbito da ética da responsabilidade - que certamente não é compartilhada teoricamente pela pós-fenomenologia de Ihde - poderá encontrar ricos recursos nos estudos de Ihde sobre a integração dos artefatos técnicos à ação e ao corpo humano, e, fazendo isso, abre a compreensão da integração entre tecnologia e mente/corpo humanos.

Conclui afirmando que a noção de uma normatividade é inerente à práxis tecnológica, ou seja, a singularidade da esfera humana está no fato de que nosso pensamento, cognição e agência são guiados por alguma norma e estas mesmas

normas estão sujeitas à devida justificação. Como nossa agência não pode mais ser pensada como estando fora da mediação tecnológica, a reflexão sobre tal normatividade nesse contexto acional mediatizado não pode ser recusada, sob pena de se manter uma perspectiva parcial e equivocada da *démarche* meramente instrumental da tecnologia. Tal normatividade, por sua vez, é sempre a cristalização de um consenso social, configurado na forma de alguma tradição social de pensamento, práticas e artefatos tecnológicos, que está sempre se transformando historicamente. Como Ihde e Jonas observaram, a normatividade requerida para uma civilização tecnológica não está fora da cultura mesma que a expressa, mas terá necessariamente que passar pela sua relacionalidade material e simbólica, dos artefatos à imagem de humanidade, em seus mais diferentes níveis (CARVALHO, 2020).

A transposição das reflexões apresentadas nos parágrafos anteriores, em especial acerca da interrelação entre ética e tecnologia e a necessária superação da dicotomia entre as perspectivas instrumentalista e substancialista da filosofia da tecnologia, pode apoiar uma dada compreensão da influência das TEC na produção de legitimidade para a formação e prática médica preconizada nas DCN, calcadas, por sua vez, na forte presença dos princípios da integralidade e da responsabilidade social. Afirmar que a aplicação de TEC não possui qualquer influência sobre o desenvolvimento de capacidades relacionados ao cuidado integral e à responsabilidade social, é desconsiderar a importante contribuição dos filósofos clássicos da filosofia da tecnologia sobre o reconhecimento da especificidade da tecnologia moderna - da novidade que esta representou na história da humanidade - e de como esta não pode ser associada a um mero instrumental à disposição dos humanos, como se fosse uma ciência natural aplicada, mas sim, ao final, como gestadora de um modo de vida, de um sistema (CARVALHO, 2020).

Ou seja, as tecnologias possuem suas particularidades, singularidades, que induzem, facilitam determinados resultados práticos, modelando, em alguma medida, determinados aspectos da vida em sociedade, da cultura, e por isso mesmo seu uso precisa ser refletido acerca dos valores, normas que regem os contextos sociais em que são aplicados. No caso em tela, as distorções no uso das TEC podem limitar seu efetivo potencial para a indução das capacidades desejadas. Tais distorções, conforme já discutido na seção anterior, podem inclusive ser relacionadas à resistência no corpo docente quanto à utilização das TEC, seja por falta de

conhecimento, por falta de habilidade, ou mesmo por falta de tempo ou outras condições para o uso das mesmas. Mas também podem, o que deve ser bastante preocupante, serem relacionadas à falta de alinhamento com os valores e normas que devem guiar sua utilização nessa situação específica.

### 6.3 A PRODUÇÃO DE LEGITIMIDADE PARA A FORMAÇÃO E PRÁTICA MÉDICA PRECONIZADA

Dada a reflexão estabelecida na seção anterior sobre o papel das TEC na influência sobre a formação preconizada, a partir da percepção dos estudantes e docentes entrevistados, resta-nos explorar se houve efetiva aquisição de legitimidade para o perfil de formação e prática médica preconizados nas DCN e, em última análise, no SUS.

Conforme sistematizado no quadro 3, procuramos associar a identificação da legitimidade nos discursos dos 19 alunos entrevistados às diversas formas de compreensão que configuram a imagem e papel do médico na sociedade. Nesse contexto, consideramos importante correlacionar determinadas características do “ser médico” aos perfis de formação e prática médica mais significativos na atualidade.

Maeno (2011) chama a atenção para o fato de que a saúde e, mais ainda, as doenças despertam muito interesse na sociedade, o que justifica a intensa abordagem, por exemplo no campo das artes, dessa temática. Além dos programas de rádio e televisão, numerosos são os livros e filmes destinados para o grande público que discorrem sobre histórias de pessoas de todas as idades que repentinamente veem seu cotidiano conturbado pelo aparecimento de uma doença grave. As abordagens frequentemente se referem às reflexões que a pessoa acometida passa a fazer após o diagnóstico, ou à busca desesperada, e por vezes heróica, da cura ou ainda a descoberta de redes sociais de suporte. O protagonismo se limita ao doente, às pessoas do círculo afetivo e, às vezes, ao médico, cujo papel oscila entre o de um cientista obstinado e o de um herói.

Segue explorando a questão do papel do médico na sociedade registrando que os grandes médicos da Grécia Antiga eram também filósofos naturais, e os problemas de saúde faziam parte de um cenário de interesse muito mais amplo, que passava pela compreensão do universo e pelas relações entre homem e natureza. As alterações de saúde teriam origem na falta de harmonia entre homem e ambiente,

base do livro de Hipócrates Ares, *Águas e Lugares*, que não era apenas um tratado teórico, mas uma espécie de manual guia na avaliação das condições sanitárias das terras que iam sendo colonizadas pelos gregos em seu processo de expansão desde o ano 1000 a.C. Os médicos exerciam o seu ofício de maneira itinerante, de cidade em cidade e se estabeleciam durante um determinado período nos locais onde havia muito trabalho. A partir do ano 600 a.C., as comunidades passaram a juntar dinheiro para pagar os préstimos dos médicos que elas nomeavam, garantindo-lhes sustento independentemente da época do ano ou da quantidade de trabalho que tinham. Essa prática se disseminou e o espírito generoso de alguns médicos, que atendiam sem distinção de classe ou condição social, é lembrado, assim como suas atitudes solidárias quando nas épocas de epidemias abriam mão dos salários. A confiança que as comunidades passavam a ter nos médicos se dava pelo acerto de suas condutas para debelar as doenças que assolavam as diferentes regiões (MAENO, 2011).

Conforme se pode perceber, desde muito tempo que o papel de médico goza de importante respeito na sociedade, calcado fortemente nas suas capacidades de tomar decisões assertivas que obtivessem sucesso na implementação das terapêuticas. Decerto que a compreensão sobre quem é e o que faz o médico sofreu significativas alterações no desenvolvimento sócio histórico da humanidade, entretanto é inegável o impacto da revolução científica nesse contexto. Como já citado, os movimentos da renascença e do Iluminismo, caracterizados pelo nascimento e consolidação da ciência moderna, influenciaram decisivamente na reconstrução do perfil da medicina e, conseqüentemente, no que significa ser médico. Desde então, uma forte cisão entre as perspectivas artística/filosófica e científica da medicina irrompeu, de forma que o domínio tecnocientífico se deu de tal forma que não é possível para a maioria das pessoas, nos dias atuais, conceber o profissional médico dissociado de alguém altamente capacitado nas ciências, em especial as biológicas.

Martins (2003 apud SILVA, 2006) explica que a ciência médica é científica, mas apenas no sentido inócuo de que se utiliza de resultados de pesquisa científica, seguindo métodos considerados atualmente válidos de redução formal. Nesses termos é preciso admitir que a medicina é científica, mas jamais será somente científica, pois que é também terapêutica. Ao aplicar seus conhecimentos científicos aos fenômenos humanos – portanto, a situações singulares, recheadas de idiosincrasias, valores, interconexões e experiências não generalizáveis –, não pode

se entendida com um ciência pura. É constituída por um componente humanístico que constitui a arte da medicina, orientando-a na aplicação da ciência ao fenômeno humano.

Ocorre que esta relação estreita entre conhecimentos científicos e humanísticos vem sofrendo, na história moderna da medicina, uma supremacia da ciência, especialmente desde o século XVIII, isto é, desde a configuração da racionalidade médica ocidental, que, ao situar o saber e a prática médica no interior das ciências naturais, leva a medicina a optar pela naturalização de seu objeto, fazendo emergir a objetividade da doença, a exclusão de subjetividades e a construção das generalidades. E assim estabelece-se a cisão: diagnóstico - seara da ciência, de um lado; e intervenção terapêutica - território da arte, de outro (SILVA, 2006).

Ayres (2002 apud SILVA, 2006) adverte de que a cisão arte x tecnociência é artificial, embora atenda ao projeto de uma racionalidade utilitarista que vem sendo acusada de promover uma assistência desumana, onipotente e irracional. A questão assegurada por ele como fundamental é o fato de a arte da tecnociência ter perdido o interesse pela vida. Argumenta que isso ocorre quando não se reconhece que cuidar da saúde de alguém é mais do que construir um objeto e intervir sobre ele, quando excluímos os sujeitos doentes do núcleo duro das decisões do como fazer e o que fazer quanto a sua saúde. Com os benefícios da tecnociência, a medicina vem subordinando a assistência à aplicação de tecnologias instrumentais, deixando de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que se realizam na intersubjetividade de um momento assistencial e que extrapolam o tecnológico.

Conforme já explorado em seções anteriores da presente dissertação, é sabido que o perfil de formação e prática médica hegemônico é altamente caracterizado, respectivamente, pela predominância do saber científico - apresentado e trabalhado de forma fragmentada (em disciplinas), dissociada da realidade (cisão teoria/prática) e focado na absorção de conteúdos - e pela supervalorização da dimensão biológica do ser humano - com a conseqüente objetificação do paciente e medicalização excessiva das condutas terapêuticas. Esse perfil, comumente denominado "flexneriano" (em referência ao Relatório Flexner) em sua faceta educacional, e "biomédico" em sua faceta assistencial, goza de alto grau de legitimidade na sociedade - legitimidade esta constituída em decorrência da natureza da expertise técnica do trabalho médico, da autonomia do médico para estabelecer o valor do seu

trabalho, das relações altamente implicadas da medicina com a conformação da sociedade capitalista e do *glamour* de sua função (salvar vidas) – culturalmente estabelecida também por meio de uma importante atuação midiática junto às massas (BARROSO, 2016; FRAZÃO; MINAKAWA, 2018; MACHADO, 1997; MEIMARIDIS, 2018; PETTA, 2018).

