

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

TESE DE DOUTORADO

**RECONTEXTUALIZAÇÃO DO CURRÍCULO INTEGRADO NOS
CURSOS DE MEDICINA DA UFSC E UNOCHAPECÓ**

MARCIA REGINA SELPA DE ANDRADE

ORIENTADORA: PROF^A. DR^A. MARIA HELENA SALGADO BAGNATO

Tese de Doutorado apresentada à Comissão de Pós-graduação da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Educação, na área de concentração de Ensino e Práticas Culturais.

Campinas
2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA
DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO/UNICAMP
GILDENIR CAROLINO SANTOS – CRB-8ª/5447

An24r	<p>Andrade, Marcia Regina Selpa de, 1967- Recontextualização do currículo integrado nos cursos de medicina da UFSC e UNOCHAPECÓ / Marcia Regina Selpa de Andrade. – Campinas, SP: [s.n.], 2012.</p> <p>Orientador: Maria Helena Salgado Bagnato. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.</p> <p>1. Currículos. 2. Educação médica. 3. Prática de ensino. Bagnato, Maria Helena Salgado, 1958- II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.</p> <p>12-178/BFE</p>
-------	---

Informações para a Biblioteca Digital

Título em inglês: Recontextualization of the integrated curriculum in medical courses at UFSC and UNOCHAPECÓ

Palavras-chave em inglês:

Curriculum

Medical education

Practice teaching

Área de concentração: Ensino e Práticas Culturais

Titulação: Doutor em Educação

Banca examinadora:

Maria Helena Salgado Bagnato (Orientador)

Nildo Alves Batista

Luiz Ernesto de Almeida Troncon

Angélica Maria Bicudo Zeferino

Elisabete Monteiro de Aguiar Pereira

Data da defesa: 31-08-2012

Programa de pós-graduação: Educação

e-mail: selpamarcia@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TESE DE DOUTORADO

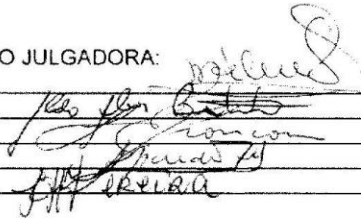
**Recontextualização do currículo integrado nos cursos de
Medicina da UFSC e UNOCHAPECÓ**

Autora: Marcia Regina Selva de Andrade

Orientadora: Profª. Drª. Maria Helena Salgado Bagnato

Este exemplar corresponde à redação final da Tese defendida por
~~Marcia R. S. de Andrade~~ e aprovada pela Comissão Julgadora.
Data: 31/08/12

COMISSÃO JULGADORA:



2012

DEDICATÓRIA

A Deus, sempre presente em minha vida;

*À minha mais bela obra, **Isadora**, fonte de luz e eterna inspiração;*

*Aos “meus” meninos **Rodrigo e Fernando**, herança valiosa, apoio e
carinho em todas as horas;*

*A **Roberto**, pelas suas leituras, revisões e sugestões, meu alicerce
nesse trabalho e na minha vida;*

*Ao meu pai, **Ermínio**, que com sua sabedoria encorajou-me a
prosseguir;*

*As minhas irmãs e sobrinhos que acompanharam o percurso dessa
trajetória.*

À minha mãe e à minha irmã (in memoriam)

AGRADECIMENTOS

À **professora Maria Helena Salgado Bagnato**, pelo convívio engrandecedor, que fez aumentar a minha admiração por sua pessoa e acreditar na vitória da vida;

Aos **professores do Curso de Pós-Graduação** em Educação da Universidade Estadual de Campinas, pela oportunidade do aprendizado, em especial:

Dirce Zan, pelas suas preciosas contribuições em minha formação, além de deixar marcas de sua paixão pela educação;

Elisabete Monteiro de Aguiar Pereira, pela oportunidade de ampliar meu conceito sobre Universidade numa perspectiva mais humanística, e partilhar ideias e sonhos pedagógicos;

Aos **educadores médicos**:

Angélica M. Bicudo Zeferino, pela sua dedicação na área de educação médica, buscando a sua permanente transformação.

Nildo Alves Batista; Luiz Ernesto de Almeida Troncon; Jadete Lampert e Laura Feuerwerker pelas contribuições valiosas de seus estudos e pesquisas no campo da educação médica, e que compartilham o desejo de mudanças.

Aos **amigos Èrika Marafon e sua família, Andrea e Maria**, que me acolheram desde o início da jornada, possibilitando a minha presença no doutorado e consolidando uma sólida amizade;

Ao **grupo PRAESA**, Lucia, Marcia, Erika, Eunice, pelos momentos de trocas no percurso dessa construção;

Aos **colegas e amigos da Universidade Regional de Blumenau**, por me desafiarem a percorrer esse caminho;

Aos meus **amigos de Blumenau** que souberam aguardar por esse dia e esperar os nossos possíveis encontros.

Aos **entrevistados**, agradeço a disponibilidade de tempo e o fecundo diálogo que possibilitou informações grandiosas para este trabalho, e a minha própria recontextualização sobre o objeto investigado.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Representação dos Campos de Recontextualização.....	31
Figura 2	Modelo Radiado / Eixos Conceptuais da Educação Médica	127
Figura 3	Mudanças em Escolas Médicas Brasileiras–CAEM/ABEM 2007	128
Figura 4	Pró-Saúde I e II – Cursos Selecionados	144
Figura 5	Situação Prevalente e a Perspectiva Desejada	147
Figura 6	Alunos Presenciais na UFSC por área de Conhecimento-2009.....	152
Figura 7	Representação do Currículo do Curso de Medicina da UFSC.....	162
Figura 8	Módulos da Primeira Fase	163
Figura 9	Módulos da Terceira Fase.....	164
Figura 10	Desenho Curricular do Curso de Medicina da UNOCHAPECÓ.....	180
Figura 11	Fluxograma de Atividades no Sistema de Informação.....	182

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Cursos de Medicina no Estado de Santa Catarina	22
Quadro 2	Categorias e Questões Norteadoras da Entrevista	27
Quadro 3	Formação dos entrevistados	33
Quadro 4	Área de atuação dos entrevistados e ano de ingresso na instituição	34
Quadro 5	Modelos Curriculares na Área Médica	107
Quadro 6	Principais críticas ao Relatório Flexner	110
Quadro 7	Relatório Flexner entre mitos e omissões	113
Quadro 8	Escolas Médicas selecionadas no PROMED, 2002.....	137
Quadro 9	Eixos e Vetores Pró-Saúde.....	142
Quadro 10	Ênfases da Integração Curricular.....	244
Quadro 11	Correlação entre teoria e prática	246
Quadro 12	Articular trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade	248
Quadro 13	Fronteiras na construção do currículo integrado	251
Quadro 14	Descompasso entre a proposta e o perfil docente.....	253
Quadro 15	O modelo tradicional e as resistências as mudanças.....	255
Quadro 16	Planejamento integrado.....	258
Quadro 17	Avaliação da aprendizagem.....	261
Quadro 18	A institucionalização do SUS.....	263
Quadro 19	Características identificadas no perfil do acadêmico.....	267

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
ABS	Atenção Básica de Saúde
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
AAMC	Association of American Medical Colleges
ACGME	Accreditation Council for Graduate Medical Education
BI	Bacharelado Interdisciplinar
CAEM	Comissão de Avaliação das Escolas Médicas
CFM	Conselho Federal de Medicina
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CIRH	Comissão Intersetorial de Recursos Humanos
CNE/CEB	Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Básica
CNE	Conselho Nacional de Educação-
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRO	Campo de Recontextualização Oficial
CRP	Campo de Recontextualização Pedagógica
DAB	Departamento de Educação Básica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DPO	Discurso Pedagógico Oficial
FMABC	Faculdade de Medicina ABC
FAMEMA	Universidade Estadual de Marília
FEMAI	Fundação Educacional do Alto Irani

FESO	Fundação Educacional Serra dos Órgãos
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde
FUNDESTE	Fundação Universitária do Desenvolvimento do Oeste
FUNESC	Fundação do Extremo Oeste de Santa Catarina
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IES	Instituições de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério de Educação
MS	Ministério da Saúde
MSOP	Medical School Objectives Project
NSE	Nova Sociologia da Educação
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PBL	Problem-based Learning
PDI	Plano de Desenvolvimento Institucional
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNE	Plano Nacional de Educação
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PROGRAMA UNI	Programa Universidade para todos
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em

Saúde

PSF	Programa de Saúde da Família
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC-RS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
SAS	Saúde da Família
SESu/MEC	Secretaria de Educação Superior – Ministério de Educação
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UFABC	Universidade Federal do ABC
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFG	Universidade Federal de Goiás
UFJ	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UFR	Universidade Federal de Roraima
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

UGF	Universidade Gama Filho
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense
UNESP	Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho
UNOESC	Universidade do Oeste de Santa Catarina
UNICAMP	Universidade. Estadual de Campinas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNIMONTES	Universidade Estadual de Montes Claros
UNISUL	Universidade do Sul de Santa Catarina
UNIVALI	Universidade do Vale do Itajaí
UNIVILLE	Universidade da Região de Joinville
UNOCHAPECÓ	Universidade Comunitária da Região de Chapecó
UPE	Universidade de Pernambuco
UPF	Universidade de Passo Fundo

RESUMO

Essa pesquisa aborda as propostas de currículo integrado de duas escolas médicas de Santa Catarina, a Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC e a Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ. A investigação teve como finalidade compreender o processo de construção e recontextualização do currículo integrado a partir da análise dos Projetos Pedagógicos e por meio de entrevistas semiestruturadas com professores e coordenadores dos respectivos cursos de medicina. Buscou problematizar *como a integralidade curricular é recontextualizada nos dois cursos de medicina? quais as principais características dos currículos integrados? quais os caminhos pelos quais se expressam a mudança curricular?* A partir das questões norteadoras que envolveram a pesquisa foi possível nessa trajetória identificar: a) no Campo de Recontextualização Oficial as principais influências das políticas e programas de incentivo a mudança curricular. Nesse contexto compreendemos que as políticas mobilizam os sujeitos e grupos sociais, os discursos e as práticas curriculares, porém, em processos contínuos de interpretações e ressignificações; b) no Campo de Recontextualização Pedagógica foi situado as características de currículos integrados. Nesse campo identificamos que os currículos das duas escolas médicas foram organizados numa perspectiva modular e espiral. Os projetos também revelam a dinâmica e a complexidade de sua operacionalização. Na análise das entrevistas foi possível perceber os principais atores sociais envolvidos no processo de mudanças, as dificuldades, os avanços, e os desafios tanto na elaboração como na implementação das propostas curriculares integradas. Assim, essa pesquisa mostra as ambivalências das motivações e as influências das políticas no contexto das mudanças e construção da proposta curricular. Porém, consideramos que tais influências e motivações são recontextualizadas e reinterpretadas nos diferentes contextos a partir da história de vida pessoal e profissional de cada ator social e das complexas conexões com a coletividade, a cultura e as relações de poder. Portanto, não se buscou apenas apontar resistências, ou a aceitação de uma mudança curricular, mas compreender que as propostas curriculares, entendidas como artefato social e histórico buscam além da integração do conhecimento, a visão integrada do ser humano. Nesse sentido uma recontextualização da formação médica está em percurso.

Palavras chave: currículo integrado; educação médica; recontextualização;

ABSTRACT

This research discusses the proposed integration of the curriculum of two medical schools of Santa Catarina, The Federal University of Santa Catarina (UFSC) and the Community University for the Region of Chapecó - (UNOCHAPECÓ). The aim of the research is to understand the process of development and re-contextualization of an integrated curriculum from the analysis of pedagogical projects and through semi-structured interviews with teachers and coordinators of the respective medical courses. We sought to consider the problem of; How to integrate the curriculum and re-contextualize the two courses of medicine? What are the main characteristics of the integrated curricula? What are the ways through which we express the curricular change? Using these questions to direct the research it was possible in this way to identify: (a) in the area of official re-contextualization, the primary influences of policies and programs to encourage curricular change. In this context we understand that the policies mobilize individuals and social groups, in the communication and curriculum practices, providing that there is a continuous processes of interpretation and re-interpretation. (b) the attributes of integrated curricula were placed within the area of pedagogical re-contextualization. In this area we have identified that the curricula of the two medical schools were organized in a modular and spiral approach. The projects also revealed the dynamics and complexity of its operation. In the analysis of the interviews it was possible to realize the principle social players involved in the process of change, the difficulties, the advances and challenges both in the preparation and the implementation of integrated curricular proposals. Thus, this study shows the ambivalence of the motivations and influences of the policies in the context of the changes and development of the proposed curriculum. However, we believe that such influences and motivations are re-contextualized and re-interpreted in different ways due to the personal and professional history of each participant and the complex connections with the collectivity, the culture and power relationships. Therefore, we not only sought to identify resistance or acceptance of a curriculum change, but to understand that the proposed curriculum, understood as a social and historical tool, aims to look beyond the integration of knowledge and also as an integrated vision of humanity. In this sense a re-contextualization of medical training is being formed.

Keywords: integrated curriculum, medical education; re-contextualization;

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO e ABORDAGEM METODOLÓGICA DA PESQUISA	17
1.1 OBJETIVOS E QUESTÕES PROBLEMAS	19
1.2 AS ESCOLHAS	20
1.3 AS ABORDAGENS COMO REFERENCIAL ANALÍTICO	23
1.3.1 A Recontextualização	24
1.3.2 O Ciclo de Políticas	25
1.3.3 A Hermenêutica-Dialética	27
1.4 OS SUJEITOS SOCIAIS	29
2 PERCURSO TEÓRICO	37
2.1 A COMPLEXIDADE DAS POLÍTICAS CURRICULARES	37
2.1.1 Abordagem do Ciclo de Políticas	40
2.1.2 A Teoria do Dispositivo Pedagógico: o conceito de recontextualização	46
2.2 HISTÓRIAS E IDENTIDADES CURRICULARES	49
2.2.1 A Disciplinarização e o Conhecimento Especializado	63
2.2.2 Educação geral versus especialização	70
2.3 POSSIBILIDADES DE INTEGRAR O CURRÍCULO	76
2.3.1 Currículo por Competência	77
2.3.2 Currículo Modular	82
2.3.3 Currículo Espiral	87
2.4 CURRÍCULO INTEGRADO E SUAS INTERFACES	89
2.4.1 A integração curricular via interdisciplinaridade	91
2.4.2 Articulação entre os campos do saber	93
2.4.3 Formas de integração curricular	95
3 AS POLÍTICAS OFICIAIS	102
3.1 O CONTEXTO DAS MUDANÇAS NA EDUCAÇÃO MÉDICA	106
3.1.1 A Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico- CINAEM	118
3.1.2 A Comissão de Avaliação das Escolas Médicas	124
3.2 INCIDENTES AS MUDANÇAS CURRICULARES NA ÁREA DA SAÚDE	129
3.2.1 As Diretrizes Curriculares Nacionais na Área da Saúde	132
3.2.2 Programas de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina	135
3.2.3 Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde	141
4 AS PROPOSTAS DE CURRÍCULO INTEGRADO	149
4.1 A UFSC E SUA TRAJETÓRIA HISTÓRICA	149
4.1.1 O Curso de Medicina na UFSC	153
4.1.1.1 Elementos do Projeto Pedagógico do Curso da UFSC	156
4.2 A UNOCHAPECÓ E SUA TRAJETÓRIA HISTÓRICA	168
4.2.1 O Curso de Medicina da UNOCHAPECÓ	171
4.2.1.1 Elementos do Projeto Pedagógico do Curso	173
5 O CURRÍCULO INTEGRADO NA PERCEPÇÃO DOS ATORES SOCIAIS	185
5.1 O CONTEXTO DA MUDANÇA: POR QUE CONSTRUIR UM CURRÍCULO INTEGRADO?	186
5.1.1 Integração do conhecimento e visão integrada do ser humano	188
5.1.2 Um novo perfil e um novo modelo de saúde	190
5.2 PRINCIPAIS INFLUÊNCIAS NA MUDANÇA CURRICULAR	195
5.2.1 Políticas e movimentos internacionais	196
5.2.2 Políticas e movimentos nacionais	199
5.2.3 Políticas locais	202
5.2.4 Consultorias e experiências:	204

5.3 OS SUJEITOS SOCIAIS NA CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA CURRICULAR	208
5.3.1 As vozes presentes e ausentes	217
5.3.2 Processo de sistematização do Projeto Pedagógico	219
5.4 UMA QUESTÃO DE MÉTODO OU PERFIL DOCENTE?	223
5.4.1 Metodologias ativas	223
5.4.2 A profissionalização docente	228
5.5 CURRÍCULO INTEGRADO NOS CURSOS DE MEDICINA DA UFSC E DA UNOCHAPECÓ	231
5.5.1 A organização curricular modular e a teoria da aprendizagem espiral	234
5.5.2 Interação Comunitária como eixo articulador do currículo integrado	239
5.5.3 Flexibilização curricular	241
5.5.4 A ênfase da integração curricular nos cursos de medicina	243
5.6 OS EFEITOS DA PROPOSTA	248
5.6.1 As fronteiras da construção do currículo integrado	249
5.6.2 Os principais desafios	256
5.6.3 Um novo perfil profissional	264
5.6.4 Aspectos evolutivos no processo de integração curricular	269
6 RECONTEXTUALIZAÇÃO DO CURRÍCULO INTEGRADO	273
REFERÊNCIAS	290
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE	309

As epígrafes dessa tese são narrativas de profissionais médicos que relatam suas lembranças de infância, motivações, influências na escolha profissional e suas experiências de currículo na área médica.

Da obra “Do desejo à realidade de ser médico” pesquisa de doutorado de Sueli Grosseman (2004).



**Consulta médica de uma gestante
Jan Steen, século XVII. Galeria Nacional, Praga**

1 INTRODUÇÃO e ABORDAGEM METODOLÓGICA DA PESQUISA

Eu me lembro. Tinha cinco anos, [...] eu estava internada vendo o doutor passar pelos corredores, me passou tanta tranquilidade, uma coisa tão bonita (...).

Nas primeiras décadas do século XXI as instituições do Ensino Superior no Brasil têm se envolvido com as reformas curriculares dos seus cursos de graduação. Sustentadas por diferentes perspectivas, propõem novas alternativas de organização curricular, consideradas por elas, propostas pedagógicas inovadoras.

Na área da saúde as propostas de mudanças buscam superar a fragmentação dos saberes e a visão biomédica de ser humano. Os estudos de Laura Feuerwerker (2002) e Jadete Lampert (2002; 2009) apontam que os cursos de medicina, apresentam nos últimos anos mudanças curriculares significativas.

O anúncio de um novo paradigma já tem impregnado os discursos e tem sido expresso na formulação das políticas de saúde e de educação, com evidência recente nas novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Medicina (LAMPERT, 2009, p.23-24).

Assim, as propostas visam superar as fragmentações do conhecimento, com ênfase em especializações, e propor um currículo numa perspectiva mais integrada. Esta proposta sustenta-se sobre o princípio de que o conhecimento se

constrói a partir de uma abordagem complexa e relacional, entendendo a concepção de ser humano de forma mais ampla e integral.

Essas mudanças no campo do currículo na área médica são resultados de movimentos históricos, mobilizações, de avaliações e anseios de um novo perfil profissional, assim como as reivindicações por serviços de saúde mais humanizados. Da mesma forma estão presentes nesse contexto a influência de Políticas Curriculares e propostas de incentivos ministeriais que vem impulsionando essas mudanças principalmente a partir dos anos 2000. É a partir desse contexto que este trabalho se inicia, considerando o movimento histórico das mudanças na área médica, o ciclo de políticas que as envolvem, as concepções de currículo integrado, e essencialmente o processo de construção e recontextualização das propostas curriculares em duas escolas médicas de Santa Catarina.

Partimos do pressuposto que organização curricular explicita uma determinada visão de ciência, e que um currículo é processo político, um artefato social e histórico. Portanto, é resultado de circularidade de textos e discursos. Nesse sentido entendemos que uma proposta curricular é construída a partir de recontextualizações das políticas oficiais, das práticas pedagógicas, das concepções dos sujeitos sociais. Para tanto, compreendemos as propostas curriculares integradas como um texto que circula em diversos contextos e que se manifestam através de diferentes ênfases, não havendo uma visão única que delinea a sua organização e a sua implementação. Portanto, as mudanças curriculares possuem uma história própria e podem ter origens e objetivos muito distintos.

1.1 OBJETIVOS E QUESTÕES PROBLEMAS

Essa pesquisa, cujo objeto de estudo é *o currículo integrado*, tem como objetivo geral compreender o processo de construção e recontextualização do currículo integrado em dois cursos de graduação de Medicina das seguintes Universidades: a) UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina; b) UNOCHAPECÓ - Universidade Comunitária da Região de Chapecó.

Como objetivos específicos a pesquisa propõe:

- Identificar no Campo de Recontextualização Oficial as principais políticas e programas de incentivo a mudanças curriculares na área médica dos anos 2000;
- Contextualizar e caracterizar os cursos de Medicina da UFSC e UNOCHAPECÓ;
- Situar no Campo de Recontextualização Pedagógica as características de currículos integrados tendo como fonte os Projetos Pedagógicos dos Cursos de Medicina das referidas instituições investigadas;
- Reconhecer o processo de construção do currículo integrado no Campo de Recontextualização Pedagógica a partir das narrativas das entrevistas;
- Apontar as principais influências políticas, os atores sociais envolvidos no processo de mudanças, assim como os avanços, dificuldades e desafios encontrados no processo de elaboração, implementação e avaliação das propostas curriculares integradas.

Portanto, a pesquisa possui questões problemas que refletem o discurso e a natureza do currículo integrado: *Como a integralidade curricular é recontextualizada nos dois cursos de medicina? Quais as suas principais características de currículo integrado? Quais os caminhos pelos quais se expressam?*

1.2 AS ESCOLHAS

A opção de investigar propostas curriculares integradas no curso de medicina justifica-se por ser um dos cursos da área da saúde que historicamente concebeu seus currículos numa perspectiva tradicional. Uma das principais características desse modelo está na dissociação entre teoria e prática, separando ciclo básico e clínico, fracionando por vez o conhecimento historicamente construído. Outra característica marcante, apontada por Troncon (1999),

é a valorização expressiva dos aspectos cognitivos do desempenho do estudante, em detrimento do reconhecimento do domínio das habilidades clínicas fundamentais ou do desenvolvimento de atitudes positivas frente a diferentes aspectos da prática médica (p.337).

Nessa concepção de ensino, a construção curricular está voltada para visão curativa, tendo como foco da aprendizagem práticas essencialmente hospitalares, com ênfase no aspecto biológico, estabelecendo uma visão predominante tecnicista no processo de formação dos profissionais.

Outro motivo de escolher essa temática, diz respeito a minha aproximação, nos últimos cinco anos, como assessora pedagógica da Pró-reitoria de Ensino, com os cursos da área da saúde da Universidade Regional de Blumenau - FURB. O fato de estar presente no cotidiano dos diferentes cursos da área da saúde possibilitou-me acompanhar as reflexões e reformulações curriculares produzidas, assim como promover tempos e espaços de formação docente e diálogos permanentes. No caso do Curso de Medicina da FURB foi possível, ao longo desses anos, conhecer, interagir e promover movimentos de discussões e possibilidades de contribuir no pensar e fazer docente frente a uma possível proposta curricular integrada. Atualmente a proposta curricular do Curso de

Medicina da FURB, está em fase de construção, tendo como preocupação superar concepções do modelo tradicional de ensino para uma perspectiva mais integrativa.

Após a escolha da área Médica, foram mapeados todas as Universidades de Santa Catarina que ofertavam o Curso de Graduação de Medicina no período de 2000 a 2010. A consulta foi realizada através do site do Ministério da Educação (MEC, 2011), que dispõe as Instituições e os respectivos cursos cadastrados. Nessa busca foram encontrados dez cursos de Medicina em nove Instituições de Ensino Superior, de natureza jurídica de direito público e de natureza privada, conforme Quadro 1.

IES e SIGLA	LOCALIZAÇÃO	NATUREZA JURÍDICA	INÍCIO DO CURSO
1 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC	FLORIANÓPOLIS	Direito Público – Federal	01/03/1963
2 UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU – FURB	Blumenau	Direito Público Interno - Municipal da administração Indireta – Fundação	05/03/1990
3 UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ – UNIVALI	Itajaí	Direito Privado - Sem fins lucrativos - Fundação (religiosa; moral; cultural ou de assistência)	21/03/1998
4 UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA – UNISUL	Tubarão e Palhoça	Direito Privado - Sem fins lucrativos - Fundação (religiosa; moral; cultural ou de assistência)	22/02/1999 02/03/2006
5 UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE-UNIVILLE	Joinville	Direito Privado - Sem fins lucrativos - Fundação (religiosa; moral; cultural ou de assistência)	01/03/1999
6 UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC	Criciúma	Direito Público Interno - Municipal da Administração Indireta – Fundação	14/08/2000
7 UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA – UNOESC	Joaçaba	Direito Público Interno - Municipal da Administração Indireta – Fundação	16/02/2004
8 UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE – UNIPLAC	Lages	Direito Privado - Sem fins lucrativos - Fundação (religiosa; moral; cultural ou de assistência)	09/02/2004
9 UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ – UNOCHAPECÓ	CHAPECÓ	Direito Público Interno - Municipal da Administração Indireta – Fundação	13/02/2006

Quadro 1 - Cursos de Medicina no Estado de Santa Catarina

Fonte: Da autora

Para tornar este trabalho exeqüível, foram selecionados dois Cursos de Graduação de Medicina de Santa Catarina. Nessa seleção foram elencados dois critérios relevantes, entre eles:

- O Curso de Medicina mais antigo e o mais novo do Estado de Santa Catarina, cujas propostas curriculares tenham sido construídas no período de 2000 a 2010;
- Cursos que se identificam como propostas de currículo integrado.

Dentro desses critérios, estabelecidos a priori, identificou-se, através dos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Medicina, dois cursos que atendiam a esses critérios: o curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, de natureza jurídica pública federal, e o curso de Medicina da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ, de natureza de Direito Público Interno - Municipal da Administração Indireta – Fundação.

O curso de Medicina da UFSC, como podemos observar no Quadro 1, foi o primeiro curso de Medicina em SC. Embora tenha iniciado em 1963, teve sua primeira reforma curricular em 1997, e a mais recente foi implementada em 2002, com características de um currículo integrado, organizando o conhecimento numa estrutura modular.

O curso de Medicina da UNOCHAPECÓ é atualmente o curso mais recente de Santa Catarina, iniciando a primeira turma em 2006. Sua proposta foi concebida com perspectivas de um currículo integrado, procurando articular teoria e prática em todos os momentos do processo de formação do médico generalista.

O histórico e a caracterização dos respectivos cursos de Medicina também são abordados nesse estudo, procurando compreender os seus contextos, origens e identidades.

1.3 AS ABORDAGENS COMO REFERENCIAL ANALÍTICO

Para compreender os múltiplos contextos do processo investigativo foram consideradas algumas abordagens teóricas, entre elas destacamos: a teoria do

dispositivo pedagógico, a recontextualização, Bernstein (1996); ciclo de políticas, Ball (1998), Mainardes (2006); análise hermenêutica e dialética, Minayo (2008; 2002), e a história, conceitos, organizações e políticas curriculares, Lopes (2010; 2009; 2008; 2006), Gimeno Sacristán (2000), Torres Santomé (1998), Goodson (2001; 1997; 1995), Moreira (2010), Beane (2003; 1997), Morin (2005; 2002; 2001) entre outras citadas no decorrer desse estudo.

1.3.1 A Recontextualização

A teoria do dispositivo pedagógico de Bernstein (1996), mais precisamente as regras de recontextualização, que atuam no campo *oficial* e no campo *pedagógico*, contribuiu nessa pesquisa para estruturar e analisar os dados encontrados.

Concordamos com Mainardes (2010) quando esclarece que,

o conceito de recontextualização tem contribuído significativamente para compreender, dentro do campo das políticas educacionais, como estas são recebidas ou emprestadas de outros contextos e recontextualizadas de acordo com as arquiteturas nacionais (constituídas por aspectos políticos, ideológicos e culturais). (MAINARDES, 2010, p.21)

Entretanto, foi necessário primeiramente reconhecer no Campo de Recontextualização Oficial: quais as principais políticas curriculares que influenciaram o processo de mudanças na área da saúde? E identificar ainda nesse campo, o contexto do movimento das mudanças que antecederam essas políticas.

Da mesma forma no Campo de Recontextualização Pedagógica foi necessário identificar: quais as características das propostas de currículo integrado? quais os sujeitos que contribuíram na construção, e ou na

implementação do currículo integrado? quais as principais dificuldades dessa proposta e seus efeitos?

No Campo de Recontextualização Pedagógica o processo metodológico se estruturou em dois momentos:

- *Caracterização do currículo integrado* a partir dos Projetos Pedagógicos dos Cursos investigados. Nessa análise foram apontados:
 - a) os elementos constitutivos do currículo integrado expressos nos dois Projetos; b) o perfil do profissional a ser formado; c) os objetivos do curso; d) a concepção de currículo e o desenho da matriz curricular.
- *O currículo integrado no seu processo de construção e em ação a partir da percepção dos entrevistados*: o gestor de cada curso, e professores integrantes dos cursos de medicina da UFSC e UNOCHAPECÓ.

1.3.2 O Ciclo de Políticas

A abordagem do Ciclo de Políticas (Ball, 1998) contribuiu como referencial analítico principalmente na compreensão de que as políticas oficiais não são simplesmente implementadas, elas são reinterpretadas em vários contextos. Nesse sentido esse referencial deu suporte na construção das questões que foram elaboradas a partir de *Categorias* que envolvem os cinco contextos do Ciclo de Políticas definidos por Ball (1998) conforme apresentado anteriormente: o contexto da influência; o contexto da produção de texto; o contexto da prática; o contexto dos resultados e o contexto das estratégias políticas.

Ressaltamos que esses contextos não são estáticos, nem lineares, são dinâmicos e não podem ser vistos isoladamente, cada contexto faz parte e integra um ao outro, são movimentos que se articulam entre si. De acordo com Mainardes e Stremel (2010), Ball (1998) afirma que maior parte das políticas:

são constituídas de empréstimos e cópias de pedaços/segmentos de ideias de outros locais, aproveitando-se de abordagens localmente testadas e experimentadas, remendando-as e retrabalhando-as através de complexos processos de influência, de produção de textos, de disseminação e, em última análise, de recriação no contexto da prática. (MAINARDES E STREMEL, 2010, p.21).