Por outro lado, "ser médico" inclui, atualmente, a possibilidade de um equilíbrio fundamental entre as capacidades tecnocientíficas e humanísticas, sendo que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) mais atuais para cursos de medicina, estabelecem que:

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

Tais características sugerem a necessária superação dos modelos hegemônicos de formação e prática médica (flexneriano e biomédico, respectivamente), com a conformação de um perfil diferenciado que explore de forma ampliada e adequada as capacidades humanísticas desejadas, a responsabilidade social e a perspectiva integral/holística do cuidado. Outrossim, considerando tais características, esse modelo de formação e prática médica vem sendo comumente denominado de perfil biopsicossocial (MARCO, 2003), em referência ao seu olhar ampliado sobre o processo saúde-doença, o qual implica uma ação educacional pautada na interdisciplinaridade, na integração ensino-serviço e na autonomia do processo ensino-aprendizagem, e uma atuação médica focada na determinação social da saúde, na atenção integral e humanizada.

A partir dos referenciais explorados nos parágrafos anteriores e considerando que os objetivos organizacionais da universidade na busca por legitimidade para o perfil de formação médica preconizado nas DCN devem ser pautados no aumento de sua credibilidade e na captação de apoio ativo (o que sugere fortemente uma construção de legitimidade do tipo moral ou cognitiva), em função de sua fragilidade em relação ao perfil de formação hegemônico, optamos por definir que:

- a) A legitimidade pragmática para o perfil de formação médica preconizado nas DCN poderia ser identificada pela simples aceitação da proposta político-pedagógica do curso em virtude do reconhecimento do mesmo

pelas instâncias regulamentadoras da educação no país, o que propicia à instituição a legalidade para emissão de certificado visando a posterior inserção do egresso num mercado de trabalho com reconhecida diferenciação remuneratória e de oportunidades. Um outro aspecto que também foi considerado como marca linguística de legitimidade pragmática foi o reconhecimento do status de "Federal" à Universidade, o que lhe conferiria maior confiabilidade entre instituições de ensino superior. Por último, foi considerado também um aspecto qualitativo da legitimidade pragmática a questão da associação do processo formativo a métodos de ensino reconhecidos internacionalmente, o que atenderia uma expectativa de status social;

- b) A legitimidade moral para o perfil de formação médica preconizado nas DCN poderia ser identificada pela exposição de interesses voltados para o uso da medicina como meio de combate às desigualdades sociais reificadas em nosso país. Da mesma forma, perspectivas voltadas para a prática médica pautada na integralidade do cuidado (em seus diferentes sentidos) e na responsabilidade social também indicariam a produção de legitimidade moral. Por fim, o desejo de trabalhar no SUS, apoiando sua consolidação, também poderia sinalizar a presença de legitimidade moral;
- c) A legitimidade cognitiva, por sua vez, poderia ser identificada em manifestações que apontassem a forte coerência do perfil de formação proposto no curso com as propostas das DCN, que conformam as normas atuais para uma formação médica de qualidade. Ou seja, se é o que está regulamentado, é o que seria melhor. No mesmo sentido, manifestações que demonstrassem o apoio ao perfil de formação biopsicossocial em virtude da percepção de que o mesmo representa uma oportunidade de melhoria da qualidade da prestação de serviços de saúde no país, também foram consideradas como indicadores qualitativos de produção de legitimidade cognitiva. Por fim, as manifestações que apoiassem esse perfil de formação seriam também identificadas pela valorização de um processo de aprendizagem promotor da autonomia do sujeito, que, por sua vez, estará apto a

qualificar-se de forma continuada, em especial no que tange aos conhecimentos científicos mais atuais.

Nesse sentido, os resultados da pesquisa apontam para um alto grau de legitimidade efetivamente construído para o perfil biopsicossocial, com predominância dos tipos moral e cognitiva, sendo altamente frequentes os discursos assim categorizados em relação aos identificados como legitimidade pragmática. Além disso, há forte percepção quanto à influência do uso das TEC na construção da imagem de um "ser médico" extremamente implicado com o cuidado integral e a responsabilidade social, como se pode verificar nos trechos de discursos destacados abaixo, já identificados conforme a tipologia de legitimidade de Suchman (1995).

#### Legitimidade pragmática:

Eles falavam uma coisa nova da metodologia eu pesquisava, tanto é que eu fiz uma viagem uma vez pra Europa, quando eu fiz intercambio [...] eu morei com uma alemã [...] e aí fazia tempo que não a via [...] a gente foi fazer uma viagem, e eu soube que na Holanda, em Massachusetts, tem uma das grandes faculdades de medicina em Problem Based Learning (PBL) e aí eu pedi pra ir lá. Cariri conhecia um dos coordenadores, umas das referências acadêmicas lá, entrou em contato, eu fui até pra conhecer o método e eu vi que não era tão diferente daqui a não ser, claro, a infraestrutura, é uma infraestrutura de Europa, de Holanda, mas as demandas, as ideias, a metodologia em si tinha muita coisa em comum. (A1)

[...] eu já tinha ouvido falar sobre que aqui o método era novo e eu achei que ia ser muito legal, eu não pensei duas vezes em sair da minha cidade e vir para cá não [...]. (A3)

#### Legitimidade moral:

Eu acho que, eu gosto muito, eu admiro muito o SUS, sou uma militante do SUS, então acho que não faz sentido pra mim militar e não conviver com ele o máximo possível e em todos os meus estágios, durante o internato, eu tenho criado uma noção da rede do SUS, de como ele funciona, ele me chama muito mais atenção do que trabalhar com plano de saúde ou com consultório particular [...]. (A1)

E a tutoria eu acho que, também, é muito importante, é outra ferramenta em que acho que tem muito a ver com umas das minhas falas anteriores que é isso da gente de ir além e construir coletivamente e trabalhar questões éticas, por mais que não sejam tão claras, mas de certa forma a gente precisa referenciar corretamente aquilo que a gente tá falando, de quem é, a época, ter uma coerência também. (A1)

Eu nunca quis trabalhar em hospital particular. Eu acho que os médicos, na realidade, precisam se unir com relação ao SUS porque o SUS é um ambiente muito bonito, da forma de vista que ele atende pessoas que realmente precisam dessa assistência e não tem como buscar essa assistência. (A4)

[...] a gente vai pro PIESC, a gente tem esse contato, aprende a como chegar, como pedir, a como pedir permissão pra como tocar o paciente, eu acho isso uma coisa muito bonita. Eu nunca tinha visto um médico chegar e "licença, eu vou lhe examinar agora" e é uma coisa que a gente aprende, peça licença

porque o corpo é do paciente, o corpo não é seu, você está examinando, mas o corpo é do paciente e é algo que eu nunca tinha visto o médico fazer e é uma coisa que eu acho maravilhosa e o curso sempre nos ensinou que é você lidar com o outro como um igual ao seu, como você gostaria de ser tratada [...]. (A4)

Porque o PIESC, como eu já disse, ele traz essa questão do compromisso social com paciente, você aprende a realidade das pessoas, você sai da sua bolha de convívio porque, muitas vezes, são pessoas de classe média, classe média alta que nunca precisaram deixar de comer para comprar um remédio, então, você aprende esse contexto social. (A4)

[...] eu dizia que ia ser médica de pobre a mainha, porque gente rica podia pagar médico e quando eu vim pra essa faculdade é mais ou menos isso. Eu falava na inocência, mas a perspectiva é realmente essa, a gente é todo voltado para o SUS. (A5)

Minha cidade é muito pequena, você perguntou de onde era, são 16.000 habitantes, então, eu tenho a cabeça da igreja, fechada, de uma cultura machista e foi na faculdade que eu descobri o feminismo, no laboratório de sensi, tu sabe que tem, né? Aí a gente tem um laboratório de sensi e foi lá que eu descobri quem é Frida. Isso mudou totalmente minha perspectiva de ser mulher [...] eu me apaixonei por gestantes, por mulheres, por tudo por causa do sensi. Eu descobri muitas coisas, muitas sensações lá que, com certeza, mudou completamente minha concepção da medicina. (A5)

[...] sempre quis no SUS e sempre fiquei me perguntando durante a graduação, que acho que também o curso provoca muito isso "onde eu vou ser mais útil no sistema", porque a gente tem essa visão de sistema [...]. (A6)

Eu não consigo me imaginar cobrando um valor que só algumas pessoas podem pagar, isso é uma das coisas que me fazem ser assim. E ser psiquiatra porque todo mundo fala "psiquiatra tem que ter consultório". Por muito tempo eu não queria ser psiquiatra porque eu não vou cobrar uma fortuna pra atender uma parcela, apesar que não é todo mundo que utiliza desse serviço, mas no SUS eu posso atender todo mundo, é isso que me faz querer ficar no SUS. (A6)

[...] eu acho que o SUS é um instrumento, além de saúde, é social e eu acredito muito na função que ele se propôs e eu acho que ele tem um benefício enorme pra sociedade e eu me enxergo muito enquanto sujeito que vai ajudar a construir isso [...]. (A7)

[...] então dentro da comunidade a gente foi acostumado a compreender as diferentes facetas de onde a medicina atua e aí com isso compreender o que é uma comunidade carente, o que é uma população carente, qual é o meu papel frente a essa população que não é meramente prescrever medicação e desde cedo a faculdade proporcionou isso. (A7)