As questões norteadoras, identificadas no Quadro 2, estão relacionadas essencialmente aos objetivos da pesquisa que buscou compreender a recontextualização da construção da proposta de currículo integrado, assim como suas concepções e características das propostas nos cursos de Medicina das instituições investigadas.

CATEGORIAS	QUESTÕES NORTEADORAS
Motivações e Influências	<ol style="list-style-type: none"> 1. Por que mudar o currículo? Quais os motivos que levaram a mudança curricular? 2. Quais as influências das Políticas internacionais e ou nacionais na mudança curricular do curso de Medicina? 3. Quais as políticas que influenciaram e quais aspectos foram considerados? 4. Por que construir um currículo integrado?
Processos Metodológicos	<ol style="list-style-type: none"> 5. Quando iniciou efetivamente a construção da produção do PPP/mudança curricular? 6. Quais os processos metodológicos na construção do currículo integrado? Como foi construído? 7. Quais foram os tempos e espaços de discussão e produção de texto?
Sujeitos Sociais na construção da proposta	<ol style="list-style-type: none"> 8. Houve consultorias externas neste processo? Quais? Por quê? 9. Houve trocas de experiências e ou formações entre outras instituições que construíram currículos integrados? Quais? 10. Quais foram os atores sociais do curso envolvidos no processo de construção da mudança curricular? 11. Quem participou do processo de produção do texto? 12. Quais as vozes “presentes” e “ausentes”? 13. Quais as divergências e convergências no processo de produção do documento?
Fundamentos Teóricos	<ol style="list-style-type: none"> 14. Quais as principais concepções (perfil do egresso, de conhecimento, currículo, avaliação) presentes nas propostas desveladas pelos profissionais no documento

	<p>15. Que teóricos foram discutidos e fundamentados na proposta?</p> <p>16. Quais os princípios, eixos que nortearam a construção da proposta?</p>
Características do Currículo Integrado	<p>17. O que é para você currículo integrado? o que é importante integrar? Qual o ponto forte do currículo integrado da Medicina?</p> <p>18. Como o currículo foi estruturado/organizado? Módulos; eixos temáticos; disciplinas? ABP?</p> <p>19. Quais são suas principais características?</p> <p>20. Qual a ênfase da integração? no conhecimento? na relação teoria e prática? entre ensino e serviços? o básico e o profissionalizante; em todos esses elementos? Ou outros enfoques de integração.</p> <p>21. Você considera que houve a superação da lógica disciplinar no currículo? O que permanece?</p>
Os efeitos da proposta e a avaliação	<p>22. Como está o processo de implementação da proposta curricular?</p> <p>23. Quais as principais dificuldades, conflitos, desafios, resistências encontradas no desenvolvimento da proposta?</p> <p>24. Há necessidade de alterações e ou adaptações para a concretização da proposta? Quais?</p> <p>25. Que aspectos da proposta deveriam ser repensados e redimensionados?</p> <p>26. Quais os efeitos de mudanças no processo educativo e os principais avanços?</p> <p>27. Que profissional esse currículo pretende formar?</p>

Quadro 2 - Categorias e Questões Norteadoras da Entrevista

Fonte: Da autora

1.3.3 A Hermenêutica-Dialética

Essa pesquisa de caráter qualitativo envolveu dados dos projetos pedagógicos, e das narrativas das entrevistas. O conjunto destes textos comporta vozes de diversos sujeitos que reinterpretam e produzem novos significados. Nesse sentido optamos pela proposta de Minayo (2008) que propõe a articulação entre a abordagem hermenêutica e dialética, pois as duas abordagens contribuem ao mesmo tempo para a compreensão e a criticidade dos textos encontrados. Assim “o casamento das abordagens é fecundo na condução do processo” (p.343), pois possibilitam uma reflexão que se funda na práxis.

A hermenêutica, segundo Gadamer (1997), ocupa-se da arte de compreender textos. É a busca da compreensão de sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, tendo na linguagem seu núcleo central. Nessa abordagem a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida. Compreender, portanto, significa interpretar, estabelecer relações em várias direções. A metodologia dessa abordagem segue alguns parâmetros:

a) busca esclarecer o contexto dos diferentes atores e das propostas que produzem; b) acredita que existe um teor de racionalidade e de responsabilidade nas diferentes linguagens que servem como veículo de comunicação; c) coloca os fatos, os relatos e as observações no contexto dos atores; d) assume seu papel de julgar e tomar posição sobre o que ouve, observa e compartilha; e, e) produz um relato de fatos em que os diferentes atores se sintam contemplados (MINAYO,2008,p. 167).

A dialética, diferentemente da hermenêutica, busca nos fatos, na linguagem, na cultura os núcleos obscuros e contraditórios. É a ciência da pergunta e da controvérsia. É, portanto, a arte do estranhamento e da crítica.

Embora as duas concepções tenham sido desenvolvidas através de movimentos filosóficos diferentes, para Minayo (2008), a hermenêutica e a dialética são complementares em vários aspectos e em outros há muitas similaridades, como podemos observar nos cinco apontamentos de Stein (1986) apud Minayo (2008):

(a) ambas trazem em seu núcleo a ideia fecunda das condições históricas de qualquer manifestação simbólica, de linguagem e de trabalho do pensamento; b) ambas partem do princípio de que não há observador imparcial, nem há ponto de vista fora da realidade do ser humano e da história; c) ambas superam a simples tarefa de serem ferramentas da realidade que investiga; d) ambas questionam o tecnicismo como caminho capaz de realizar a compreensão e a crítica dos processos sociais; e) ambas referem-se a práxis e desvendam os condicionantes da produção intelectual,

marcada tanto pela tradição, pelos pré-juízos, como pelo poder, pelos interesses e pelas limitações do desenvolvimento histórico.

Dessa forma procuramos compreender nessa análise, um feixe de relações que podem ser apresentadas através de uma palavra, de uma frase, de um texto. Assim procuramos descobrir os *núcleos de sentido* que denotam conceitos, características, processos, princípios correlacionados com as questões norteadoras e ao objeto de estudo: o currículo integrado.

Nessa análise foi possível identificar os fundamentos legais, filosóficos, pedagógicos e históricos que nortearam a formulação das propostas curriculares. Reconhecendo que não existe um desenvolvimento progressivo nas reformas curriculares. De acordo com Popkewitz (1997) elas se constituem no movimento conflituoso de negociação de significados e de (re) definição de finalidades, prioridades, estratégias, objetivos e posições dos diferentes protagonistas das políticas de currículo em suas relações sociais.

1.4 OS SUJEITOS SOCIAIS

Com o objetivo de reconhecer o processo de construção e recontextualização do currículo integrado nas duas escolas médicas optamos pela entrevista semi-estruturada, que a partir do roteiro guia, possibilitou os entrevistados discorrerem sobre o tema em estudo, e de certa forma, também puderam processar narrativas de vida num determinado tempo histórico. Concordamos com Pondé et al (2009) quando afirma que “o instrumento de coleta de dados mais importante nos estudos qualitativos é sem dúvida a narrativa dos entrevistados, obtida por entrevistas semi-estruturadas ou não estruturadas” (p. 130), pois é através da narrativas que a experiência humana é expressa.

A seleção dos entrevistados levou em consideração a seguinte questão: quem foram os sujeitos sociais que participaram da construção ou participam atualmente na consolidação do currículo integrado? Dentro desse universo, identificamos que para a realização dessa pesquisa seriam necessários pelo menos cinco profissionais de cada curso das instituições investigadas. Considerando a importância do olhar do gestor nesse processo, foi identificado como relevante entrevistar os Coordenadores dos Colegiados dos cursos de Medicina da UFSC e da UNOCHAPECÓ e mais quatro professores de cada curso indicados pelos próprios coordenadores dos cursos. Portanto, participaram da pesquisa, cinco sujeitos de cada instituição, totalizando 10 entrevistados. Concordamos com Minayo (2002), que enfatiza que em pesquisa qualitativa a definição da amostragem não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. Uma boa amostragem é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões.

Os entrevistados da Universidade Federal de Santa Catarina foram identificados na pesquisa como: CF (coordenador) e os demais professores; PF1; PF2; PF3 e PF4, Os sujeitos entrevistados da Universidade Comunitária da Região de Chapecó foram identificados como CP (coordenador) e os demais professores PP1; PP2; PP3; e PP4. As entrevistas contaram com o consentimento dos atores sociais selecionados de acordo com Termo Livre Consentimento- TCLE (Apêndice A), aprovado pelo Comitê de ética da Unicamp através do Parecer CEP: n 469/2011- CAE: 0399.0.146.242-11.

As sessões de entrevistas foram previamente agendadas por telefone e por meio eletrônico (e-mail) apresentando inicialmente os objetivos da pesquisa. Após o consentimento dos sujeitos entrevistados as entrevistas foram realizadas e gravadas com o auxílio de recursos computacionais. Vale ressaltar que devido a um problema técnico/operacional uma das entrevistas realizadas não foi possível

salvar a gravação. Para não prejudicar a pesquisa foi necessário agendar uma nova entrevista com outro professor envolvido nesse processo. As entrevistas realizadas duraram em torno de uma a três horas, de acordo com cada perfil entrevistado.

Com objetivo de ilustrar a dimensão da pesquisa, foi apresentado aos entrevistados um desenho representativo das categorias da pesquisa, procurando enfatizar que as questões estavam interligadas num movimento cíclico, conforme mostra a Figura 1.



Figura 1 - Representação dos Campos de Recontextualização
Fonte: Da autora

Durante a entrevista utilizou-se o roteiro guia com as questões norteadoras apresentadas no Quadro 2. Para elucidar questões que não ficaram claras, foi necessário, em alguns momentos, interagir, e recompor o contexto da entrevista, e até mesmo acrescentar outras perguntas, compreendendo que a entrevista é um “processo de interação social entre duas pessoas” (HAGUETTE, 1997, p. 86). As entrevistas foram transcritas na íntegra e gravadas em um CD, e posteriormente, no processo de análise, reorganizadas de acordo com as categorias elencadas.

Além das questões norteadoras outros dados foram coletados a respeito do perfil dos entrevistados. Os dados do Quadro 3 se referem à formação dos sujeitos entrevistados que atuam como professores nos cursos de Medicina das instituições investigadas. Ressaltamos que apenas um professor indicado para a entrevista não possuía graduação em medicina.

ENTREVISTADOS	GRADUAÇÃO/INSTITUIÇÃO	PÓS- GRADUAÇÃO/INSTITUIÇÃO
CF	Medicina (UFRGS)	Mestrado em Genética e Biologia Molecular (UFRGS); Mestrado em Saúde Pública (UFSC)
PF1	Medicina (UFPEL)	Doutorado em Educação (UFSC) Pós-doutorado em Educação Médica na Università di Bologna
PF2	Medicina (UFSC)	Doutorado em Técnicas Operatórias e Cirurgia Experimental (UNIFESP)
PF3	Medicina (UFSC)	Doutorado em Técnicas Operatórias e Cirurgia Experimental (UNIFESP)
PF4	Medicina/UFSC	Doutorado em Educação (UFSC)
CP	Medicina (UFMS)	Doutorado em medicina - radiologia (UFRJ)
PP1	Medicina (UFPEL)	Especialização em Gerontologia (UPF)
PP2	Fisioterapeuta (UNIVALI)	Mestrado em saúde (UNIVALI)
PP3	Medicina (UFSC)	Especialização em Pediatria. Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) Especialização em Auditoria em Saúde (UGF)
PP4	Medicina (UFABC)	Alergia e imunologia clínica/Hospital do servidor público Estadual/SP

Quadro 3 - Formação dos entrevistados
Fonte: Da autora

No Quadro 4 foram identificadas as áreas de atuação e o ano de ingresso na instituição dos professores entrevistados:

ENTREVISTADOS	ÁREA DE ATUAÇÃO	ANO DE INGRESSO NA INSTITUIÇÃO
CF	Pediatria	1984
PF1	Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública	1978
PF2	Clínica Cirúrgica	1980
PF3	Cirurgia Pediátrica	1992
PF4	Pediatria e Interação Comunitária	1991
CP	Oncologia/ cirurgia	2002
PP1	Saúde Pública	2007
PP2	Fisiologia Humana	2007
PP3	Pediatria	2008
PP4	Imunologia Clínica	2007

Quadro 4 - Área de atuação dos entrevistados e ano de ingresso na instituição
 Fonte: Da autora

A estrutura do trabalho está organizada em seis capítulos, assim denominados:

- 1- Introdução e abordagem metodológica da pesquisa
- 2- Percurso teórico,
- 3- Políticas oficiais,
- 4- As propostas de currículo integrado
- 5- O currículo integrado na percepção dos atores sociais;
- 6- Recontextualização do currículo integrado

A partir dessa trajetória, convido à leitura e à interlocução desse estudo, sobre a recontextualização do currículo integrado, para que possa ser enriquecido por outros olhares e vozes.



Lição de Anatomia do Dr. Nicolas Tulp
Rembrandt van Rijn, 1632. Mauritshuis, Holanda.

2 PERCURSO TEÓRICO

Foi o próprio currículo que me distanciou cada vez mais daquela imagem de médico que eu tinha, na adolescência (...)

2.1 A COMPLEXIDADE DAS POLÍTICAS CURRICULARES

Estudiosos do campo do currículo vêm sinalizando para a relevância de ampliar o debate sobre as políticas curriculares nos contextos das práticas institucionais. Destacam a necessidade de explorar investigações das políticas de currículo de modo a compreender, com maior clareza, as formulações das propostas e os embates políticos no nível global e local. Nesse sentido essa pesquisa buscou compreender o processo de construção e recontextualização do currículo integrado, considerando o contexto de influência das políticas curriculares.

Como afirma Lopes (2004, p.111), “toda política curricular é constituída de propostas e práticas curriculares e como também as constitui, não é possível de forma absoluta separá-las e desconsiderar suas inter-relações”. Nesse sentido a conceituação de política curricular parece ter incorporado múltiplos significados e posicionamentos. Dias (2009) defende a idéia de currículo como uma *política cultural pública* que tomou o centro das reformas educacionais no Brasil e em diversos países do mundo, o que remete a perspectivas que possibilitam análises relacionais com aspectos das políticas sociais.

Gimeno Sacristán (2000) por sua vez define política curricular como “um aspecto específico da política educativa, que estabelece a forma de selecionar, ordenar e mudar o currículo dentro do sistema educativo, tornando claro o poder e a autonomia que diferentes agentes têm sobre ele” (p. 109). A política curricular está nas relações entre os interesses políticos, as teorias e entre as práticas curriculares.

Compreendemos nesse estudo que a formulação e implementação das políticas curriculares não são neutras, relacionam-se a projetos sociais, políticos, culturais e pedagógicos com interesses e finalidades muitas vezes contraditórios. Portanto, não são produtos e pensamentos de uma mesma racionalidade e sim de uma diversificação de concepções em sua natureza e materialização. Podemos assim dizer que as políticas curriculares caracterizam-se como processos híbridos em sua ambivalência e mesclas, configurando a sua complexidade. O hibridismo, portanto se configura a partir da mistura de lógicas globais e locais recontextualizadas. Teóricos como: Bhabha (1998), Ball (1998), McLaren (2000), Dussel, (2002), Lopes e Macedo (2002, 2006), Lopes (2004, 2005) e Garcia Canclini (2003, 2005), trazem conceitos de hibridismo que perpassam o campo da cultura, educação e currículo das quais emergem as narrativas e estratégias das políticas, que podem alterar-se e ampliar-se em suas compreensões e sentidos.

Nesse sentido Matos e Paiva, (2007) defendem que é possível vislumbrar novas perspectivas de análise para a compreensão dos processos de reconhecimento, de legitimação, de interpretação e de apropriação das políticas curriculares.

Porém, Stephen Ball (1998) aponta que os autores das políticas utilizam-se de discursos, mecanismos simbólicos e financiamentos para legitimar as propostas curriculares, procurando limitar seus sentidos e vozes, visando à concretização das mesmas.

Assim Ball (1998) procurou investigar os processos pelos quais as políticas educacionais são formadas, implementadas e experimentadas, trazendo conceitos amplos de políticas curriculares. O autor considera a existência de diferentes contextos na elaboração das políticas curriculares e que evidenciam a trama que as compõem. Compreende a política como “textos e ações, palavras e obras que são executadas bem como as intencionadas” (BALL, 1998, p.10). Um universo no qual as políticas se manifestam por uma multiplicidade de influências, posições e decisões.

Compreendemos as políticas de currículo como processos de negociação complexos, nos quais estão presentes, de forma inter-relacionada, diversos aspectos da sua produção, desde a definição de seus dispositivos legais e documentos curriculares, a circulação de textos curriculares, as diversas influências e práticas, realizadas nos vários contextos (DIAS E LÓPEZ, 2006, p. 55).

Nesse contexto os pesquisadores ingleses Stephen Ball e Richard Bowe (1998) caracterizaram inicialmente o processo político, em três “arenas políticas”: *a política proposta, a política de fato, e a política em uso*. Entretanto, os pesquisadores logo abandonaram essa formulação, pois a linguagem utilizada enrijecia a abordagem entendida como Ciclo de Políticas ou o Processo das Políticas. Segundo Mainardes (2006) essa abordagem, Ciclo de Políticas, destaca:

a natureza complexa e controversa da política educacional enfatiza os processos micropolíticos e a ação dos profissionais que lidam com as políticas no nível local e indica a necessidade de se articularem os processos macro e micro na análise de políticas educacionais (MAINARDES, 2006, p.49).

Assim, os estudos de Bowe, Ball e Gold (1992), em “Reforming education & changing schools: case studies in policy sociology”, apresentavam uma nova versão do processo de formulação das políticas. Esse processo representaria a

idéia dos diferentes textos, discursos e contextos que se entrelaçam nas múltiplas relações que se estabelecem. Propõem, portanto, a abordagem de um *ciclo contínuo de política* representada em três contextos inter-relacionados: *contexto de influência; contexto da produção de texto e o contexto da prática*. Em 1994, Ball complementa o Ciclo de Políticas incluindo o *contexto dos resultados/efeitos e o contexto de estratégia política*.

Numa entrevista, realizada por Mainardes e Marcondes (2009), Ball esclarece que o Ciclo de Políticas não tem a intenção de ser uma descrição ou explicação das políticas, mas um método teórico e analítico. Trata-se de “uma maneira de pesquisar e teorizar as políticas, de pensar as políticas e saber como elas são feitas” (p. 305), usando assim alguns conceitos que são diferentes dos tradicionais. Pois, na concepção tradicional, de análise das políticas, a política é entendida como transparente, incontestável, ou seja, vai sempre à mesma direção linear.

2.1.1 Abordagem do Ciclo de Políticas

A abordagem do Ciclo de Políticas tem uma base que vê o mundo das políticas de forma mais complexa, pois, as políticas são instáveis e muitas vezes contraditórias. A política, segundo Ball (2007), é um campo de conflitos, de lutas e essas lutas são consideradas multifacetárias, lutas sobre valores, sobre interesses e sobre significados.

Portanto, a abordagem do Ciclo de Políticas tem como possibilidade analisar criticamente a trajetória de políticas sociais e programas educacionais. Nota-se que a ênfase está colocada no processo político, em seu movimento que se caracteriza em objetivos e intenções variadas e em diferentes níveis de complexidade.

Em Lopes (2004); Lopes e Macedo (2006); e Mainardes (2006), são apresentadas idéias centrais sobre a abordagem do Ciclo de Políticas, considerando em seus estudos o que Ball nos alerta, que os contextos podem ser “aninhados” uns dentro dos outros de forma dinâmica e flexível. Dessa forma não são compreendidos como etapas lineares, não possuem uma dimensão temporal. Porém, cada contexto apresenta características essenciais.

O *contexto da influência*, segundo Mainardes (2006), é onde as políticas públicas são iniciadas, formuladas, articuladas e os discursos políticos são construídos. Diversos grupos de influência, com diferentes relações de poder, atuam nesse contexto, como:

as redes sociais dentro e em torno de partidos políticos, do governo e do processo legislativo. É também nesse contexto que os conceitos adquirem legitimidade e formam um discurso de base para a política (...). Além disso, há um conjunto de arenas públicas mais formais, tais como comissões e grupos representativos, que podem ser lugares de articulação de influência (MAINARDES, 2006, p.51).

O centro produtor de políticas é articulado por meio de publicações, divulgação internacional das idéias, assessorias, palestras entre outras, envolve organizações multilaterais, com objetivo de gerar o discurso político inicial. Ball e Bowe (1998), afirmam que muitas vezes, o professor tem sido o foco na produção de políticas curriculares, não apenas visando a controlá-los *com efetividade*, mas também para *induzi-los* a aceitar essas políticas.

Lopes (2004) identifica alguns discursos do contexto da influência em diferentes políticas no mundo como: “os de valorização das competências, do currículo integrado, da gestão escolar descentralizada, da avaliação como garantia de qualidade.” (p.112). Portanto, agências nacionais e internacionais estão envolvidas nesse processo de movimentar as políticas, disseminando suas idéias, seus princípios, suas políticas. Da mesma forma inúmeros atores envolvidos têm

interesse em transformar o contexto das políticas em produção de textos e colocar em prática as políticas. Assim as redes políticas, econômicas, educacionais, comunidades epistêmicas, exercem influências envolvendo os sujeitos que produzem o discurso curricular nos vários contextos em que ele circula.

Faz-se necessário ressaltar que tais influências são recontextualizadas e reinterpretadas nos contextos nacionais e internacionais de acordo com os interesses ideológicos. O *contexto da produção de texto* refere-se às definições das políticas. Lopes e Macedo (2006) descrevem que esse contexto é constituído pelo poder central propriamente dita. Produzem textos legais, documentos oficiais, publicações visando o direcionamento das ações nas práticas. Entretanto, há indústrias comerciais que oferecem interpretações das políticas, produzindo inúmeros textos em revistas, artigos e jornais. Os programas de TV mostram diferentes formas e assuntos sobre as políticas educacionais, sendo também uma boa oportunidade para visar o lucro, pois, vendem suas idéias para os governos, escolas, se tornando atores principais do processo de interpretação das políticas.

Lopes (2004) compreende que as produções vão além das instâncias governamentais, pois “as políticas curriculares não se resumem apenas aos documentos escritos, mas incluem os processos de planejamento, vivenciados e reconstruídos em múltiplos espaços e por múltiplos sujeitos no corpo social da educação” (p. 111).

Ball (1998) esclarece também que os textos curriculares possuem diversas interpretações, e essas diferentes leituras são compreendidas pelos sujeitos em seus contextos, a partir de suas concepções e experiências. Sendo assim, o processo de traduzir políticas em práticas é extremamente complexo, pois as políticas curriculares são também políticas culturais. Entende-se assim que as políticas curriculares não se restringem as produções de textos e aos documentos

oficiais, ultrapassam a esfera verbal e escrita, e que refletem no contexto das práticas.

Segundo Bowe e Ball (1992), as políticas são intervenções textuais e suas conseqüências são vivenciadas dentro do terceiro contexto principal, o contexto da prática a qual a política se encaminha. No contexto da prática uma nova arena de contestação, de luta, de interpretação se revela. Esse é o momento da ação criativa, momento da tradução do texto para a prática. Ball (1994) salienta que as políticas são simultaneamente discursos e textos.

Lopes e Macedo (2006) explicitam que o *contexto da prática* caracteriza-se pelo lugar onde as definições curriculares são recriadas e reinterpretadas. Refere-se ao processo de atuação da prática.

A prática é composta de muito mais do que a soma de uma gama de políticas e é tipicamente investida de valores locais e pessoais e, como tal, envolve a resolução de, ou luta com, expectativas e requisitos contraditórios – acordos e ajustes secundários fazem-se necessários (MAINARDES e MARCONDES, 2009, p.305).

Portanto, os textos políticos não se materializam em práticas de forma linear e ou passiva, podem inclusive transformar significativamente a política original, pois os sentidos, significados e interesses são diversos, sendo que:

partes podem ser rejeitadas, selecionadas, ignoradas, deliberadamente mal entendidas, réplicas podem ser superficiais etc. Além disso, interpretação é uma questão de disputa. Interpretações diferentes serão contestadas, uma vez que se relacionam com interesses diversos, uma ou outra interpretação predominará, embora desvios ou interpretações minoritárias possam ser importantes (BOWE; BALL; GOLD, 1992, p. 22).

Os profissionais das instituições têm implicações direta no contexto da prática, mas essas práticas podem produzir diversas interpretações das políticas

educacionais, revelam concepções, histórias, experiências acumuladas. A maior parte das políticas só se torna ação por coletivos, por determinados grupos, e que a implementação das políticas serão diferente, nos diferentes contextos, nas diferentes instituições. Assim, os grupos sociais também produzem e fazem circular idéias, influenciando e definindo as políticas.

Trata-se do contexto da complexidade, das incertezas, das idas e vindas, pois as políticas são contestadas, por envolver diferentes interesses, diferentes formas de valores e diferentes imperativos. Segundo Ball, (1994, 1998, 2001) freqüentemente as políticas, conflitam uma com as outras. O contexto da prática é o lugar que envolve a resolução de conflitos. Salienta ainda, que não podemos reduzir esse processo do contexto da prática, para simplicidade da resistência e nem da aceitação, mas é um processo de reinterpretação. Portanto, a dinâmica do campo de produção de políticas mobiliza os sujeitos e grupos sociais, os espaços e os discursos em processos contínuos de interpenetração.

Os três contextos apresentados são considerados por Ball contextos primários, mas argumenta que todos são produtores de políticas curriculares. Cada um dos contextos está relacionado entre si, cada um está dentro de todos os outros. A política em si já é uma forma de prática, portanto há práticas no contexto de influências e vice-versa, ou seja, há um Ciclo contínuo de políticas.

O quarto contexto do Ciclo de Políticas refere-se ao *contexto dos resultados ou efeitos*. Segundo Mainardes (2006), esse contexto tem a ver com as questões de justiça, igualdade, padrões de acesso e liberdade individual. Destaca as preocupações com a avaliação e o impacto das políticas na alteração do quadro social principalmente na solução das desigualdades existentes.

Os efeitos são ainda classificados em gerais e específicos. Esta divisão apresentada por Ball sugere-nos que:

a análise de uma política deve envolver o exame (a) das várias facetas e dimensões de uma política e suas implicações (por exemplo, a análise das mudanças e do impacto em/sobre currículo, pedagogia, avaliação e organização) e (b) das interfaces da política com outras políticas setoriais e com o conjunto das políticas. Isso sugere ainda a necessidade de que as políticas locais ou as amostras de pesquisas sejam tomadas apenas como ponto de partida para a análise de questões mais amplas da política (MAINARDES, 2006, p. 54).

O contexto de *estratégia política* se identifica como estratégico para desenvolver “um conjunto de atividades sociais e políticas que seriam necessárias para lidar com as desigualdades criadas ou reproduzidas pela política investigada” (MAINARDES, 2006, p.55). O desafio está em identificar as ações estratégicas que poderiam ser válidas para a eliminação das desigualdades sociais.

Mainardes (2006), conclui em seu artigo que a abordagem do Ciclo de Políticas traz a compreensão de que as políticas são reinterpretadas e recriadas, isto é, recontextualizadas. Oferece instrumentos analíticos para a análise da trajetória de políticas nos processos de formulação, produção de textos, implementação e resultados. O que abrange os diferentes campos de disputa e grupos de interesse. Objetiva, portanto, “identificar processos de resistências, acomodações, subterfúgios e conformismo dentro e entre as arenas da prática, e o delineamento de conflitos e disparidades entre os discursos nessas arenas” (MAINARDES, 2006, p.50). Por sua vez implica uma diversidade de coleta de dados e uma análise de fatores macro e microcontextos assim como as interações entre eles.

2.1.2 A Teoria do Dispositivo Pedagógico: o conceito de recontextualização

Outra referência importante nas análises da formulação das políticas educacionais e políticas curriculares, no nível macro e micro são os estudos do professor emérito, Basil Bernstein, da cátedra Karl Mannheim de Sociologia da Educação no Instituto de Educação da Universidade de Londres. Lucíola Santos (2003) ao analisar suas obras, defende que, embora Bernstein tenha sido classificado como um estruturalista, seus trabalhos tem influências de outras tendências do pensamento social e outras fontes do campo sociológico. “Alguns autores classificam sua produção como inspirada em autores clássicos da sociologia, havendo ainda os que associam alguns de seus trabalhos às correntes pós-estruturalistas” (p.29).

Este autor trouxe uma contribuição significativa para o estudo da comunicação com a sua teoria sociolinguística dos códigos de linguagem, refletindo o papel que a comunicação linguística desempenha em uma sociedade estruturada em classes. Em sua teoria, Bernstein afirma uma relação direta entre classe social e de linguagem, ou seja, o código que uma pessoa usa de fato simboliza a sua identidade social. Para Bernstein (1996) “sempre que um discurso se move, há espaço para a ideologia atuar” (p.24).

Uma das teorias de Bernstein, que destacamos nessa pesquisa, é a teoria do *dispositivo pedagógico*, que tem regras internas que regulam a comunicação pedagógica e que integram esse objetivo. Para o autor, o dispositivo pedagógico cria um regulador simbólico da consciência, e através dos meios discursivos, estabelecem suas próprias representações ideológicas.

Davies (2003) esclarece que, “o dispositivo não é simplesmente discurso-enquanto-mensagem, mas, sim, uma forma simbólica de controle” (p.69),

possuindo regras que regulam o que é pensável e o que é impensável. De acordo com Mainardes e Stremel (2010), “regulam o tipo de conhecimento que os diferentes grupos sociais terão acesso, bem como o modo pelo qual se dará a aquisição desses saberes” (p.12). Para Davies (2003) a teoria do dispositivo pedagógico é uma gramática composta de três regras hierarquicamente ordenadas: a) distributiva; b) de recontextualização e c) de avaliação (criterial).

As *regras distributivas* manifestam-se no campo da produção do discurso assim, “regulam a distribuição de acesso aos locais públicos onde o impensável pode ser pensado e onde o pensável só pode ser pensado” (DAVIES, 2003, p.64). Têm, portanto, a função de regular as relações entre poder, grupos sociais e as formas de consciência e de prática. No âmbito curricular regulam: quais conteúdos? quais saberes devem ser considerados “pensáveis”? e quais devem ser considerados “impensáveis”?

Já as *regras de recontextualização* caracterizam o discurso pedagógico, que se constitui em “um princípio de recontextualização, que, seletivamente, se apropria, reloca, refocaliza e relaciona outros discursos, para constituir sua própria ordem (BERNSTEIN, 1996, p.46).