Lá no labsensi a gente teve uma oficina que foi sobre uma série de pinturas de mulheres, que a gente tava no modo de obstetrícia, aí a gente tinha uma série de artes que se colocavam para, por exemplo, frente a situações de violência obstétrica, frente a situações de tirar o empoderamento da mulher no momento do parto, essa oficina que a gente tinha que ver, situações artísticas que representaram isso e a partir desta gente refletir o que a situação artística tinha a ver com os dias de hoje. Pra mim foi muito rico, eu lembro dessa oficina até hoje [...]. (A7)

O lava pés foi logo no primeiro ano e a gente acabou tendo nos outros também, mas foi mais intenso no primeiro ano. O que se quer com o lava pés é mostrar o contato, pelo menos, mais próximo com todo mundo e da gente

se despir da capa de super-herói, de que é tudo igual no consultório, bonitinho [...] a gente tá lá na rua em contato com a população, sentindo [...]. (A7)

[...] a gente tem um serviço público que é universal, é uma rede de saúde diferenciada de outros países, quando a gente pensa em Canadá, Estados Unidos, que não existe um sistema único de saúde, que é um sistema que engloba toda a população, até as pessoas que dispõe de plano privado muitas vezes acaba se beneficiando desse serviço público... pra mim é um paradoxo você está dentro de um país que tenha esse serviço médico, esse sistema único de saúde e não querer, não contribuir, não achar que isso é importante pra... é uma coisa pra mim que não existe, eu acho que realmente eu penso assim. (A10)

O PIESC, como é que eu posso falar... primeiro que é o local que mais você entra em contato com a rede, desde o começo da graduação, não precisa saber de nada, não sabe aferir uma PA, mas você tá lá dentro conhecendo, começa a conhecer o sistema de saúde e a população de forma geral. (A10)

O potencial do laboratório sensibilidades é enorme porque traz muito precocemente para o curso da gente discussões que só viriam ou só vem em outros cursos mais na frente e aguçam o nosso senso crítico, a nossa visão clínica que, às vezes, ela só vem ser desenvolvida mas na frente e um ambiente pra gente explorar o exame físico, que eu acho que o que faz um médico completo, além de outras coisas [...] é também saber realizar o exame físico completo, detalhadamente, usando termos técnicos, mas também sabendo explicar pra pessoa o que está sendo feito. Eu lembro que numa ocasião a gente teve que simular uma consulta de um transexual, tinha aluno simulando paciente, tinha aluno simulado médico e alunos sendo juiz, então, isso foi bem no começo e abriu meus olhos para ver pessoas que não tava diretamente relacionadas ao meu contexto, a questões de saúde relacionadas a isso também entendeu? Então, isso foi um exemplo para mim muito marcante. (A12)

[...] foram projetos extremamente positivos, nos permitiu realizar ações pra população, então, isso trabalha bem essa questão social, inclusive, o lava pés eu acho um programa importante que a gente cuidava do pé diabético. A liga foi importante também porque a gente tocou em um dos pontos que seria o câncer de mama, a gente tentou promover isso dentro da sociedade [...]. (A13)

[...] eu acho que contribui inclusive pra assistência (se referindo a aprendizagem baseada em projetos), porque a rede pública ela tem uma assistência muito defasada nas UTI, porque quando você pega 90% dos pacientes tem uma úlcera de pressão, e úlcera de pressão é sinal de mal cuidado [...] o certo é você virar o paciente a cada duas horas [...] Ninguém faz isso e o paciente fica lá. Agora mais não, porque eu acho que naquele período que agente foi lá intervir, pode ter melhorado um pouco [...]. (A14)

[...] quando eu cheguei aqui que apresentaram o curso pra gente, ainda lembro quando a pedagoga falou do laboratório de sensibilidades, que eles iam ensinar a gente a usar os sentidos da gente pra entender o paciente, que a gente não ia só usar o estetoscópio pra ouvir, que você ia ver o paciente de um jeito diferente, o jeito de tocar, que você ia realmente assim, perceber, enxergar muito mais do que eu tinha noção do que o médico via na gente, e aí eu me apaixonei, nesse dia que eles apresentaram o curso pra gente, que foi o dia da pré-matricula, eu já sai da sala e disse pra painho, não quero ir pra Recife, quero ficar aqui [...]. (A16)

[...] teve um dia que foi muito importante pra mim, foi um dia que agente foi lá no Alto do Moura. Foi a primeira vez que fui no Alto do Moura com meu pai, agente foi na casa de Mestre Vitalino e tava o filho dele lá, e aí ele tinha

colocado uns cordéis pra vender e meu pai perguntou cordel de que ele tinha pra vender, e aí quando ele olhou pra a folha de cordel eu percebi que ele não sabia ler, aí eu percebi que ele ficou constrangido na hora e aí rapidamente eu mudei de assunto e eu só percebi que ele não sabia ler porque todos os dias eu interajo com alguém que não sabe ler [...]. (A16)

#### Legitimidade cognitiva:

[...] eu acredito que a gente só consegue melhorar a pessoa que trabalha com cuidado, com a saúde, inclusive médicos e medicas, se a gente mudar o processo de formação.... Primeira coisa é estimular o pensamento crítico. Na medida em que a gente se torna protagonista do nosso processo de aprendizagem e, principalmente, buscando sempre uma aprendizagem significativa, porque a gente também foi capacitado, foi orientado, qual seria o objetivo dessa metodologia, então, eu percebo que eu busquei e tive acesso, não só busquei, mas como também tive acesso a várias fontes, a várias referências [...]. (A1)

As vantagens (das metodologias ativas) [...] eu acredito que seja a prática, a gente tem no dia a dia muito mais segurança na comunicação com o paciente principalmente, a gente não tem muito essa de ficar travado no serviço, acho que isso ajuda bastante a prática. (A2)

No curso da gente somos demandados, somos avaliados, inclusive, se a gente traz fontes novas, fontes seguras, fontes atualizadas, fontes com um impacto na academia, na comunidade científica, então a gente tá pesquisando sobre o tema e é um curso que a gente não se sente abaixo do professor nem acima, a gente tá conversando com o professor, então, tinha momentos em que eu via o artigo novo e trazia pra tutoria e o professor não tinha visto ainda essa atualização, então a gente começava a dialogar e pensar, e então, tudo isso eu acho que quando a gente tem fontes com outras referências, a gente pensar além do que é dado, do que tá posto, a gente começa a ter um pensamento mais crítico. (A3)

Outra coisa do AVA que eu gosto muito é que você posta, bota sua contribuição e não necessariamente outras pessoas tem que colocar em seguida, não é instantâneo como se fosse um chat, é um fórum, então, você olha o que a pessoa postou lá e você reflete sobre aquilo pra você poder contribuir mais, ou contribuir discordando ou concordando, então dá tempo refletir, dá tempo pensar e dá tempo fazer [...]. (A3)

[...] eu acho que é uma coisa incrível porque ajuda não só durante nossa formação acadêmica, mas até mesmo no pós academicismo. Porque é uma coisa que eles sempre nos incentivam é nos atualizar, então, a gente sempre tem que buscar referências recentes, referências novas, as mudanças que houve, seja em protocolo, seja em qualquer tipo de diretriz e a gente tem que trazer isso para o nosso dia a dia. Então, além de você formar profissionais atualizados você também ensina a esses profissionais a buscar conhecimento depois da faculdade [...]. (A4)

[...] como a gente é PBL a gente tem a prática muito cedo, então, você aprende com a prática, você aprende tanto o que é certo como o que é errado, você aprende a como tocar no paciente, como fazer um exame físico no paciente, a como pedir permissão para o paciente [...]. (A4)

Eu entendo isso do perfil da gente, eu acho que é a maior luta da gente, e assim, eu acho que vai sair, só que, por exemplo, tem muita gente que é muito resistente a essa forma do curso, mas eu acho que até essas pessoas nos surpreendem quando vão pra assistência, por exemplo, que veem tantas coisas no curso, tantos debates, tanta coisa que ele tá fingindo que não

acredita, mas quando vai para assistência ele ver o paciente de outra forma [...]. (A5)

No PBL a gente sempre tinha um caso ou uma situação e a partir disso, a primeira coisa era formular um problema central e a partir desse problema a gente discutia, chegava-se em hipóteses e em objetivo de estudo e é basicamente isso que o médico tem que fazer. Chega um caso para ele e ele tem que saber qual é o problema, tem que formular hipóteses e fazer os objetivos e a gente já chega na prática com o raciocínio muito pronto, muito organizado [...]. (A6)

[...] no PIEESC a gente se deparava com a realidade dos serviços, quando a gente ia na unidade de saúde, na maternidade, no hospital secundário, terciário e a gente voltava pra problematizar o que a gente tinha visto lá, então, a gente trazia a realidade pra dentro da universidade e discutia o que a gente podia fazer [...]. (A9)

A informação é mutável, é dinâmica, ela é baseada em estudos, ela é baseada nisso, naquilo outro, então, você acaba não pegando o livrinho. Porque quando eu fiz a graduação fiz um ano de odontologia, tudo que o professor tá falando pra mim eu entendo, não tô dizendo que ele tá mentindo, mas, talvez, a gente sabe que existe influência do que você fala, do que você vai dizer para as pessoas, então você acaba que aquele conhecimento é fornecido e você acha que tudo fora daquilo talvez não seja verdade, mas não foi comprovado, uma coisa que não foi comprovada ela pode ser, até que me prove que ela não é, acho que você acaba tendo isso. (A10)

[...] você é um sujeito passivo quando você tá no tradicional, você aceita aquilo e pronto e aqui na metodologia ativa você é ativo, você não aceita a imposição de um staff, de alguém que já é médico e você vai pesquisar o porque daquilo ali. A gente chega muito em UPA, na atenção primária, o médico diz que "isso" é assim por "isso" aí você se questiona, a metodologia ativa ajuda, realmente é isso, eu vou ler sobre isso, eu vou ver, não, não é assim, essa conduta não está correta, deveria ter sido feito dessa forma. A gente não é tendenciado a aprender só o que é dito de boca, a gente tem que ir atrás, a gente tem que pesquisar, é estimulado a correr atrás de resolver os casos. (A11)