Por meio da recontextualização, o discurso se desloca do seu contexto original de produção para outro contexto onde é modificado (através de seleção, simplificação, condensação e reelaboração) e relacionado com outros discursos e depois é relocado (MAINARDES; STREMEL, 2010, p.13).

Dessa forma podemos compreender que o discurso oficial pode ser transformado e ressignificado a partir das diferentes concepções e contextos nos quais os sujeitos sociais estão inseridos. Ocorre um reposicionamento e uma refocalização, pois segundo Mainardes e Stremel (2010), as regras de recontextualização atuam ainda no contexto recontextualizador, estruturado por

dois campos recontextualizadores: o *Campo de Recontextualização Oficial* (CRO) e o *Campo de Recontextualização Pedagógica* (CRP).

O termo *campo* é compreendido por Bernstein a partir do conceito de Bourdieu (1996), que pode ser considerado tanto um campo de força, quanto um campo de lutas, no qual os agentes atuam de acordo com suas posições, mantendo ou modificando sua estrutura. Para Domingos *et al.* (1986), o conceito de campo representa um conjunto de relações de força entre agentes e/ou instituições em luta por diferentes formas de poder, seja ele econômico, político ou cultural.

Bernstein (2003) distingue, portanto, que o Campo Recontextualizador Oficial (CRO) é o campo da elaboração e a implementação das políticas educativas, dominadas pelo Estado e suas agências especializadas sob influência do campo internacional em produzir o Discurso Pedagógico Oficial (DPO). Os Campos Oficiais de Recontextualização “são arenas para a construção, distribuição, reprodução e mudança de identidades pedagógicas” (BERNSTEIN, 2003, p.80).

Em relação ao Campo de Recontextualização Pedagógica (CRP) é o campo que é constituído por profissionais e pesquisadores da educação, de universidades, escolas, e outras instituições. “Igualmente ao CRO, o CRP preocupa-se com os princípios e práticas que regulam o movimento dos discursos do contexto da produção para o contexto de sua reprodução” (MAINARDES; STREMEL, 2010, p.13). Tanto o Campo de Recontextualização Oficial quanto o Campo de Recontextualização Pedagógica são influenciados pelas relações de poder, disputam espaços e influencias na configuração do discurso e da prática pedagógica.

As regras de avaliação, como outra regra do dispositivo pedagógico, “regulam a transformação do discurso em prática pedagógica e atuam no contexto

secundário, constituído pelo campo da reprodução educacional” (MAINARDES; STREMEL, 2010, p.13).

Segundo Lopes, (2005), no processo de recontextualização, Bernstein (1996):

interpreta que os textos, assinados ou não pela esfera oficial, são fragmentados ao circularem no corpo social da educação, alguns fragmentos são mais valorizados em detrimento de outros e são associados a outros fragmentos de textos capazes de ressignificá-los e refocalizá-los (p. 54).

Portanto, as teorias de Ball, principalmente no que se refere ao Ciclo de Políticas e as teorias de Bernstein, sobre o Dispositivo Pedagógico, e em especial o conceito de Recontextualização, contribuíram nessa pesquisa, para o entendimento dos processos e contextos, que circulam na produção de textos no campo oficial e no campo pedagógico, visando a compreensão da construção de um currículo integrado.

Da mesma forma Bernstein, contribui quando o autor procurou indagar, “quais seriam as razões e os interesses que levam à organização dos conhecimentos de forma isolada, com forte classificação, e quais seriam os interesses que levam à integração de conhecimentos, colocando-os de forma mais relacionada de modo que as fronteiras entre eles sejam pouco nítidas” (SANTOS, 2003, p. 14). A nosso ver compreendemos que o foco de Bernstein estava em identificar a razão pela qual determinadas “coisas” são colocadas e ou organizadas juntas e outras separadas.

2.2 HISTÓRIAS E IDENTIDADES CURRICULARES

Partimos do pressuposto nessa pesquisa que o currículo é um processo político, um artefato social e histórico, é resultado de circularidade de textos e

discursos. Deste modo, a construção política e social do currículo é expressão de princípios e teorias de um determinado tempo histórico. Para Raymond Williams (1984), o currículo é definido como produto de uma seleção no interior da cultura, e que se modifica ao longo do tempo, pois é fruto de escolhas sociais.

Buscamos na literatura vários estudiosos que classificam os paradigmas curriculares instituídos ao longo da história, apontando características das mais tradicionais às mais progressivas. Entre eles destacamos Kliebard (1974), apud Moreira e Silva (1999), o autor identifica duas grandes tendências que predominaram pensamentos e propostas curriculares:

a) A primeira tendência, fundamentada nos princípios da administração científica de Taylor, é expressa pelo pensamento de John Franklin Bobbitt. Para Bobbitt a construção científica de um currículo deveria desenvolver aspectos considerados desejáveis na personalidade adulta. Essa tendência, na década de setenta, teve influência à consolidação do ensino tecnicista no Brasil, um currículo de caráter tecnicista e profissionalizante.

b) A segunda perspectiva visava um currículo que valorizasse os interesses do aluno. Essa tendência, representada pelos estudos de Dewey e Kilpatrick influenciaram o currículo educacional no Brasil tornando-o conhecido como escolanovismo. Dewey criticou a escola por não valorizar as experiências dos alunos, e ainda promover a passividade intelectual. Segundo Teitelbaum e Apple (2001) o filósofo e pedagogo Dewey não concordava com os pensamentos dicotômicos e princípios absolutistas tais como teoria e prática, público e privado, métodos e conteúdos escolares. “A sua intenção não era valorizar um ou outro extremo, mas, pelo contrário, (...), reconstruir o debate de tal modo que as partes não sejam interpretadas como opostas” (p.199).

José Luiz Domingues (1988) fundamentado em James B. MacDonald (1975) buscou agrupar teorias de desenvolvimento do currículo em três

paradigmas: o técnico-linear; circular-consensual e o dinâmico-dialógico. Neste sentido afirma Campos (2010):

o *técnico-linear*, representação do pensamento de Bobbitt e Ralph Tyler, que conta com a influência dos princípios da administração científica utilizada na indústria de Frederick W. Taylor; o *circular-consensual* ou de “interesse no consenso”, caracterizado pelo pensamento de Maxine Greene e William F. Pinar que surge somente na década de 1970 e apresenta a necessária ligação entre currículo e necessidades manifestas dos alunos, incentivando o uso de reflexão; e o *dinâmico-dialógico*, com enfoque “praxiológico” e com orientação político-filosófica “neomarxista”, que busca a emancipação do homem e possui como porta-vozes Michael Apple e Henry Giroux (p.64).

Já o curriculista Tomaz Tadeu da Silva (2001) categoriza a história do currículo em três grandes grupos, enfatizando palavras chave que representam cada teoria:

- a) *teorias tradicionais*: ensino, aprendizagem, avaliação, metodologia, didática, organização, planejamento, eficiência, objetivos.
- b) *teorias críticas*: ideologia, reprodução cultural e social, poder, classe social, capitalismo, relações sociais de produção, conscientização, emancipação e libertação, currículo oculto, resistência.
- c) *pós-críticas*: identidade, alteridade, diferença, subjetividade, significação e discurso, saber-poder, representação, cultura, gênero, raça, etnia, sexualidade, multiculturalismo.

De forma distinta, compreendendo currículo como campo intelectual de concepções e práticas Lopes e Macedo (2002), analisam a produção de currículo no Brasil e identificam três grupos principais: a) a perspectiva pós-estruturalista; b)

o currículo em rede; c) a história do currículo e a constituição do conhecimento escolar.

No primeiro grupo, da perspectiva pós-estruturalista, está fundamentado em diversos estudiosos como Foucault, Derrida, Deleuze, Guatarri, Lacan entre outros vinculados ao próprio estruturalismo. No Brasil essa perspectiva é representada por Tomaz Tadeu da Silva. A idéia central, no início dos anos 90, estava, primeiramente, na “análise das conexões entre os processos de seleção, organização e distribuição dos currículos escolares e a dinâmica de produção e reprodução da sociedade capitalista” (LOPES E MACEDO, 2002, p. 21). Posteriormente, procurou efetivar “um diálogo entre teorizações críticas e pós-modernas, traçar continuidades e rupturas entre essas teorizações, bem como identificar limitações, dificuldades e impasses entre essas perspectivas teóricas” (LOPES E MACEDO, 2002, p. 22).

O pensamento pós-estruturalista transcende o estruturalismo, mas partilha a mesma ênfase na linguagem como um sistema de significação. Abrange questões relacionadas a gênero, etnia e sexualidade, relacionando-as com questões de saber e poder. Considera, portanto, o sujeito como resultado de um processo de produção cultural e social. O currículo é compreendido como um sistema de regulação moral e de controle, sendo um produto das relações de poder e identidades sociais. Nessa perspectiva apresentam questões curriculares, tais como: *por que esse conhecimento se tornou verdadeiro? por quem foram construídos?*

A partir da década de 1990, outra vertente de discussão de currículo se instaurava, os estudos sobre currículo em rede. Os fundamentos basilares dessa perspectiva referenciam-se a bibliografia francesa, destacados pelos autores como: Certeu, Lefèbvre, Morin, entre outros. No Brasil os representantes dessa vertente são as pesquisadoras Nilda Alves e Regina Leite Garcia, e mais

recentemente Lea Anastasiou introduzindo essa concepção para área da saúde. Essa perspectiva nega a linearidade, ordenação e a hierarquização do conhecimento, pois, defende a idéia de redes referenciadas na prática social, fundamentado no conceito da complexidade. Para Morin (2005),

nossa formação escolar e, mais ainda, a universitária nos ensina a separar os objetos de seu contexto, as disciplinas uma das outras para não ter que relacioná-las. Essa separação e fragmentação das disciplinas é incapaz de captar “o que está tecido em conjunto”, isto é complexo, segundo o sentido original do termo (p.18).

A concepção de tessitura do conhecimento é compreendida como tecido em rede que corresponde o conhecimento científico, e o conhecimento tecido em diversos contextos cotidianos. Assim, para Alves e Oliveira (2001),

tecer o pensamento em rede exige múltiplos caminhos e inexistência de hierarquia, em um mundo de pensamento linear, compartimentado, disciplinarizado que me formou em mim mesma na disjunção, na separação e na redução (p. 25).

A terceira vertente apontada por Lopes e Macedo (2002), retrata a história do currículo e constituição do conhecimento escolar. Os estudos estão relacionados à produção crítica do currículo, representado por Apple, Giroux e Young. Na mesma vertente estão ainda as contribuições de Franklin, Goodson e Ball que trazem a história do currículo, e Garcia Canclini, que procura entender os fenômenos culturais nas sociedades contemporâneas. No Brasil destacaram-se os trabalhos de Antonio Flavio Moreira que focam duas linhas de trabalho, a primeira nos estudos do pensamento curricular brasileiro e a segunda no estudo das disciplinas escolares. Passando posteriormente a incluir temas como globalização, hibridização cultural e cosmopolitismo. Os estudos de Moreira permitem análises das políticas curriculares implementadas no Brasil, das propostas curriculares vigentes e a constituição do campo das práticas vividas. Segundo Lopes e

Macedo (2002) na análise das políticas curriculares, Antonio Flávio Moreira (1995; 1996), apud Lopes e Macedo (2002), busca entender:

como elas hibridizam diferentes discursos curriculares e sociais. Igualmente, visa interpretar teorizações de currículo que influenciam tais políticas, marcando sua associação com perspectivas tradicionais de currículo, seu viés psicologizante e seu foco na tensão entre flexibilidade e controle (p. 42).

Portanto, compreender o pensamento curricular implica resgatar a história da educação, suas concepções, seus movimentos, sua trajetória. As múltiplas interpretações dessas classificações históricas possibilitam acompanhar a natureza das mudanças curriculares, compreendendo a gênese de determinadas categorias que hoje estão presentes. Abreu (2002) esclarece que:

é por intermédio da história do currículo que podemos entender as relações que perpassam a construção de determinado conhecimento e das relações sociais que influenciam e são influenciadas por esse processo. Uma análise que envolve a pesquisa dos conflitos, dos consensos, da evolução, das rupturas, das ambigüidades, relacionados ao contexto sócio-histórico-político no qual está inserido tal currículo (ABREU, 2002, p.16).

Assim à história do currículo, como construção social, caracterizou-se principalmente nos anos sessenta e início dos anos setenta, sendo esse um contexto de intensos movimentos de reforma curricular e concepções diferenciadas. Segundo Goodson (1997), os estudos críticos do currículo como construção social apontavam para a sala de aula como local da sua negociação e concretização. “A sala de aula era o centro da ação, a arena de resistência. De acordo com esta perspectiva, o currículo era o que se passava na sala de aula” (p.19).

Nesse contexto a etimologia da palavra currículo foi compreendida, como *curso* a ser seguido, como *conteúdo* a ser apresentado. Afirma Goodson (1995)

que o vínculo entre currículo e prescrição foi forjado desde muito cedo, e, com o passar do tempo, sobreviveu e se fortaleceu. “Em parte, o fortalecimento deste vínculo deve-se ao emergir de padrões seqüenciais de aprendizado para definir e operacionalizar o currículo segundo modo já fixado (p.31).

Concordamos com Lopes e Macedo (2002) que o campo do currículo se constitui como um campo intelectual e de relações de poder, ou seja, um espaço em que:

diferentes atores sociais, detentores de determinados capitais social e cultural na área, legitimam determinadas concepções sobre a teoria de currículo e disputam entre si o poder de definir quem tem a autoridade na área. Trata-se de um campo capaz de influenciar propostas curriculares, práticas pedagógicas nas escolas, a partir dos diferentes processos de recontextualização de seus discursos, mas que não se constitui dessas mesmas propostas e práticas (p.17 - 18).

Assim, as primeiras tendências no campo do currículo tiveram como foco o currículo como instrumento de controle e eficiência social. O conhecimento, portanto, *concebido, produzido e traduzido* para o uso social. Nesse contexto o currículo representa respostas às transformações sociais, aos padrões de organização das políticas e da economia social, assim como o principal identificador de diferenciação social. Conseqüentemente o modelo do currículo de escolarização estatal, nesse contexto histórico, se firmava, revestindo-se de interesses de controle social.

Logo no fim do século XIX os efeitos dessa concepção de currículo evidenciavam o caráter normativo nas instituições de ensino, a partir da denominação e a caracterização das aulas compartimentadas, por meio de facções dos conteúdos, horários, grades, notas entre outros padrões. Sendo que muitas dos conhecimentos trabalhados são elencadas com diferenças de hierarquia de *status*.

Moreira e Silva (1999) destacam que no decorrer dos anos sessenta, que se caracterizou uma década de grandes movimentos sociais e culturais, uma onda de conservadorismo procurou neutralizar o pensamento e valores “subversivos”, dando ênfase à linguagem da eficiência e da produtividade.

Nesse momento, o discurso pedagógico resumiu-se às seguintes tendências: ideias tradicionais que defendiam uma escola eficaz, ideias humanistas que pregavam a liberdade na escola e as ideias utópicas que sugeriam o fim das escolas (...) nenhuma questionava mais profundamente a sociedade capitalista que se consolidara, nem o papel da escola na preservação dessa sociedade (MOREIRA E SILVA, 1999, p.14).

Na década de setenta os estudos curriculares, em contraposição à teoria tradicional de currículo, passaram por um momento de renovação, com o movimento de *Reconceitualização* nos Estados Unidos e a *Nova Sociologia da Educação* na Inglaterra. Com o objetivo de reconceitualizar o campo do currículo, especialistas da área, que criticavam as perspectivas behaviorista e empirista, participaram, em 1973, de uma conferência sobre currículo na Universidade de Rochester, em Nova York. De acordo com Moreira e Silva (1999) “todos rejeitavam a tendência curricular dominante, criticando seu caráter instrumental, apolítico e atóxico, bem como sua pretensão de considerar o campo do currículo como ciência” (p.14-15). Conseqüentemente o movimento de reconceitualização teórica repercutiu em vários lugares ao mesmo tempo, difundindo que o currículo não se limitava a uma racionalidade técnica e burocrática, mas de caráter histórico, ético e político do conhecimento.

A partir dessa conferência dois grupos, com divergências conceituais, dividiram-se em relação à crítica dos modelos tradicionais. Um grupo estava fundamentado na teoria crítica, cuja gênese encontra-se nos estudos neomarxistas. Nessa corrente, destacam-se dois estudiosos norte-americanos, reconhecidos no que se convencionou chamar de Sociologia do Currículo: Michael

Apple e Henry Giroux. Os estudos de Apple contribuíram para politizar a teorização sobre o currículo, enfatizando a conexão entre a organização da economia e a forma como o currículo está organizado. Enquanto que Giroux retratava o currículo como um campo onde se produzem e se criam significados sociais, estando em jogo uma política cultural. “Essas análises enfatizavam o papel das estruturas econômicas e políticas na reprodução cultural e social através da educação e do currículo” (SILVA, 2001, p. 38).

A outra corrente associada às críticas da educação e do currículo tradicional foi inspirada na perspectiva fenomenológica, que tem como ênfase a investigação e questionamento da própria experiência e da vida cotidiana. Na teorização sobre currículo, outras estratégias de investigação estão relacionadas: a hermenêutica e a autobiografia para enfatizar aspectos formativos do currículo. Tal perspectiva está relacionada à reconceptualização proposta pelo educador americano William Pinar (1998), que assume o currículo como um texto que se tece a partir de múltiplos discursos.

Compreendemos que os dois grupos criticavam o modelo tradicional vigente, que desconsiderava os aspectos sociais, culturais e políticos no campo do currículo.

No contexto britânico, logo nos primeiros anos da década de setenta, Michael Young liderou o movimento para a uma Nova Sociologia da Educação (NSE). As críticas estavam voltadas a antiga sociologia da educação, conhecida como sociologia aritmética, que tinha como referência as perspectivas tradicionais da pesquisa empírica e estatística sobre os resultados produzidos pelo sistema educacional.

A antiga sociologia não questionava a natureza do conhecimento escolar ou o papel do próprio currículo na produção daquelas desigualdades. O currículo tradicional era simplesmente tomado como dado, portanto, como implicitamente aceitável (SILVA, 2001, p. 65).

A NSE se constituiu na primeira corrente sociológica primordialmente voltada para a discussão do currículo, tendo como foco central da investigação sociológica a seleção e transmissão do conhecimento escolar. Associa os estudos acerca do currículo a um programa de crítica político-cultural, procurando evidenciar o processo de legitimação dos conteúdos curriculares e da estratificação dos saberes. Segundo Moreira (1990) Michael Young levanta questões sobre as relações entre a estrutura de poder e o currículo, sobre a estratificação do conhecimento e sobre as funções do conhecimento em diferentes tipos de sociedade. Young preocupa-se, especialmente, com a estratificação do conhecimento e a relaciona à estratificação social. Pergunta ele:

que critérios têm sido usados, em uma dada sociedade, para atribuir diferentes valores e diferentes conhecimentos? Como relacionar esses critérios e a estratificação deles resultantes às características da estrutura social? (MOREIRA, 1990, p.75).

O idealizador da Nova Sociologia concentrava-se nas formas de organização do currículo, tomava como ponto de partida o desenvolvimento de uma sociologia do conhecimento. Porém, segundo Silva, (2001) o prestígio e a influência da NSE reduziram-se a partir do início da década de oitenta com o triunfo das políticas neoliberais.

Por um lado, o programa mais “forte” de uma “pura” sociologia do currículo cedeu lugar as perspectivas mais ecléticas que misturavam análises sociológicas com teorizações mais propriamente pedagógicas. Por outro, a teorização crítica da educação que nesse momento se concentrava em torno da NSE iria se dissolver numa variedade de perspectivas analíticas e teóricas: feminismo; estudos culturais; pós-modernismo; pós-estruturalismo (SILVA, 2001, p.69-70).

Segundo Moreira e Silva (1999), a Nova Sociologia da Educação, estabeleceu como seu objeto de estudo o currículo escolar, buscando a compreensão dos processos de seleção, organização e ensino dos conteúdos curriculares, assim como a estrutura de poder do contexto social inclusivo.

Ainda no contexto britânico, a sociologia crítica da educação teve a influência de Basil Bernstein. Além da sua teoria do dispositivo pedagógico apresentado anteriormente, desenvolveu um modelo para analisar como um determinado campo de saber é “pedagogizado” e como a mudança nos princípios de ordenação e desordenação do conhecimento podem ser investigadas. As obras de Bernstein revelam a evolução do desenvolvimento do conceito de códigos sociais e educativos e suas implicações para a reprodução social. A teoria dos códigos enfatiza as relações de poder e as práticas de transmissão, aquisição e avaliação que acontecem no interior da instituição. Reforça a ideia de que o currículo não se restringe ao contexto da sala de aula, ocupa tempos e espaços guiados por questões sociológicas, epistemológicas e políticas. Está implicado em relações de poder.

Goodson (1995) problematiza, ao apontar que embora os estudos curriculares se alimentem de teorias, “as teorias atuais não são curriculares, são meros programas; são utópicas, não realistas”. As teorias curriculares funcionam como prescrições. Afirma ainda o mesmo autor:

a nossa teoria precisa desenvolver-se a partir do entendimento do currículo tal como é elaborado e realizado e como, ao longo do tempo, vem sendo reformulado. Em síntese, não necessitamos de teorias sobre prescrições curriculares, mas de estudos e, eventualmente, de teorias sobre elaboração e aplicação de currículo (GOODSON, 1995, p.55).

Diante das oscilações e contradições existentes no âmbito das teorias curriculares, outros conflitos surgem ainda na década de 60 e 70, como a distinção

entre teoria e prática curricular. Goodson (1995) traduz o pensamento das conclusões dos teóricos imersos na realidade da elaboração e aplicação do currículo: “se a teoria tinha tão pouco a dizer sobre a realidade da prática; se, de fato, a teoria deturpava seriamente ou ameaçava “substituir” a prática, não seria melhor simplesmente agir sem teoria, ou, pelo menos, deixar a teorização para mais tarde?” (p.56).

Goodson (1995) menciona Schwab (1978) como um dos críticos da área curricular, e que enfatizou as incoerências do currículo as quais levaram as formulações teóricas desajustadas e inadequadas em relação a problemas de ensino e aprendizagem. Schwab (1978) defende que o campo teórico é universal e abrangente enquanto que a prática é algo concreto, portanto particular. Assim posiciona-se que:

a teoria não leva e não pode levar em consideração todas as questões fundamentais relacionadas com o que se ensina, quem ensina e a forma como se ensina; isto é, as teorias não podem ser aplicadas como princípios para a solução de problemas concernentes ao que se deve fazer com ou por pessoas de carne e osso, pequenos grupos ou instituições situadas, de fato, no tempo e no espaço - agentes e clientelas de escolarização e escolas (SCHWAB, 1978, p.287 apud GOODSON, 2005, p. 57).

Nota-se, portanto que a teoria prescritiva foi altamente criticada pelos estudiosos na área curricular, pois essa tendência teórica adequava-se a lógica econômica e ideológica das décadas de 1960 e 1970. Nesse contexto histórico a ênfase curricular estava centralizada na imersão das realidades da prática e da ação cotidiana da sala de aula.

Na concepção de Goodson (1995) “precisamos começar por entender a forma como o currículo é atualmente produzido e por quê os assuntos operam deste e não de outro modo. Em síntese, precisamos de uma teoria de contexto

que justifique a ação” (p.63), no sentido de abranger a prática, ou, em outras palavras, uma teoria sobre como se origina o currículo existente, como é reproduzido. “Uma teoria sobre como atuam, reagem e interagem as pessoas envolvidas na contínua produção e reprodução de currículo” (p.64). Goodson (1995), portanto, defende o conceito de currículo como construção social, por sua vez “multifacetado, construído, negociado e renegociado em vários níveis e campos” (p.67).

O campo do currículo a partir dos anos 90 vem sendo caracterizado por um processo de hibridismo com tendências teóricas distintas, com as quais o currículo é interpretado. Trata-se de mesclas, articulações entre as aproximações e distinções de pensamento e que não podem ser entendidas pelo princípio da contradição.

Em relação aos processos de hibridização Lopes (2008) destaca o pensamento de Garcia Canclini,

a hibridização refere-se aos fenômenos difusos da cultura em virtude de o mundo se tornar cada vez mais complexo e fragmentado. Pelos processos de hibridização, os discursos perdem suas marcas originais: são rompidas coleções organizadas pelos sistemas culturais e novas coleções são formadas, os processos simbólicos são desterritorializados e os gêneros impuros se expandem (LOPES, 2008, p.31).

Essa perspectiva decorre de uma história que procurou investigar a complexidade em que se inscrevem os processos culturais, políticos, educacionais e sociais na contemporaneidade e que se configuram como processos híbridos.

Para Matos e Paiva (2007) o conceito de hibridismo permite vislumbrar novas perspectivas de análise para a compreensão dos processos de reconhecimento, de legitimação, de interpretação e de apropriação das políticas curriculares nas diferentes instâncias pelas quais transitam até à sua efetiva

implementação na instância da prática. É preciso considerar, entretanto, que sua utilização oferece oportunidades, riscos, ambivalências e possibilidades.

Assim concordamos com Silva (1996) que uma história do currículo não pode deixar de tentar descobrir quais conhecimentos, valores eram considerados como verdadeiros e legítimos e de que forma essa validade e legitimidade foram estabelecidas numa determinada época.

Pode-se afirmar que a história do currículo não significa uma descrição estática e linear do passado, e não retrata apenas o pensamento curricular, há uma dinâmica social no processo de construção do currículo. Passa por transformações, rupturas, ambigüidades, e que influenciam conseqüentemente na formação de sujeitos, na produção de identidades. Nesse sentido cada momento histórico tem uma forma de se expressar.

Percebe-se que o campo do currículo no Brasil é um campo de múltiplas influências e tendências, contribuindo para uma multiplicidade de definições do campo do currículo.

Embora objetivássemos estabelecer nesse capítulo uma trajetória da história do pensamento curricular, compreendemos que não há uma evolução conceitual linear na passagem dos anos e décadas. Nesse sentido concordamos com Julia (2002), quando problematiza que a “história é um saber cumulativo, no qual nunca partimos do zero” (p.37). Da mesma forma as leituras apresentadas pelos estudiosos do campo do currículo são as mais diversas, revelando os diferentes olhares e recontextualizações sobre a construção histórica do currículo. Dessa forma, há diferentes focos epistemológicos e significados em campos que traduzem ambigüidades, contradições e convicções.

2.2.1 A Disciplinarização e o Conhecimento Especializado

O modelo curricular que se instalou nos últimos séculos foi à lógica da organização curricular *disciplinar*, fortalecida por uma visão de ciência fragmentada, focada no controle e domínio do conhecimento. Para James Beane (2003) a abordagem curricular por disciplinas deriva “da época histórica na qual o propósito das escolas era quase exclusivamente preparar os jovens para entrarem no mundo erudito das universidades” (p.92). Salienta Beane (1997) que as disciplinas representavam mais um *fim* do que um *meio* para a educação.

A organização do conhecimento disciplinar, de acordo com Torres Santomé (1998), esteve historicamente vinculada à transformação social dos países mais desenvolvidos. Um dos adventos foi a expansão da industrialização que conseqüentemente demandou um novo perfil de cidadão /trabalhador, ou seja, a necessidade de formação de um sujeito cada vez mais especializado. As posições políticas e instituições formadoras, por sua vez, produziam currículos como produto atemporal e anistórico na perspectiva do perfil encomendado, revelador de uma idéia de homem, mundo e sociedade. Uma sociedade concebida como funcionalista, homogênea, e universal.

Assim a concepção de conhecimento foi compreendida como um possível saber territorializado e de regulação da transmissão do conhecimento, cujo objetivo está em promover cidadãos de acordo com as necessidades de mercado. Tal análise remete-nos para uma concepção de currículo como um território organizado e de racionalidade técnica e científica.

Nesse ponto de vista o conceito e a estrutura da disciplina, se desenhavam e delimitavam como “um território de trabalho, de concentrar a pesquisa e as experiências dentro de um determinado ângulo de visão. Daí que cada disciplina

nos oferece uma imagem particular da realidade, isto é, daquela parte que entra no ângulo de seu objetivo (TORRES SANTOMÉ, 1998, p.55). A disciplina é, portanto fruto de um processo social, de relações entre o saber e o poder, pois o currículo é eminentemente “um campo de políticas culturais, terreno de acordos e conflitos em torno da legitimação ou não de diferentes saberes, capaz de contribuir na formação de identidades individuais e sociais” (LOPES, 1999, p.18). Entendendo que esta formação não se dá de forma passiva e submissa, há resistências, embates, transgressões. Atua sobre valores, pensamentos, culturas e vivências.

Goodson (1997) é categórico em enfatizar que a organização do ensino em disciplinas representa uma fragmentação e uma internalização das lutas pela estatização da educação. “A fragmentação, porque os conflitos surgem de uma série de disciplinas compartimentalizadas, (..) os conflitos surgem não só dentro da escola, mas dentro dos limites da disciplina (GOODSON, 1997, p. 34).

No Ensino Superior o conhecimento disciplinar é gerador da especialização, e essencialmente da fragmentação da formação. Dessa forma, Pereira (2002) destaca que sob a influência da concepção racionalista do conhecimento, a idéia de universidade se reduziu na responsabilidade de entregar o profissional pronto para o mercado com ênfase na especialização.

Para Pereira (2011) a instituição de educação superior está diretamente ligada ao seu propósito, ao seu pensar, a sua finalidade. A autora traz uma reflexão sobre o emaranhado de instituições que temos hoje denominado de universidade, com diferentes objetivos:

Profissionalização tecnológica; atendimento ao mercado; atendimento a específicas necessidades da sociedade ou de grupos empresariais; vínculos com direções políticas ou religiosas; treinamento e habilitação de profissionais específicos como nas universidades corporativas; favorecimento de educação pós-

secundária; desenvolvimento de pesquisa voltada para o mercado. Há, ainda, instituições (poucas) que objetivam a formação de um profissional-cidadão e o desenvolvimento de pesquisa básica (p.219-220).

Assim predomina os currículos, cada vez mais profissionalizantes, “tem levado a universidade a perder a noção de *academia* como lugar da busca do conhecimento por excelência e da livre discussão de idéias” (PEREIRA, 2007, p.10)

Nos currículos universitários além de predominar historicamente a lógica disciplinar é representada dentro de um modelo de *grade*. Para Anastasiou (2010) esse modelo de organização estruturado em grade, remonta ao período do reinado napoleônico, que propõe:

um conjunto de disciplinas organizadas num ciclo básico e um outro profissionalizante, deixando o estágio para o final do curso, revelando o princípio dominante da época, que separava teoria e prática e colocava a primeira como base para a segunda (p.182).