[...] em alguns momentos, em aulas, em TBL, a gente tem que defender o nosso ponto de vista e aí a gente tem que defender não no "eu acho", como é em outros cursos, mas a gente tem que defender pela evidência científica, pelo que diz o livro texto, pelo artigo novo que saiu, então, acho que contribui pra isso. (A12)

[...] (se referindo ao PIEESC) então, eu me lembro quando eu pagava a bioquímica eu estudava sobre a sinvastatina, sobre vários mecanismos moleculares de remédios, bioquímica, farmácia, várias coisas que eu utilizava no dia a dia, então, quando você estudava semiologia você tava lá vendo semiologia cardíaca, respiratória, osteoarticular, isso é um ambiente de extremo aprendizado, fora que você começa a entender como é o trabalho de um médico dentro da sociedade, seja ele na unidade de saúde ou nas emergências ou no hospital [...]. (A13)

[...] eu sou eternamente grata pela problematização, porque eu vi residentes apresentando o caso de formas bem assim, deixando bastante a desejar e levando reclamações que eu levei a muito tempo que não levo mais, então você saber passar um caso bem, faz toda a diferença pra o paciente, pra quem ele vai ser referenciado, a problematização era interessante porque a gente conseguia realmente ver que aquilo existe, porque as vezes os professores levavam casos de livro, então era um raio x que dizia exatamente o que ele tinha, ele tinha uma pressão que a gente esperava e aí a gente não

conseguia entender que aquilo podia realmente acontecer na prática, e a problematização não, inclusive eu estou com uma paciente que o raio x dela é horrível, mas quando eu fui escutar ela não tinha nada, e esse é o tipo de situação eu a gente pega na problematização, quer dizer que não bate com a realidade que é nisso que você tem que trabalhar né [...]. (A16)

A tutoria gera um autoconhecimento assim indescritível, porque você aprende a falar e você aprende a se ouvir e você aprende a ouvir crítica, aprende a ouvir a pessoa discordando de você, você aprende a ser avaliado diariamente, porque no dia a dia todo mundo no hospital tá lhe avaliando, você não percebe mas as pessoas estão julgando os estudantes de alguma forma e na tutoria você tá vivendo isso também, e é uma coisa que prepara muito assim pra vida, eu sinto que hoje eu falo melhor, que eu consigo organizar meu pensamento assim de uma forma mais rápida, porque a discussão, são duas horas semanais e aí você tem que tirar o máximo de proveito daquilo... ensina agente a trabalhar em equipe, que a gente pega uns grupos que são bem difíceis, tem grupos que são mais harmônicos, tem o perfil do tutor também influencia na gente, porque as vezes o tutor por exemplo é o cirurgião e aí ele faz agente entender um jeito de estudar, uma prioridade de aprendizado e às vezes o tutor é um psicólogo ou uma dentista e aí ela tem outras demandas, e aí ela traz outras perspectivas do assunto e aí você ver que tudo é importante de se estudar de alguma forma, mas aí você consegue ter o seu perfil de tipo o que é que eu acho que é mais importante independente do que o tutor tá trazendo, mesmo considerando a contribuição dele. (A16)

Como se pode perceber, os discursos deixam claro que há uma forte produção de legitimidade para o perfil de formação preconizado, e que o papel das TEC nesse contexto é bastante significativo. Outrossim, os discursos apontam fortemente para uma potencialidade importante na associação das TEC com a integração curricular do ambiente acadêmico e dos serviços, o que é corroborado pela literatura especializada, conforme explorado na seção anterior. Por outro lado, variados autores da área trazem também que é em virtude dessa associação que as influências naturais de outros médicos ocorrerão (com quem os estudantes terão contato), promovendo uma forma de aprendizagem bastante significativa de valores e comportamentos que impactarão de forma decisiva na forma como o estudante percebe o que significa ser médico.

É nessa perspectiva que correlacionamos a importância do currículo oculto como um dos principais obstáculos para a efetiva implementação de currículos voltados para uma formação médica mais conectada com o perfil biopsicossocial. Ele resulta das relações interpessoais que se desenvolvem na esfera acadêmica, com destaque para aquelas que emergem de situações cotidianas e não se encontram estabelecidas no conjunto de saberes contemplado no currículo formal. É no currículo oculto que se situa o vasto conjunto de experiências de formação educacionais e profissionais de forma não intencional, relacionadas principalmente ao

desenvolvimento de valores e atitudes, podendo ser considerado como o “pano de fundo” do processo de aprendizagem (SANTOS et al., 2020).

O currículo oculto opera, portanto, de forma ativa entre estudantes de medicina e no seu processo de formação identitária, e esta operação é, em sua grande maioria, realizada por profissionais médicos. Evitar o currículo oculto, em nosso entendimento, não apenas é inviável, mas também representa uma importante perda de oportunidade para o convite aos alunos acerca da reflexão sobre as características do perfil de formação flexneriano/biomédico e de suas limitações para atender as demandas de saúde no país. Tal reflexão, entretanto, para ser viabilizada em todo seu potencial, precisa de tecnologias educacionais e espaços pedagógicos que a propiciem, o que reforça a necessidade das TEC nesse contexto.

Giublini et al. (2018 apud SANTOS et. al. 2020) afirmam que as formas ocultas de ensino-aprendizagem presentes na educação médica, relacionadas não só ao profissionalismo, mas a questões éticas, envolvem o risco de que os estudantes simplesmente assimilem os comportamentos de seus professores, ao mesmo tempo que, perdendo a capacidade de distinguir o que é moralmente aceitável e o que não é, sentem-se incapacitados de agir de acordo com o que acham bom ou de não fazer o que acham ruim. Daí a importância da reflexão nos espaços pedagógicos acerca das situações do cotidiano, o que é potencializado pelas TEC.

Craig et al. (2018 apud SANTOS et al. 2020) também concordam que existe uma constante separação entre habilidades clínicas e qualidades humanísticas, e essas últimas com frequência são implicitamente colocadas como menos importantes do que as primeiras. Percebe-se, assim, que esse desprendimento das qualidades humanísticas em relação à técnica durante a graduação pode ser prejudicial tanto para o estudante, que acaba por deixar de lado aspectos éticos pessoais trazidos até mesmo antes da graduação, quanto para o usuário do serviço na relação médico-paciente com um profissional com possíveis dificuldades/déficits de abordagens de questões humanísticas. Tais condições demonstram ainda mais a importância da interferência do currículo oculto e os prejuízos que esse pode trazer na formação médica e no cuidado em saúde, caso não problematizados.

Corroborando a importância das TEC no processo de aprendizagem e reflexão a partir de situações frequentes em ações do currículo oculto, Hafferty et al. (2015 apud SANTOS et al. 2020) introduziram uma estratégia chamada On doctoring – um curso de dois anos de duração (geralmente nos dois primeiros anos da graduação) –

que fornece uma compreensão do papel do médico no ambiente clínico e na comunidade por meio de experiências de aprendizagem discutidas em pequenos grupos. Essa estratégia valoriza as habilidades, atitudes e comportamentos éticos e humanos nos estudantes de medicina, lançando mão de apresentações, diálogos e anotações sobre a prática clínica.

A dinâmica de pequenos grupos também foi citada em outros trabalhos, nos quais aspectos considerados negativos do currículo oculto (por exemplo, abuso verbal; humilhação pública; e discriminação de gênero e racial) foram anteriormente observados por estudantes de medicina e posteriormente discutidos nesses grupos. Os temas incluíam comentários abertos de diferentes pontos de vista, obtendo a visão dos colegas e entendendo a perspectiva institucional. Além disso, incluíam conteúdos sobre interprofissionalismo e promoção de um feedback efetivo após a discussão. Esses estudos constataram que a criação de espaços seguros para reflexão e discussão pode ser uma estratégia de reconhecimento e enfrentamento do currículo oculto, permitindo que experiências positivas e negativas sejam usadas para reforçar valores e comportamentos condizentes com a prática médica. Assim, essas estratégias de debates em pequenos grupos permitem que os estudantes possam externalizar fatos que os afligem e que interferem diretamente em seus processos formativos (SANTOS et al., 2020).

Tais estudos apresentam forte conexão com os resultados da presente pesquisa, que sinalizam que o curso de medicina do CAA/UFPE obteve significativo êxito na produção de legitimidade para o perfil de formação e prática médica preconizado nas DCN, através da associação do uso de tecnologias educacionais construtivistas - em especial as técnicas problematizadoras - com a inserção prematura dos estudantes nos cenários de prática, tudo isso potencializando um projeto político pedagógico claro e um modelo de gestão baseado na horizontalidade e na educação permanente dos docentes. Os resultados sugerem que as problematizações e reflexões fomentadas nos diversos espaços pedagógicos que se utilizaram das TEC foram capazes de gerar um “efeito protetor” sobre as ações do currículo oculto, minimizando os impactos decorrentes da influência de ações correlacionadas com o perfil ainda hegemônico de prática médica.

## 7 CONCLUSÕES

A reorientação do modelo de formação médica apresenta-se como um dos desafios atuais mais importantes para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) após esses 30 anos de sua implementação. Os sucessivos esforços empreendidos pelo Ministério da Saúde nos últimos 20 anos, na tentativa de induzir tal reorientação, alcançaram seu ápice com a formatação do programa "Mais Médicos para o Brasil", que se tornou Lei e inaugurou uma nova etapa na trajetória da política de saúde do país, com ênfase especial na dimensão do processo formativo desses profissionais essenciais para o sistema de saúde.

O curso de medicina do Centro Acadêmico do Agreste da Universidade Federal de Pernambuco (CAA/UFPE), concebido no bojo desse programa, representou uma importante conquista da região do Agreste Pernambucano, que já vinha experimentando a experiência da expansão e reorientação da formação médica através de iniciativas vinculadas à Universidade de Pernambuco, e que assiste agora o fortalecimento da interiorização desse processo, fenômeno que tem importante significado sociocultural.

Em recente discurso proferido, por ocasião do evento de colação de grau da primeira turma de médicos egressos do curso do CAA/UFPE, o Diretor deste centro acadêmico ressaltou o significado desse processo de interiorização para muitas pessoas, citando a história de um dos alunos que acabara de se formar e ressaltando sua luta para superar a exclusão social e ter a oportunidade de estudar numa instituição de ensino superior (informação verbal)<sup>1</sup>.

A história do curso de medicina do CAA/UFPE, entretanto, não ficará marcada apenas por representar uma importante conquista do interior de Pernambuco para gerar a oportunidade de formação e fixação de médicos e alimentar os sonhos de milhares de jovens com dificuldades sócio-econômicas que desejam seguir essa trajetória profissional. O curso representa também a ousadia de fazer diferente, procurando atender os preceitos das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a formação em medicina e com alto grau de responsabilidade social.

---

<sup>1</sup> Informação obtida do discurso de Manoel Guedes Alcoferedo Neto, em ocasião da colação de grau da turma 01 do curso de Medicina do Centro Avançado do Agreste, Universidade Federal de Pernambuco, Caruaru, PE.

A presente dissertação foi motivada principalmente pela nossa curiosidade epistemológica em identificar se a alta aposta realizada pelos idealizadores do curso na organização de uma proposta de formação baseada no uso sistemático de tecnologias educacionais construtivistas e na inserção precoce dos estudantes nos cenários de prática, seria capaz de produzir egressos mais “conectados” com o perfil de formação preconizado nas DCN. Para tanto, nos propusemos a realizar um profundo estudo de caso que nos permitisse não apenas descrever essa experiência tecno pedagógica, mas também analisar se o uso de tais recursos alcançou a efetividade desejada.

Em nossa trajetória de pesquisa, já durante o processo de compreensão aprofundada do problema, nos deparamos com a perspectiva da alta legitimidade da formação e prática médica flexneriana/biomédica, e sua influência decisiva na organização curricular e práticas pedagógicas, agravada pelo seu papel para “além dos muros” do ambiente acadêmico, configurando o que a literatura especializada conveniu chamar de “currículo oculto”. Começamos aí a perceber a necessidade de compreender o fenômeno da legitimação da formação médica hegemônica, e a desenhar a estrutura da pesquisa.

Não bastaria, portanto, descrever como o curso de medicina do CAA/UFPE sistematizou a proposta curricular e fez uso das tecnologias educacionais construtivistas, seria importante também identificar como alunos e docentes percebiam a influência dessas propostas pedagógicas no próprio processo de formação e, ainda, como isso poderia “afetar” a legitimação dessa proposta, se é que poderiam.

Após uma longa trajetória pela literatura especializada na formação médica, e uma jornada metodológica em busca de documentos e entrevistas que nos ajudassem a melhor entender nosso objeto de estudo, apresentamos as seguintes conclusões:

- a) O curso de medicina do CAA/UFPE possui importante inserção de Tecnologias Educacionais Construtivistas (TEC) em sua matriz curricular, o que potencializa e é potencializado pela determinação política clara de seu PPC, que possui características bastante específicas;
- b) Em que pese essa importante inserção das TEC na matriz curricular, o corpo de docentes do curso de medicina do CAA/UFPE ainda apresenta algumas dificuldades para operá-las adequadamente, que se reflete

numa frequência significativa de aulas expositivas tradicionais e/ou em distorções importantes na aplicação das TEC, podendo comprometer sua efetividade no que tange à produção de legitimidade para o perfil de formação desejado;

- c) Os alunos e docentes do curso de medicina do CAA/UFPE identificam importante influência positiva do uso das TEC para a formação médica preconizada nas DCN;
- d) O uso das TEC proporcionou, na amostra estudada, a produção de legitimidade em favor do perfil de formação preconizado nas DCN, sugerindo que as mesmas podem se conformar como estratégia eficaz de legitimação dessa proposta de formação no contexto do estudo.

Tais conclusões apontam para a ratificação do pressuposto inicial de que as TEC podem ser configurar como estratégia de aquisição de legitimidade para o perfil de formação preconizado nas DCN (e no SUS em última análise). Entretanto, é importante frisar que os resultados sinalizam também que o uso das TEC para tal finalidade não pode ser dissociado de outros componentes apontados na literatura especializada e que marcam profundamente a proposta político-pedagógica do curso do CAA/UFPE, em especial: a) a orientação formativa por competências; b) a multi, inter e transdisciplinaridade; e c) uma forte iniciativa de integração ensino-serviço; tudo isso operacionalizado por meio de uma proposta de gestão horizontalizada, baseada em espaços de educação permanente dos docentes.

Além disso, as conclusões tendem a reforçar nossa intencionalidade, explorada no objetivo específico 4, de que o corpo docente do curso de Medicina do CAA/UFPE, ao tomar conhecimento dos resultados, possa trabalhar em oficinas pedagógicas visando a qualificação de seus processos de planejamento educacional, promovendo melhorias nos planos de ensino com foco na aplicação das TEC para o fortalecimento de sua capacidade de produção de legitimidade para o perfil de formação desejado. Nesse sentido, apresentaremos a proposta de desenvolver o plano de intervenção descrito no Apêndice C junto ao corpo docente, como forma de aplicação dos conhecimentos produzidos e apoio na (re)construção de estratégias educacionais.

Ressaltamos, como principal limitação de nossa pesquisa, o fato de que a mesma se refere a um estudo de caso, o que sinaliza a necessidade de novos estudos, em outros contextos, que possam vir a testar os pressupostos e aprofundar

as análises vinculadas às conclusões apresentadas. Além disso, entendemos que novas perguntas podem ser exploradas nesse campo do conhecimento, fortalecendo essa linha de pesquisa, tais como: quais aspectos resultantes da aplicação das TEC se relacionam com sua capacidade de produzir legitimidade para a proposta de formação médica preconizada nas DCN?

O aprofundamento dessa linha de pesquisa pode representar importante contribuição para os processos de gestão educacional e qualificação de atividades de ensino-aprendizagem, visando principalmente a potencialização das ações de reorientação de profissionais de saúde em nosso país, o que, ao nosso ver, representa uma das estratégias mais importantes para a consolidação do SUS.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, Ivonisa Maria Castagna de *et al.* Universidade: uma organização burocrática ou um sistema político?. *In: COLÓQUIO INTERNACIONAL SOBRE GESTÃO UNIVERSITÁRIA NA AMÉRICA DO SUL*, 5., 2005, Florianópolis. **Anais [...]**. Florianópolis: UFSC, 2005.
- ADLER, Maristela Schiabel; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. Escola médica e Sistema Único de Saúde (SUS): criação do curso de medicina da Universidade Federal de São Carlos, SP, Brasil (UFSCar) sob perspectiva de docentes e estudantes. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 237-249, jan./mar. 2018.
- AMARAL, Jorge Luiz do. **Avaliação e transformação das escolas médicas: uma experiência, nos anos 90 na ordenação de recursos humanos para o SUS**. 2002. 113 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- ARAÚJO, Dolores; MIRANDA, Maria Claudina Gomes de; BRASIL, Sandra L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, p. 20-31, 2007. Supl. 1.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARRETO, Maria Auxiliadora Motta *et al.* Ser médico: o imaginário coletivo de estudantes de medicina acerca da profissão de médico. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, v. 4, n. 11, p. 73-76, 2017.
- BARROSO, Elaine Aparecida Laier. Higienismo, controle social e capitalismo-método de leitura da medicalização contemporânea das subjetividades. *In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA*, 20., 2016, Uberaba, MG. **Anais [...]**. Uberaba: ANPUH/MG, 2016.
- BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). **Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2019.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). **Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2014. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192). Acesso em: 8 jan. 2019.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos**: mais saúde para os brasileiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória nº 890, de 1 de agosto de 2019**. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Mpv/mpv890.htm#:~:text=MEDIDA%20PROVIS%C3%93RIA%20N%C2%BA%20890%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20AGOSTO%20DE%202019&text=Institui%20o%20Programa%20M%C3%A9dicos%20pelo,da%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Mpv/mpv890.htm#:~:text=MEDIDA%20PROVIS%C3%93RIA%20N%C2%BA%20890%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20AGOSTO%20DE%202019&text=Institui%20o%20Programa%20M%C3%A9dicos%20pelo,da%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde). Acesso em: 3 nov. 2018.

BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de. **O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família**: um estudo de caso. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

CABRAL, Dilma. **Academia Médico-Cirúrgicas da Bahia e do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 11 nov. 2016. Disponível em: <http://mapa.an.gov.br/index.php/menu-de-categorias-2/320-academias-medico-cirurgicas-da-bahia-e-do-rio-de-janeiro>. Acesso em: 3 nov. 2018.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, 2006.

CARVALHO, Helder Buenos Aires de. Hans Jonas e o giro empírico da filosofia da tecnologia: notas sobre um diálogo com a pós-fenomenologia. **Unisinos Journal of Philosophy**, São Leopoldo, v. 21, n. 1, p. 56-71, 2020.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 1400-1410, 2004.

CHATKIN, Moema; BOAS, Daniela Vila. A Percepção do Sistema de Saúde por Estudantes de Medicina através do Uso de Portfólio Reflexivo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, n. 4, p. 46-54, dez. 2018. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022018000400046&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000400046&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 23 fev. 2019.

CHAUVEL, Marie Agnes. A satisfação do consumidor no pensamento de marketing: revisão de literatura. *In*: ENCONTRO DA ANPAD, 23., 1999, Foz do Iguaçu. **Anais [...]**. Foz do Iguaçu: ANPAD, 1999.

CRUZ, Kathleen Tereza da. **A formação médica no discurso da CINAEM**. 2004. 337 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2004.

CRUZ, Alexandra Roberta da *et al.* Formação e percepção do profissional médico sobre saúde pública. **Revista Científica FAGOC-Saúde**, Ubá, v. 2, n. 2, p. 80-89, 2018.