A permanência da grade curricular nas instituições de Educação Superior retratam a ideia de que estruturar o currículo em grade pareça ser a única forma possível, ou o único modelo desejável de organizar o currículo. Como expressaria Ludwick Fleck (1986), se estabeleceu nesse contexto um *estilo de pensamento* rígido, ou ainda no sentido de Bourdieu (1981), um *habitus* incorporado pelo indivíduo, e que por sua vez, gera e estrutura sua prática e sua representação social.

Outro elemento que está caracterizado nessa representação de modelo de grade é o ilusionismo da estabilidade do conhecimento, reduzindo o campo de lutas e conflitos que geram as mudanças curriculares. Assim o sistema de organização disciplinar representado no modelo de grade implica além da

compartimentalização do conhecimento, na divisão de horários, carga horária, admissão de professores em áreas específicas. Dessa forma,

enclausurados dentro de cada micro-disciplina, os debates mais vastos sobre os objetivos sociais do ensino tendem a ser travados de forma isolada e segmentada (e, sem dúvida, sedimentada) entre os diferentes níveis e domínios é uma busca ilusória: a estabilidade e a conservação continuam, assim, a ser resultado mais provável da estruturação do ensino, no qual as disciplinas constituem um ingrediente crucial (GOODSON, 1997, p.32).

Porém, compreendemos que a disciplina institucionalizada faz parte de uma estrutura ampla que incorpora e define os objetivos e possibilidades sociais do ensino, e que ultrapassam as grades curriculares. Como expressa Goodson (1997) “é preciso, por isso, começar a olhar a disciplina como um bloco num mosaico cuidadosamente construído” (p.31). Pois, não se trata de um esquema neutro ou burocrático, mas de uma lógica intencionalizada.

Portanto, as disciplinas não se estabelecem no currículo de maneira pacífica. De acordo com Souza Junior e Galvão (2005) “guardam relações conflituosas com as teorizações acadêmicas e as recomendações oficiais, ora acatando-as, ora resistindo a elas, ora reformando-as ou deformando-as” (p.396) Remontam à disputa do conhecimento, sobre quais disciplinas deveriam ser priorizadas num currículo e quais deveriam ser extintas, quais são as mais importantes e quais são de menos valor.

Para Torres Santomé (1998) a organização disciplinar é a lógica mais clássica de organizar o conteúdo, sustenta a ideia de uma organização do trabalho pedagógico inflexível e na maioria das vezes de uma forma arbitrária, configurando-se num currículo linear-disciplinar. Favorece, portanto, a propagação

de uma cultura da objetividade e da neutralidade, ignorando por sua vez as dimensões conflituosas da realidade.

O mesmo autor relaciona o conhecimento disciplinar a “um conjunto de estruturas abstratas e a leis intrínsecas que permitem classificações particulares de conceitos, problemas, dados e procedimentos de verificação de acordo com modelos de coerências assumidos (p.103). Portanto, o currículo por disciplinas tem uma razão organizativa.

Nesse sentido Bernstein (1996) se preocupou com as relações estruturais entre os diferentes conhecimentos que fazem parte do currículo, ou seja, como o currículo está estruturalmente organizado. Em seus estudos distinguiu dois tipos de organização do currículo: o *currículo tipo coleção* e o *currículo integrado*,

no currículo tipo coleção, as áreas e campos de conhecimento são mantidos fortemente isolados e separados. Não há permeabilidade entre as diferentes áreas de conhecimento. No currículo integrado por sua vez, as distinções entre as diferentes áreas de conhecimento são menos nítidas muito menos marcadas. A organização do currículo obedece a um princípio abrangente ao qual se subordinam todas as áreas que o compõem (SILVA, 2001, p.72).

Para expressar o grau de isolamento e separação entre as várias áreas de conhecimento no currículo, Bernstein utilizou o termo de *classificação*, para descrever as relações de poder e controle do processo ensino aprendizagem. Além, do termo *classificação*, empregou o conceito de *enquadramento* referindo-se ao descrever as relações de poder e controle que influenciam o *como* é conduzido o processo ensino/aprendizagem. Embora o termo *poder e controle* estejam interligados Bernstein distingue que, o poder está diretamente relacionado com a *classificação*. A *classificação* permite dizer o que é legítimo e o que não é legítimo no currículo. Enquanto, o controle, relaciona-se com o *enquadramento*,

pois se preocupa com a *forma* que será transmitida no currículo. Em relação ao conceito de classificação e enquadramento Silva (2001) exemplifica as variações dos níveis de poder e controle:

quanto maior o isolamento, maior a classificação. A classificação é uma questão de fronteiras. A classificação responde, basicamente, à questão: que coisas podem ficar juntas? Um currículo do tipo tradicional, marcadamente organizado em torno de disciplinas acadêmicas tradicionais, seria, no jargão de Bernstein, fortemente classificado. Um currículo interdisciplinar, em contraste, seria fracamente classificado. (...) Quanto maior o controle do processo de transmissão por parte do professor, maior o enquadramento. Assim, o ensino tradicional tem um forte enquadramento, enquanto o ensino centrado no aluno é fracamente enquadrado (p.72-73).

Assim, Bernstein (1996) destaca que uma organização curricular disciplinar, denominado por ele, como currículo coleção, as áreas e campos de conhecimento são mantidos fortemente isolados e separados, o que caracteriza sua forte classificação.

Essas características vêm ao encontro das principais críticas em relação ao currículo organizado por disciplinas isoladas e a concepção tradicional de ensino aprendizagem que a envolve. Torres Santomé (1998) apresenta diversos argumentos que sustentam essas críticas, entre elas destacamos alguns:

- a) Pouca atenção aos interesses dos estudantes sem considerar a experiência prévia dos estudantes;
- b) Não estimula a pesquisa autônoma, atividade crítica e nem as perguntas mais vitais, que estimule a curiosidade intelectual “pois as mesmas não podem ser confinadas dentro dos limites das áreas disciplinares (p.110)”;
- c) Inibição das relações pessoais entre estudantes e professores;

- d) Dificuldades de aprendizagem provenientes de horários determinados em blocos de 45 ou 50 minutos. Os estudantes não identificam as ligações que possam existir entre as diferentes disciplinas;
- e) Ênfase ao trabalho memorístico “é preciso fazer um esforço enorme para memorizar tanto volume de informação. As demais capacidades intelectuais mal são estimuladas (p.111)”;
- f) Influência da indústria dos livros-texto com ênfase em conteúdos mais gerais, desconsiderando o meio sócio-cultural e ambiental, e atenção aos problemas locais.
- g) Limitação docente, carentes de autonomia, refém dos livros-texto. Como explicita Torres Santomé (1998), o docente é uma figura totalmente oposta à proposta a um docente pesquisador, ou seja:

capaz de diagnosticar o que se sucede nas salas de aula, de tomar decisões necessárias, de oferecer uma ampla variedade de recursos didáticos, de avaliar adequadamente tanto o projeto como o desenvolvimento de qualquer currículo (p.111).

As críticas apresentadas por Torres Santomé (1998) retratam elementos pedagógicos e psicológicos que estão vinculados a lógica da organização curricular disciplinar. Esses aspectos referem-se aos processos metodológicos de ensino-aprendizagem, a organização do tempo, ao planejamento, a produção dos livros didáticos, as relações interpessoais, a formação de professores, enfim, diversos contextos que englobam a organização do conhecimento.

Mesmo com tantas críticas a forte tradição do currículo disciplinar faz com que se mantenha ainda a sua existência no contexto das instituições educativas em todos os seus níveis de ensino. Nesse sentido Lopes (2008a) traz algumas

questões reflexivas: *porque ainda somos tão disciplinares? Por que ainda investigamos as disciplinas? Por que ainda nos organizamos disciplinarmente?* Reflexões estas que revelam a persistência dessa organização nos contextos formais e informais.

É um campo de conquista de legitimidade o que determina o apego às disciplinas e a sua organização. Para Lopes (2008) a persistência do modelo disciplinar pode ser “compreendida como decorrente de sua utilização como instrumento de organização e de controle, independentemente do discurso de articulação” (p.58).

Considerando essas reflexões, o currículo centrado em disciplinas continua sendo um dos arranjos curriculares questionados pela história do currículo. Então, estaríamos vivenciando o fim das disciplinas, uma vez que o conhecimento pode ser organizado de outras formas? Difícil de responder, quando Lopes (1999, 2001, 2007, 2008) faz a distinção entre as disciplinas escolares, acadêmicas e científicas caracterizando que a própria organização curricular disciplinar tem configurações, processos históricos e finalidades sociais distintas. Dessa forma entende-se que o currículo disciplinar necessita ser apresentado como provisório, num processo de reconstrução e ressignificação.

2.2.2 Educação geral versus especialização

Compreendemos que o tema integração curricular não se restringe apenas na lógica da organização do conhecimento. Esse debate, em especial no contexto universitário, perpassa também pela perspectiva de interligar saberes de uma formação geral e de uma formação profissionalizante. É o que Boaventura Santos (2008) identifica como uma das crises, com as quais a universidade se defronta. Para o autor há uma crise da hegemonia de duas culturas: de um lado uma cultura de pensamento crítico, conhecimentos científicos e humanísticos, e de outro a

cultura de conhecimentos instrumentais, úteis na formação de mão de obra qualificada exigida pelo desenvolvimento capitalista. Nesse sentido podemos entender que esse embate entre educação geral e formação profissionalizante pode ter contribuído com a descaracterização intelectual da universidade e a segmentação do sistema universitário.

O tema educação geral é polêmico e fonte de resistência, pois a cultura profissionalizante e a formação precocemente especializada predominaram historicamente à academia.

O perfil desse profissional especializado pode ser exemplificado em nosso cotidiano, como descreve Santos Filho (2007):

esses futuros profissionais poderão ser muito capazes de criar técnicas para torturar sem matar, de construir pontes ou prédios precários para lucrar mais, de aplicar a letra da lei para fazer injustiça porque passaram pela universidade sem oportunidade para refletir sobre a dignidade da pessoa humana, a prioridade da qualidade de vida sobre o mercado, os problemas éticos e axiológicos, a responsabilidade social da profissão (SANTOS FILHO, 2007, p.19).

Dessa forma encontramos currículos voltados essencialmente para os saberes especializados, desprezando a importância de uma educação mais ampla e geral e a sua contribuição para a formação profissional. A partir desse cenário partimos do pressuposto de que há resistências e certo desconhecimento no que se refere ao conceito histórico, e objetivos da educação geral no contexto universitário.

Identificamos nos estudos de Pereira (2007) que além do termo *educação geral* defendido como base curricular em algumas universidades, outras nomenclaturas são empregadas, na perspectiva de oferecer conhecimento geral e habilidades intelectuais. Entre elas estão: *educação liberal e artes liberais*. A partir

da análise histórica desses três termos a mesma autora traz algumas distinções de cada terminologia:

Artes Liberais: é um termo que nos remete historicamente à base de conhecimentos estabelecida na Idade Média como o conhecimento necessário a um homem educado. Pela análise histórica sobre o currículo desse tempo, sabemos que era formado por sete disciplinas, conhecida como as Sete Artes Liberais e divididas em *trivium e quadrivium* (PEREIRA, 2007, p.66-67).

Educação Liberal: o termo Educação Liberal é hoje mais frequentemente utilizado para indicar a ênfase da filosofia de educação de uma instituição universitária que, por essa indicação, informa qual sua ênfase curricular (PEREIRA, 2007, p.67).

Educação Geral: esse termo tem sido utilizado para informar o entendimento sobre a parte comum do currículo, oferecida a todos os estudantes como aspecto prévio e primordial do desenvolvimento intelectual, que os prepara para ações cívicas e para a aquisição das competências profissionais. A educação geral é tida ainda, como a preparação mais necessária para uma vida de contínua aprendizagem, pois oferece uma formação conceitual e não uma formação prática utilitarista (PEREIRA, 2007, p.67).

Em relação ao objetivo geral da educação Santos Filho (2007) faz um recorte histórico trazendo os apontamentos do relatório de Harvard Report (1945) que consiste em:

oferecer um senso crítico geral aos jovens pelo qual possam reconhecer uma pessoa competente em qualquer área. Em termos mais específicos, a educação geral visa o desenvolvimento das seguintes habilidades no estudante: pensar efetivamente comunicar o pensamento, fazer julgamentos relevantes e discriminar valores (SANTOS FILHO, 2007, p.21-22).

Nessa concepção a formação geral é compreendida como uma parte da educação global do estudante, que considera sua vida como ser humano e cidadão responsável. Entretanto, o autor sinaliza que não foram poucas as

propostas de educação geral anunciadas no século XX. Santos Filho (2007) destaca em seus estudos as diversas propostas e práticas de educação geral nas principais universidades norte-americanas, (Columbia, Harvard e Chicago), e que merecem ser analisados, entre elas apontamos:

- Requisitos de "distribuição" em três áreas do conhecimento humano: ciências da natureza, ciências sociais e humanidades (Harvard, 1909).
- Curso "survey": Curso "Instituições econômicas e sociais" (Amherst College, 1914).
- Curso: "Civilização contemporânea", na Columbia University, 1919.
- Currículo nuclear obrigatório nas três áreas do conhecimento: Ciências da natureza, ciências sociais e humanidades. Universidade de Chicago, década de 1930.
- Currículo nuclear obrigatório, centrado nos "Great Books" da civilização ocidental (Saint John's College; década de 30 até o presente).
- Currículo da Columbia University: "Civilização contemporânea; Humanidades (Great Books) e Colloquium (para os dois últimos anos da graduação; seletivo; início: década de 30.
- Requisitos de "distribuição" de cursos em três áreas: humanidades, ciências sociais, matemática e ciência (da natureza) (Harvard, 1945).
- Cursos "survey": Civilização contemporânea ocidental, Civilização contemporânea oriental, Humanidades ocidentais, Humanidades orientais; Colloquium (Columbia University, 1977).
- Currículo nuclear da Harvard University (1978), baseados em modo de pensamento: a) Literatura e artes; b) História; c) Análise social e raciocínio moral; d) Ciência; e) Culturas estrangeiras;
- Proposta de Ernest Boyer (1987): a) Linguagem - a conexão crucial; b) Arte - a experiência estética; c) Herança - o passado vivo; d) Instituições - a rede social; e) Ciência - o mundo natural; f) Trabalho - o valor da vocação; g) Identidade - a busca do sentido (p. 48).

Santos Filho (2007) constata ainda que entre as diversas propostas no contexto das universidades norte-americanas, embora com algumas divergências, há um acordo no que seria objetivos de uma educação geral em uma sociedade democrática:

- (1) transmitir às novas gerações o que há de mais válido da herança cultural da humanidade;
- (2) oferecer aos jovens e adultos a possibilidade de compreensão da cultura de seu tempo e de seu país;
- (3) fornecer as bases teóricas dos

principais ramos do saber; (4) fornecer as bases metodológicas dos principais campos do conhecimento; (5) desenvolver nas pessoas habilidades ou competências básicas para o enfrentamento dos desafios do futuro (SANTOS FILHO, 2007, p.27-28).