DIAS, Henrique Sant'Anna; LIMA, Luciana Dias de; TEIXEIRA, Márcia. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar em revista**, Curitiba, v. 20, n. 24, p. 213-225, 2004.

FONSECA JÚNIOR, Wilson Corrêa da; **Análise de conteúdo: métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2009.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 27.ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

FRANÇA, Fabiana Claudia Vasconcelos; SÍVERES, Luiz. A problematização na formação em saúde: aplicabilidade e dificuldades da práxis docente. **Práxis Educativa**, Ponta Grossa, v. 14, n. 1, p. 215-231, 2019.

FRAZÃO, Paulo; MINAKAWA, Marcia Michie. Medicalização, desmedicalização, políticas públicas e democracia sob o capitalismo. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 407-430, 2018.

FUSARI, José Cerchi. O planejamento do trabalho pedagógico: algumas indagações e tentativas de respostas. **Série Ideias**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 44-53, 1990.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n.3, p. 20-29, 1995.

GOMES Rogério Miranda. **Humanização e desumanização no trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

GONTIJO, Eliane Dias *et al.* Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 37, n. 4, p. 526-539, 2013.

GRUPPI, Luciano. **O conceito de hegemonia em Gramsci**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

HABERMAS, Jürgen. **A crise de legitimação do capitalismo tardio**. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2002.

HOJAT, Mohammadreza *et al.* The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 84, n. 9, p. 1182-1191, 2009.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

LEITE, Tailana Santana Alves *et al.* O uso de tecnologias digitais como instrumento para gestão da aprendizagem: uma revisão da literatura. **Humanidades & Inovação**, Palmas, v. 6, n. 10, p. 169-177, 2019.

LEMOS, Evelyse dos Santos. A Aprendizagem Significativa: estratégias facilitadoras e avaliação. **Série-Estudos**: Periódico do Programa de Pós-Graduação em Educação da UCDB, Campo Grande, v. 21, p. 53-66, 2006.

LIMA, Valéria Vernaschi. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-379, 2005.

LIMA, Valéria Vernaschi. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 421-434, 2017.

LOPES, Antonio Carlos. A explosão numérica das escolas médicas brasileiras. **Educación Médica**, Barcelona, v. 19, p. 19-24, 2018.

LOPES, Antonia Osima. Aula expositiva: superando o tradicional. *In*: VEIGA, Ilma Passos de Alecandro (org.) **Técnicas de ensino**: por que não? 11. ed. Campinas: Papirus, 2000.

LUCKESI, Cipriano Carlos. **Filosofia da Educação**. 14. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

MACHADO, Clarisse Daminelli Borges; WUO, Andrea Soares. Processo de socialização na formação identitária do estudante de medicina. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 1-21, 2019.

MACHADO, José Lúcio Martins. A participação da ANDES-SN na Cinaem: o processo de transformação das escolas médicas brasileiras. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 3, n. 5, p. 177-180, 1999.

MACHADO, Maria Helena. **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MACIEL FILHO, Romulo. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde**: o caso brasileiro. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MAENO, Maria. Ser médico. *In*: ALVES, Giovanni; VIZZACCARO-AMARAL, André Luiz; MOTA, Daniel Pestana (org.). **Trabalho e Saúde**: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI. São Paulo: LTR, 2011. p. 127-160.

MALTA JÚNIOR, Alberto; TORREÃO, Anderson Cláudio Rodrigues. **Recomendação para uso das Metodologias Ativas**. Juazeiro do Norte: [s. n.], 2019. Disponível em: <http://hotmart.com/product/recomendacoes-para-uso-de-metodologias-ativas>. Acesso em: 3 abr. 2020.

MARCO, Mario Alfredo de (org.). **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

MARTINS, Ludson Rocha. Determinação da legitimidade burocrática: uma alternativa a Max Weber. **Temporalis**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 30, p. 383-403, 2015.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2009. p. 43-68.

MEIMARIDIS, Melina. 'Herói ou humano?': a construção do imaginário médico nas séries americanas. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 101-114, 2018.

MELLO, Carolina de Castro Barbosa; ALVES, Renato Oliveira; LEMOS, Stela Maris Aguiar. Metodologias de ensino e formação na área da saúde: revisão de literatura. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 16, n. 6, p. 2015-2028, 2014.

MENDES, Tatiana de Medeiros Carvalho. **Integração ensino-serviço-comunidade na visão de docentes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social em saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2010.

MIRA, Ana Paula. A dinâmica de legitimação nas organizações jornalísticas: estudo de caso Gazeta do Povo. **Revista Dito Efeito**, Curitiba, v. 6, n. 8, p. 1-30, 2015.

NASCIMENTO, Ernandes Rodrigues *et al.* Metodologias ativas e engajamento docente: uma reflexão sobre as dificuldades enfrentadas pelos professores da educação superior. **Educação por Escrito**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, e31560, 2019.

NEVES, Rita de Araujo; DAMIANI, Magda Floriana. Vygotsky e as teorias da aprendizagem. **UNIrevista**, São Leopoldo, v. 1, n. 2, p. 1-10, 2006.

OLIVEIRA, Felipe Proença de *et al.* Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015.

OLIVEIRA, Felipe Proença de. **As mudanças na formação médica introduzidas pelo Programa Mais Médicos**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

OLIVEIRA, Inajara Carla; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Humanização como expressão de integralidade. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 502-506, 2012.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira De Educação Médica**, Brasília, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAIVA, Marlla Rúbya Ferreira *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: revisão integrativa. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, Sobral-CE, v. 15, n. 2, p. 145-153, 2016.

PERRENOUD, Philippe. **Pedagogia diferenciada**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PETTA, Helena Lemos. **Grande mídia e comunicação sobre saúde coletiva e atenção primária: análise da experiência de produção da série televisiva “Unidade Básica”**. 2018. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

PILATTI, Patrícia *et al.* Integralidade na relação pedagógica: reflexões sobre a formação para o sistema único de saúde. *In: SIMPÓSIO EM GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE*, 2., 2017, Criciúma. **Resumos expandidos [...]**. Criciúma: Revista Inova Saúde, v. 6, n. 2, 2017. Edição Especial.

PIMENTA, Tânia Salgado. Entre sangradores e doutores: práticas e formação médica na primeira metade do século XIX. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 3, n. p. 91-102, 2003.

RIOS, Izabel Cristina; SIRINO, Caroline Braga. A humanização no ensino de graduação em medicina: o olhar dos estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 39, n. 3, p. 401-409, 2015.

ROCHA, Vera Maria da; CENTURIÃO, Carla Haas. Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social. *In: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe (org.). Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de Intervenção*. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2007. p. 17-31.

SANTOS, Victor Hugo dos *et al.* Currículo oculto, educação médica e profissionalismo: uma revisão integrativa. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 24, e190572, 2020.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa. Alienação no trabalho médico no enfoque da humanização-desumanização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 12, e00152118, 2018.

SILVA, Geórgia Sibebe Nogueira da. **A construção do ser médico e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado**. 2006. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SPUDEIT, Daniela. **Elaboração do plano de ensino e do plano de aula**. Rio de Janeiro: UNIRIO, 2014. Disponível em: <http://www.ppgd.unirio.br/unirio/cchs/eb/ELABORAODOPLANODEENSINOEDOPLANODEAULA.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2020.

SUCHMAN, Mark C. Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches. **Academy of management review**, New York, v. 20, n. 3, p. 571-610, 1995.

TOBAR, Frederico; YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. Núcleo de Ciências da Vida. Centro Acadêmico do Agreste. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**. Recife: UFPE, 2014. 152 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. Núcleo de Ciências da Vida. Centro Acadêmico do Agreste. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**. Recife: UFPE, 2019. 260 p.

VASCONCELLOS, Celso dos S. Metodologia Dialética em Sala de Aula. **Revista de Educação AEC**, Brasília, v. 21, n. 83, p. 28-55, 1992.

VERASZTO, Estéfano Vizconde *et al.* Tecnologia: buscando uma definição para o conceito. **Prisma.com**, Porto, n. 8, p. 19-46, 2009.

VIOTTI, Ana Carolina de Carvalho. **As práticas e os saberes médicos no Brasil colonial (1677-1808)**. 2012. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2012.

VOLTARELLI, Francielle Rodrigues; ZANCHET, Aládio. Divulgação de informações sociais e ambientais pela Itaipu Binacional: um estudo sob a ótica da teoria da legitimidade. **Revista de Contabilidade da UFBA**, Salvador, v. 11, n. 3, p. 4-30, 2017.

WEBER, Max. **Economia e Sociedade**. Berkeley: University of California Press, 1922. v. 1.

WEFFORT, Francisco C. Dilemas da legitimidade política. **Lua Nova**: Revista de Cultura e Política, São Paulo, n. 15, p. 7-30, 1988.

YIN, Robert K.; **Estudo de caso**: Planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZANETIC, André *et al.* Legitimidade da polícia: segurança pública para além da dissuasão. **Civitas**: Revista de Ciências Sociais, Porto Alegre, v. 16, n. 4, e148, 2016.

## APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM ESTUDANTES

- 1.Quando participou do processo seletivo para a formação de nível superior(vestibular, ENEM etc.), qual o principal motivo de escolher a Medicina?
- 2.Essa motivação mudou durante o curso? Caso positivo, por que?
- 3.Por que você escolheu o curso do CAA/UFPE?
- 4.Essa motivação mudou durante o curso? Caso positivo, por que?
- 5.No que se refere à carreira médica, quais são seus planos para 2020 e por que?
- 6.E para os próximos 5 anos? Por que?
- 7.Pretende trabalhar no SUS? Caso positivo, quais suas motivações? Caso negativo, por que?
- 8.Qual sua opinião sobre o perfil do egresso do curso de medicina do CAA/UFPE?
- 9.Você acredita que a formação proporcionada pelo curso favorece o alcance desse perfil? Por que?
- 10.Considerando que o curso propõe o uso de metodologias ativas de ensino, você acredita que compreendeu satisfatoriamente essa proposta pedagógica?
- 11.Qual sua opinião sobre as principais vantagens do uso dessas metodologias na formação médica?
- 12.Qual sua opinião sobre as principais limitações do uso dessas metodologias na formação médica?
- 13.Dentre as metodologias ativas de ensino utilizadas no curso quais você acredita ter maior contribuição para o alcance do perfil do egresso? Por que?
- 14.Explorar as opiniões sobre as principais metodologias ativas usadas no curso:
  - i.Aprendizagem baseada em problemas (Tutoria)
  - ii.Problematização (PIESC)

- iii. Estratégias ativas diversas para atividades teóricas (TBL, Sala de aula invertida, Seminários, Estudos de texto, Simpósios/Painéis/Mesa de discussão)
- iv. Estratégias ativas diversas para atividades práticas (ex.: Dramatização, Oficinas, Viagem Educacional)
- v. Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA)
- vi. Aprendizagem baseada em projetos desenvolvidos na rede de saúde (ex.: Lava Pés, Projetos de Extensão)

Com Docentes:

1. Por que você decidiu ser docente do curso de medicina do CAA/UFPE?
2. Essa motivação mudou durante o curso? Caso positivo, por que?
3. Qual sua opinião sobre o perfil do egresso do curso de medicina do CAA/UFPE?
4. Você acredita que a formação proporcionada pelo curso favorece o alcance desse perfil? Por que?
5. Quais metodologias ativas usadas no curso de medicina do CAA/UFPE você aplicou?
6. Qual sua opinião sobre as potencialidades e limitações de cada uma delas no que se refere ao desenvolvimento do perfil do egresso?
7. Quais você acredita ter proporcionado maior contribuição para o alcance do perfil do egresso? Por que?

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Prezado (a) participante,

Estamos convidando-o (a) para participar como voluntário de uma pesquisa intitulada “Tecnologias educacionais construtivistas como estratégia de legitimação para a formação médica preconizada no SUS” de autoria de Anderson Cláudio Rodrigues Torreão, sob a orientação da professora Dr<sup>a</sup> Paulette Cavalcanti de Albuquerque, vinculados ao Instituto Aggeu Magalhães (IAM-Fiocruz/PE).

A pesquisa tem como objetivo analisar a utilização de tecnologias educacionais construtivistas no âmbito do curso de Medicina do CAA/UFPE como estratégia de construção de legitimidade para o perfil de formação médica preconizado no SUS. Você foi selecionado (a), pois representa um sujeito fundamental para o desenvolvimento da pesquisa, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, ou ainda, com a Fiocruz /PE ou com o serviço de saúde ao qual está sendo acompanhado.

A sua colaboração é importante e se trata de aceitar participar de entrevista com áudio gravado, que será conduzida pelo pesquisador, acerca de sua vivência na aplicação das tecnologias educacionais construtivistas no âmbito do curso de Medicina do Centro Acadêmico do Agreste da Universidade Federal de Pernambuco. Em relação aos riscos poderão ocorrer constrangimentos em responder algumas questões que envolvam situações pessoais relacionados às suas vivências. Salienta-se que nenhum dos participantes será identificado e todos os resultados serão apresentados em forma de dados. Os benefícios que a sua participação trará dizem respeito, principalmente, ao apoio na construção de conhecimentos produzidos pela pesquisa os quais devem contribuir para a qualificação de tecnologias educacionais que favoreçam a produção de legitimidade para o perfil de formação médica

preconizada no SUS, e em última instância, na qualificação de profissionais de saúde atuantes na região de Caruaru/PE.

Ao participar o (a) senhor (a) tem garantido os seguintes direitos:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa;
3. A segurança de que não será identificado em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação que seja prestada;

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, uma via deste termo de consentimento será fornecida ao Sr.(a) e a outra ficará em posse do pesquisador.

Caso sinta necessidade de mais algum esclarecimento, poderá entrar em contato com o pesquisador, mestrando Anderson Cláudio Rodrigues Torreão, pelo telefone (81) 99299-8561, e-mail: andersontorreao@gmail.com, ou com a sua orientadora Paulette Cavalcanti de Albuquerque pelo telefone (81) 2101-2500, e-mail: paulette.cavalcanti@gmail.com ou no endereço do IAM Fiocruz/PE.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que recebi uma via deste termo de consentimento, tive a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas, estou ciente dos meus direitos relacionados e que aceito participar desse estudo.

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## APÊNDICE C – PLANO DE INTERVENÇÃO

### 1. ANTECEDENTES

O presente plano de intervenção foi desenvolvido a partir dos resultados da pesquisa intitulada **“TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS CONSTRUTIVISTAS COMO ESTRATÉGIA DE LEGITIMAÇÃO PARA A FORMAÇÃO MÉDICA PRECONIZADA NO SUS”**. O referido estudo retrata uma pesquisa explicativa, aplicada, de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, operacionalizada por meio de análise documental e entrevistas semi-estruturadas.

A pesquisa foi justificada em função de que a formação de profissionais médicos tem sido objeto de múltiplas pesquisas e intervenções nas instituições de ensino superior do país, tendo em vista as dificuldades de superação do perfil flexneriano hegemônico. Nesse sentido, visando apresentar uma proposta inovadora para o enfrentamento de tal situação, a Universidade Federal de Pernambuco, através do Centro Acadêmico do Agreste, implantou recentemente seu curso de graduação no município de Caruaru/PE, com vistas a realizar uma formação que produza egressos efetivamente implicados com a proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais, sendo a aprendizagem ativa um dos pilares fundamentais para o alcance desse resultado.

Dentre os seus principais resultados, a pesquisa aponta para o fato de que, apesar do curso em questão ter forte inserção de tecnologias educacionais construtivistas em sua matriz curricular, ainda persistem resistências e distorções na sua operacionalização por parte dos docentes. Outrossim, os alunos e docentes, em sua grande maioria, identificam influência positiva do uso de tais tecnologias para o perfil de formação preconizado, e o seu uso também foi associado, na amostra estudada, à efetiva produção de legitimidade para a formação desejada, com predominância das tipologias moral e cognitiva.

Ou seja, o uso das tecnologias educacionais construtivistas possui potencial para gerar capacidades relacionadas ao perfil de formação médica preconizado, assim como para produzir legitimidade para o mesmo, entretanto

as distorções na sua aplicação poderá comprometer tal potencialidade. Nesse sentido, justifica-se a elaboração deste plano de intervenção visando criar ações que possam vir a apoiar os docentes do referido curso na (re)construção de estratégias educacionais mais potentes e qualificadas para tais finalidades.

## 1.1 Objetivos da pesquisa:

### 1.1.1 Geral

Analisar a utilização de tecnologias educacionais construtivistas como estratégia de produção de legitimidade para a formação e prática médica preconizada no SUS, no contexto do curso de Medicina do CAA/UFPE.

### 1.1.2 Específicos

1. Descrever a utilização de tecnologias educacionais construtivistas no contexto do curso de Medicina.
2. Descrever como docentes e estudantes do curso de Medicina identificam a influência das tecnologias educacionais construtivistas para a formação e prática médica preconizada no curso de Medicina.
3. Analisar a produção de legitimidade para a formação e prática médica preconizada no SUS relacionada com a utilização de tecnologias educacionais construtivistas no curso de Medicina.

## 1.2 Metodologia da pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa explicativa, aplicada, de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, que se propôs a analisar as influências geradas pela aplicação das tecnologias educacionais construtivistas na produção de legitimidade para a formação médica preconizada no SUS, no âmbito do curso de graduação em Medicina do Campus Acadêmico do Agreste da Universidade Federal de Pernambuco, com vistas à construção de intervenção que contribua com a qualificação das práticas de ensino-aprendizagem na instituição em tela.

O estudo foi desenvolvido no Campus Acadêmico do Agreste da Universidade Federal de Pernambuco (CAA/UFPE), localizado no município de Caruaru/PE, durante o período de setembro de 2019 a fevereiro de 2020, coletando e analisando dados referentes ao período de 2014 a 2019. A coleta de dados para este estudo foi realizada em duas etapas: 1) Pesquisa documental no acervo do curso de graduação em medicina do CAA/UFPE; e 2) Entrevista semiestruturada com os sujeitos participantes da pesquisa.

Foram utilizados como acervo para o desenvolvimento da pesquisa os Projetos Políticos Pedagógicos do curso em suas duas versões (PPC 2014 e PPC 2019) e 15 (quinze) planos de ensino elaborados para o segundo semestre de 2019. Os sujeitos envolvidos no estudo foram 08 (oito) docentes e 19 (dezenove) estudantes do curso de graduação em Medicina do CAA/UFPE selecionados em amostra intencional do tipo bola de neve. Foi considerado como critério de inclusão para a amostra o sujeito estar diretamente envolvido na utilização regular de tecnologias educacionais construtivistas no curso de Medicina do CAA/UFPE entre os anos de 2014 e 2019, seja como aluno ou como docente. Por outro lado, foram excluídos da amostra docentes que não pertençam ao corpo efetivo do CAA/UFPE (temporários ou colaboradores eventuais).

Os dados obtidos foram analisados sob duas perspectivas metodológicas:

1) Análise temática - na qual os dados oriundos do acervo pesquisado foram categorizados segundo o grau de convergência com as diretrizes teórico-metodológicas da aprendizagem construtivista; e

2) Análise do discurso - na qual os dados oriundos das entrevistas semiestruturadas foram categorizados segundo: (1) o grau de convergência com as diretrizes teórico-metodológicas da aprendizagem construtivista; (2) o grau de convergência com as características do perfil de formação preconizada; e (3) o grau de convergência com a tipologia de legitimidade estabelecida por Suchman (1995).

### 1.3 Conclusões:

a) O curso de medicina do CAA/UFPE possui importante inserção de Tecnologias Educacionais Construtivistas (TEC) em sua matriz curricular, o que potencializa e é potencializado pela determinação política clara de seu PPC, que possui características bastante específicas;

b) Em que pese essa importante inserção das TEC na matriz curricular, o corpo de docentes do curso de medicina do CAA/UFPE ainda apresenta algumas dificuldades para operá-las adequadamente, que se reflete numa frequência significativa de aulas expositivas tradicionais e/ou em distorções importantes na aplicação das TEC, podendo comprometer sua efetividade no que tange à produção de legitimidade para o perfil de formação desejado;

c) Os alunos e docentes do curso de medicina do CAA/UFPE identificam importante influência positiva do uso das TEC para a formação médica preconizada nas DCN; e

d) O uso das TEC proporcionou, na amostra estudada, a produção de legitimidade em favor do perfil de formação preconizado nas DCN, sugerindo que as mesmas podem se conformar como estratégia eficaz de legitimação dessa proposta de formação no contexto do estudo.

## 2. PLANO DE INTERVENÇÃO

Objetivo - Elaborar oficinas junto aos docentes do curso de Medicina para apresentação dos resultados da pesquisa e análise de conveniência e viabilidade da reestruturação dos planos de ensino, visando a qualificação da utilização de tecnologias educacionais construtivistas como estratégia de aquisição de legitimidade para a formação e prática médica preconizada no SUS.

| <b>AÇÃO</b>   | <b>PRODUTO ESPERADO</b>  | <b>RESPONSÁVEL</b>   | <b>PRAZO FINAL</b> |
|---|--|----------------------|--------------------|
| 1. Elaborar metodologia das oficinas a serem realizadas, de acordo com as principais distorções identificadas na pesquisa     | Termo de referência metodológico para oficinas com docentes do curso   | Pesquisador          | 30/09/2020         |
| 2. Apresentar resultados da pesquisa para a Coordenação do curso de Medicina do CAA/UFPE e da metodologia de oficinas         | Agendamento de oficinas com docentes visando a apresentação dos resultados da pesquisa e das diretrizes para reestruturação dos planos de ensino | Pesquisador          | 15/10/2020         |
| 3. Realizar oficinas com docentes para análise e discussão sobre resultados da pesquisa e reestruturação dos planos de ensino | Análise dos planos de ensino para identificação de possíveis distorções e discussão sobre as diretrizes para sua reestruturação                  | Pesquisador          | 30/10/2020         |
| 4. Elaborar propostas de reestruturação dos planos de ensino com possíveis distorções   | Planos de ensino reestruturados em versão preliminar   | Docentes do CAA/UFPE | 15/11/2020         |
| 5. Realizar oficinas com docentes para validação dos planos de ensino   | Planos de ensino reestruturados em versão final  | Pesquisador          | 30/11/2020         |
| 6. Elaborar relatório técnico   | Relatório Técnico  | Pesquisador          | 15/12/2020         |

## ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA NO CEP

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS CONSTRUTIVISTAS COMO ESTRATÉGIA DE LEGITIMAÇÃO PARA A FORMAÇÃO MÉDICA PRECONIZADA NO SUS **Pesquisador:** ANDERSON CLAUDIO RODRIGUES TORREAO **Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 19395919.0.0000.5190

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ **Patrocinador**

**Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.644.531

#### **Apresentação do Projeto:**

O projeto trata-se de uma dissertação, cuja hipótese é que "a utilização de tecnologias educacionais construtivistas influencia na construção de legitimidade para o perfil de formação médica preconizado no SUS, uma vez que proporciona o contato direto do estudante com a realidade - em especial com as condições de desigualdade que caracterizam os usuários do SUS - e a consequente reflexão sobre as limitações do modelo assistencial hegemônico para dar respostas efetivas às necessidades de saúde predominantes". Tem como desenho de estudo uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, que se propõe a analisar as influências geradas pela aplicação das tecnologias educacionais construtivistas na construção de legitimidade para a formação médica preconizada no SUS, no âmbito do curso de graduação em Medicina do Campus Acadêmico do Agreste da Universidade Federal de Pernambuco, e terá uma amostra de 120 participantes.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Primário:** Analisar a utilização de tecnologias educacionais construtivistas como estratégia de aquisição de legitimidade para a formação médica preconizada no SUS, no contexto do curso de Medicina do CAA/UFPE.

**Objetivo Secundário:**

- a. Descrever a utilização de tecnologias educacionais construtivistas no contexto do curso de Medicina.
- b. Descrever como docentes e estudantes do curso de Medicina identificam a influência das tecnologias educacionais construtivistas para a formação médica preconizada no SUS.
- c. Analisar a produção de legitimidade para a formação médica preconizada no SUS relacionada com a utilização de tecnologias educacionais construtivistas no curso de Medicina.
- d. Elaborar oficinas junto aos docentes do curso de Medicina para apresentação dos resultados da pesquisa e análise de conveniência e viabilidade da reestruturação dos planos de ensino, visando a qualificação da utilização de tecnologias educacionais construtivistas como estratégia de aquisição de legitimidade para a formação médica preconizada no SUS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

São previstos os riscos de desconfortos: compartilhar informações pessoais e/ou confidenciais, ou sentir incômodo em falar.

Em relação aos benefícios, foi descrito que é o conhecimento produzido pela pesquisa, o qual deverá contribuir para a qualificação do uso de tecnologias educacionais que favoreçam a produção de legitimidade na formação médica para o SUS no âmbito da IV Gerência Regional de Saúde de Pernambuco.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, que se propõe a analisar as influências geradas pela aplicação das tecnologias educacionais construtivistas na construção de legitimidade para a formação médica preconizada no SUS, no âmbito do curso de graduação em Medicina do Campus Acadêmico do Agreste da Universidade Federal de Pernambuco. Os sujeitos do estudo serão os docentes e estudantes do curso de graduação em Medicina do CAA/UFPE selecionados em amostra intencional do tipo bola de neve. Será considerado como critério de inclusão para a amostra o sujeito estar diretamente envolvido na utilização regular de ao menos uma tecnologia educacional construtivista no curso de Medicina do CAA/UFPE entre os anos de 2014 e 2019. Por outro lado, serão excluídos da amostra docentes que não pertençam ao corpo efetivo do CAA/UFPE.

A coleta de dados será realizada em duas etapas: 1) Pesquisa documental no acervo do curso de graduação em medicina do CAA/UFPE; e 2) Entrevista semi estruturada com os sujeitos participantes da pesquisa (Apêndice A – Roteiro de Entrevista).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Sem pendências.

**Recomendações:**

O espaço para rubrica do TCLE deve conter as rubricas do pesquisador e do participante.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas sociais envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, de 07 de abril de 2016 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Vale ressaltar que, em relação ao protocolo de pesquisa, é previsto na Resolução 466/2012 no item XI - DO

PESQUISADOR RESPONSÁVEL, que o pesquisador deve apresentar ao CEP relatórios parciais e finais (subitem: d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final). Pede-se que o pesquisador entregue os relatórios como previsto no texto da resolução. Informamos que a entrega dos relatórios parciais precisam ser feitas a cada semestre, conforme cronograma de execução da pesquisa, via Plataforma Brasil.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento  | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                                       | Situação |
|---|---|------------------------|---|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1348745.pdf | 17/09/2019<br>16:40:10 |   | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Carta_de_anuencia.pdf                         | 17/09/2019<br>16:39:22 | ANDERSON<br>CLAUDIO<br>RODRIGUES<br>TORREAO | Aceito   |
| Outros  | Carta_resposta_pendencias.pdf                 | 17/09/2019<br>16:36:59 | ANDERSON<br>CLAUDIO<br>RODRIGUES<br>TORREAO | Aceito   |
| Outros  | Roteiro_Entrevista.pdf                        | 16/09/2019<br>16:47:53 | ANDERSON<br>CLAUDIO<br>RODRIGUES<br>TORREAO | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura                              | Projeto_detalhado.pdf                         | 16/09/2019<br>16:23:22 | ANDERSON<br>CLAUDIO                         | Aceito   |
| Investigador  | Projeto_detalhado.pdf                         | 16/09/2019<br>16:23:22 | RODRIGUES<br>TORREAO                        | Aceito   |

|   |                                |                        |   |        |
|---|--------------------------------|------------------------|---|--------|
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf                       | 16/09/2019<br>16:19:06 | ANDERSON<br>CLAUDIO<br>RODRIGUES<br>TORREAO | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores                               | Declaracao_de_participacao.pdf | 19/08/2019<br>15:09:26 | ANDERSON<br>CLAUDIO<br>RODRIGUES<br>TORREAO | Aceito |
| Folha de Rosto  | Folha_de_rosto_assinada.pdf    | 19/08/2019<br>15:08:08 | ANDERSON<br>CLAUDIO<br>RODRIGUES<br>TORREAO | Aceito |
| Outros  | Lattes.pdf                     | 19/08/2019<br>09:37:20 | ANDERSON<br>CLAUDIO<br>RODRIGUES<br>TORREAO | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 16 de Outubro de 2019

**Assinado por:**  
**Maria Almerice Lopes da Silva**  
**(Coordenador(a))**

**ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA**

## CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo Anderson Cláudio Rodrigues Torreão, estudante do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ, a desenvolver pesquisa no Centro Acadêmico do Agreste da Universidade Federal de Pernambuco, sob o título: **TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS CONSTRUTIVISTAS COMO ESTRATÉGIA DE LEGITIMAÇÃO PARA A FORMAÇÃO MÉDICA PRECONIZADA NO SUS**, com orientação da Profa. Dra Poullete Cavalcanti de Albuquerque e co-orientação do Prof. Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa
- A liberdade de recusar a participar e retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhum participante será identificado e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para o Centro Acadêmico do Agreste da Universidade Federal de Pernambuco decorrente na participação na pesquisa.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Caruaru, 17 / setembro / 2017



Diretor do CAA/UFPE

 Manoel Guedes Alcolerêdo Neto  
Diretor do Campus do Agreste  
SIAMPE- 2496804  
UFPE