No Brasil essa concepção de universidade com objetivos voltados para uma educação geral, ultrapassando a visão da mera formação especializada e profissional, nasce com as idéias dos idealizadores e fundadores dos três projetos de Universidades brasileiras: USP, UDF e UnB. Destacam-se educadores renomeados como Anísio Teixeira e Darcy Ribeiro, que propunham à Universidade de Brasília (UnB), uma nova perspectiva de Universidade, de uma formação mais ampla. É relevante lembrar que “os projetos foram descaracterizados e a tradição profissional, com dependência burocrática do Estado e visão utilitária, continuou prevalecendo a exemplo do que Napoleão implementou nas universidades francesas” (PEREIRA, 2007, p.83).

Na área médica, embora a UnB já tivesse, em seu projeto original, uma grande influência do modelo biomédico, os educadores ajustaram a proposta para uma perspectiva menos especializada, com programas de ensino baseados em ciclos de formação geral, organizada em grandes áreas do conhecimento (ALMEIDA FILHO, 2008). Porém, com a intervenção do regime militar, culminando na demissão da maioria dos educadores e pesquisadores, acabou-se firmando na proposta curricular vigente, ou seja, o modelo francês.

Para muitos estudiosos superar a lógica especialista predominante no contexto universitário atual, é ainda um grande desafio, pois como afirma Almeida Filho (2008), o que temos ainda é uma mistura de modelos acadêmicos na educação superior. O autor chama atenção que,

esse período de formação geral foi perdido. Não mantivemos a formação geral do Liceu, nem conseguimos realizar uma reforma universitária que tenha logrado trazer para dentro da universidade a necessária formação cultural humanística (ALMEIDA FILHO, 2008, p.164).

Assim, identificamos que a ênfase dos currículos no Ensino Superior brasileiro ainda prevalece princípios de uma cultura empresarial, técnica e profissionalizante voltada para lógica de treinar competências e habilidades. Por outro lado temos algumas iniciativas que procuram superar a dicotomia entre uma educação geral e a especialização, visando uma formação mais ampla de cidadão profissional. É o caso, por exemplo, da proposta da Universidade Federal da Bahia – UFBA, denominada *Universidade Nova*, que procurou modificar a arquitetura acadêmica. Esta estrutura curricular compreende a implantação de regime de ciclos, sendo que o “primeiro ciclo propicia formação universitária geral em uma nova modalidade de cursos chamada Bacharelado Interdisciplinar (BI)” (ALMEIDA FILHO, 2008, p142-143). O Bacharelado Interdisciplinar, como pré-requisito para progressão aos ciclos de formação profissional, agrega, portanto uma formação geral humanística, científica e artística. Segundo Almeida Filho (2008) o objetivo do Bacharelado Interdisciplinar é

“promover o desenvolvimento de competências e habilidades que possibilitarão ao egresso a aquisição de ferramentas cognitivas que conferem autonomia para a aprendizagem ao longo da vida, bem como uma inserção mais plena na vida social, em todas as suas dimensões” (p.143).

Um dos desafios desta proposta está em introduzir temas relevantes da cultura contemporânea e possibilitando uma maior mobilidade e flexibilização curricular.

No campo da saúde, esse debate ainda é incipiente. Historicamente seus currículos não contemplavam uma educação geral, tampouco uma formação geral na área da saúde, pois a ênfase curricular voltou-se para as especialidades da profissão. O que podemos constatar nesse trabalho, em relação área médica, que o processo histórico levou à expansão de uma medicina especializada. Conseqüentemente uma progressiva redução da procura pela medicina geral. Esse aspecto é evidenciado,

tanto por parte da população, que depositava maior confiança na capacidade técnica do especialista, como por parte dos próprios profissionais, que viam na especialização uma possibilidade maior de solução de problemas de saúde e, com isto, o logro de maior prestígio social e melhores ganhos (FERREIRA, 2006a, p.41).

Ademais, constata-se que as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de graduação têm contribuído para que as mudanças curriculares foquem um novo perfil profissional. Esse perfil, que será discutido mais adiante, visa uma formação geral com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania. Porém, não se trata de uma perspectiva de formação de educação geral.

2.3 POSSIBILIDADES DE INTEGRAR O CURRÍCULO

Não são poucas as possibilidades de integrar um currículo, como veremos adiante há muitas interfaces nessa integração. Porém, consideramos relevante destacar na história do currículo três matrizes do pensamento educacional que se evidenciam no campo da saúde: a) currículo por competências; b) a organização curricular em módulos; c) perspectiva do currículo espiral. Todas as três enfatizam de alguma forma e grau a integração curricular, porém cada qual possui uma organização de conhecimento com finalidades sociais e princípios de seleção

distintos. Também fica evidenciada a relação com as diferentes formas de compreensão das disciplinas ou a lógica à qual estas estão submetidas.

2.3.1 Currículo por Competência

O termo competência é polêmico e se constituiu historicamente por vários significados, campos de atuação e níveis de modalidades de ensino. No Brasil, o currículo por competência, surge nos anos de 1970 após o fortalecimento da pedagogia por objetivos, que fundamentou o tecnicismo. Para Dias (2002) o ensino por competências se estabeleceu primeiramente nos programas de formação de professores e posteriormente se estendeu a outras áreas com forte ênfase nos processos de instrumentalização em detrimento aos processos de formação humana.

Atualmente o termo competência aparece explicitamente nos textos oficiais e na legislação de diversas modalidades e níveis de ensino no Brasil. Passou a ser uma referência no ensino principalmente, a partir dos Parâmetros Curriculares Nacionais (1999), das Diretrizes Nacionais do Ensino Médio (1998), e das Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico (1999). Nos anos de 2000, ficou evidenciada nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação, e em especial nos cursos da área da saúde, e conseqüentemente tem estado no centro das reformas curriculares.

No caso do Ensino Técnico, Ramos (2002), destaca que o currículo baseado em competência parte essencialmente da análise do processo de trabalho, “da qual se constrói uma matriz referencial a ser transposta pedagogicamente para uma organização modular, adotando-se uma abordagem metodológica baseada em projetos ou resolução de problemas” (p.404). Nesse sentido o currículo por competências busca integrar os saberes na ação.

Em relação ao Ensino Médio, Penin (2001), enfatiza que a proposta questiona um currículo enciclopédico. Prioriza “os conhecimentos e as competências mais gerais, que servirão tanto para a inserção dos jovens no mundo do trabalho de forma cidadã, quanto para uma continuidade nos estudos de maneira mais consistente” (p.43).

Andrade e Bagnato (2010) apontam que as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação na área da Saúde têm eixos comuns, relacionados a competências e habilidades gerais como: *atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente* que serão requeridos para o exercício de cada profissão. Destacam as autoras que os cursos de saúde precisam favorecer a articulação dos conhecimentos, para isto precisam:

adequar sua abordagem pedagógica; proporcionar aprendizagens a partir de metodologias ativas desenvolvendo-se em múltiplos cenários de prática; trabalhar em equipes multiprofissionais; promover atividades práticas ao longo de todo o curso em todos os níveis, baixa, média e alta complexidade, diversificando campos de ensino-aprendizagem; formar profissionais com o perfil que atenda as necessidades do SUS na perspectiva de currículo integrado (ANDRADE; BAGNATO, 2010, p. 37).

Chama-nos a atenção a diversidade de conceitos e abrangências na definição da proposta curricular por competência. Rodrigues e Bagnato (2003) registram que a noção de competência tem raízes, num primeiro momento, de correntes da psicologia e “posteriormente pelo mundo empresarial que vê nesta noção a possibilidade de formar o novo trabalhador necessário para o mundo do trabalho em sucessivas mudanças (p.01).

Como afirma Ramos (2002):

a competência expressaria coerentemente essa dimensão, pois, sendo uma noção originária da psicologia, ela chamaria a atenção para os atributos subjetivos mobilizados no trabalho, sob a forma de capacidades cognitivas, socioafetivas e psicomotoras (p.402).

Uma das compreensões é que a competência pode ser vista como um dos elementos-chave para a formação e profissionalização de indivíduos que devem ser capazes de mobilizar, na ação e em tempo real, os diferentes elementos que compõem o repertório de conhecimentos, saberes e habilidades próprias de um campo profissional. Nesta perspectiva as competências “constituem-se na articulação e mobilização dos saberes por esses esquemas mentais, ao passo que as habilidades permitem que as competências sejam colocadas em ação (RAMOS, 2002, p.408). O foco desta proposta curricular está na definição de conhecimentos identificados com a ação que deve ser realizada pelo estudante com vistas a um resultado específico. Pode-se, então, concluir “que a noção de competência, enquanto princípio de organização curricular insiste na atribuição do “valor de uso” de cada conhecimento” (COSTA, 2005, p.53).

Para STROOBANTS, (2002) apud COSTA (2005) a competência pode ser definida em função do trio: saberes, saber-fazer e saber-ser. O saber está relacionado ao conhecimento, no seu sentido amplo. O saber-fazer designa as funções adquiridas na prática: as tarefas, as regras, os procedimentos e as informações da situação em andamento. O saber-ser engloba qualidades pessoais como ordem, método, precisão, rigor, iniciativa, polidez, autonomia, adaptabilidade. Alguns autores também acrescentam um quarto pilar, o saber-conviver, conviver coletivamente, saber conviver com colegas, professores, profissionais.

Assim a noção de competências expressa diferentes visões teóricas que estão ancoradas em diversas matrizes epistemológicas, exprimindo interesses,

expectativas e aspirações dos diferentes sujeitos coletivos, que buscam a hegemonia de seus projetos políticos (DELUIZ, 2001).

Nesse sentido vários atores tem apresentado classificações, categorizações dos principais conceitos e vertentes epistemológicas relacionado a compreensão do currículo por competências.

Para Macedo (2002) a noção de competência no discurso oficial reúne diferentes tendências e orientações teórico-metodológicas. A autora destaca que as Diretrizes mesclam pelo menos duas das tradições pedagógicas modernas:

uma, originária da obra de Piaget e da concepção hegemônica na reforma curricular francesa, divulgada no Brasil pelos trabalhos de Perrenoud; a outra, de forma não muito clara, mas predominante, oriunda da tradição americana da eficiência social e de cunho comportamental, sobretudo com relação às finalidades sociais da escolarização, articulando conhecimento e mercado (MATOS e PAIVA, 2009, p.06).

Do ponto de vista da análise do trabalho Ramos (2008) sintetiza que as competências se originam de três matrizes principais: a *condutivista*, a *funcionalista* e a *construtivista*. Para a autora a matriz *condutivista* compreende a competência como uma habilidade “que descreve o que a pessoa pode fazer” (p.120). Já a análise *funcional* se origina no pensamento funcionalista da sociologia. Nesta perspectiva estabelece uma relação entre resultados e habilidades, conhecimentos e atitudes. Esta matriz é apontada pela autora como a concepção adotada pelo Ministério da Educação nos Referenciais Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico.

A terceira matriz refere-se à perspectiva *construtivista*, desenvolvida por Bertand Schwartz. “Nela, as competências não são deduzidas somente a partir da função ocupacional, mas concedem igual importância à pessoa, aos seus objetivos e às suas possibilidades” (RAMOS, 2008, p.121).

Entendemos que com o passar do tempo o currículo por competência substituiu a pedagogia por objetivos, porém permanecendo a mesma lógica, o da racionalidade do conhecimento. Portanto, a noção de competências é uma construção social e alvo de disputas políticas em torno do seu significado social.

Assim, inúmeras críticas e preocupações estão presentes no contexto educativo: “colocar o conhecimento em função da competência pode resultar numa lógica reducionista, em que o mesmo é interpretado como um meio de treinamento e execução de tarefas (COSTA, 2005, p. 61). Outro aspecto é a predominância dada ao desempenho na lógica da eficiência social e eficácia, marcado pela concepção eficientista de Franklin Bobbit, Ralph Tyler e Werret Charters, que vê a formação do sujeito como produto a ser alcançado através da proposição de objetivos. Seus principais dispositivos curriculares são as técnicas e o planejamento de ensino. Para Bernstein (1996) as teorias da competência expressa uma concepção instrumental e mecanicista, não considerando a dimensão histórica, cultural e crítica.

Propor uma organização curricular por competência pressupõe, portanto, uma análise crítica das concepções que reinterpretem o currículo, pois estão subjacentes os seus fundamentos, suas bases. Dessa forma ao problematizarmos esse tema nesse estudo, identificamos que há elementos questionáveis como o discurso da eficácia e qualidade científica, que se pautam por uma reorientação do currículo na relação com o mercado.

Outro aspecto relevante nessa temática é identificar quais seriam estas competências gerais de um profissional médico? Domingues, Amaral e Zeferino (2008) apontam alguns estudos de entidades internacionais como a Association of American Medical Colleges (AAMC), que apresenta em seu projeto, denominado Medical School Objectives Project (MSOP), as principais características que um médico deve ter. Outro projeto denominado Out-come Project, citado pelos

autores, foi realizado pela Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), que identificou seis competências gerais, a saber:

- 1) Cuidado com o paciente;
- 2) Conhecimento médico;
- 3) Aprendizagem e melhoria baseada na prática;
- 4) Habilidades interpessoais e de comunicação;
- 5) Profissionalismo;
- 6) Prática baseada em sistemas.

Entendemos que as competências de um profissional são elementos dinamizadores no seu processo de formação, portanto, fazem parte da intencionalidade de um currículo formal.

2.3.2 Currículo Modular

A organização curricular modular tornou-se conhecida nas escolas de ensino técnico, principalmente na área da saúde, a partir de dispositivos legais como o Decreto Federal Nº 2.208, de 17 de abril de 1997 que preconiza em seu Artigo 8º que “os currículos do ensino técnico serão estruturados em disciplinas, que poderão ser agrupadas sob a forma de módulos”. Em 1999 as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico da área da Saúde, abordou os aspectos sobre a finalidade da proposta de módulos curriculares, defendendo que a organização modular: “pode ser o caminho para alcançar esse universo de heterogeneidades sem desviar-se do objetivo final do ensino técnico que é a habilitação profissional para uma dada realidade de mercado de trabalho” (BRASIL, 1999, p.16).

Ramos (2002) afirma que as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico recomendam que os currículos “sejam modulares, permitindo aos trabalhadores a construção de seus próprios itinerários de formação, assim como prevêm mecanismos de avaliação, que possam certificar competências adquiridas pela experiência profissional” (p.406).

Ainda de acordo com o parecer CNE/CEB Nº 16/99 “módulo é um conjunto didático-pedagógico sistematicamente organizado para o desenvolvimento de competências profissionais significativas” (BRASIL, 1999, p.27). Nessa modalidade de ensino os módulos foram entendidos como um conjunto de disciplinas que são estruturados pedagogicamente, com objetivo de estabelecer relações de forma mais significativa no processo ensino aprendizagem, e garantir a relação entre teoria e prática no campo profissionalizante.

Porém, a organização curricular modular não se restringiu apenas ao campo do Ensino Técnico, outras experiências ao longo das últimas décadas se desenvolveram na Educação Superior, em especial na área da saúde. Algumas das experiências são narradas no livro “o currículo integrado do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: do sonho à realidade”, que ressalta o processo histórico do curso e sua trajetória na construção de um currículo integrado. Para as autoras, fundamentadas em Assad (1999), conceituam que módulos interdisciplinares são:

organizações didático-pedagógicas que se caracterizam por atividades interdisciplinares que buscam desenvolver competências através da inter-relação de conceitos e organização de atividades que assegurem a aprendizagem significativa através de estratégias metodológicas problematizadoras” (DELLAROZA; VANNUCHI, 2005, p. 87).

Nessa perspectiva a organização modular não pode ser concebida apenas como uma justaposição de disciplinas, mas requer estudos e planejamentos

coletivos, metodologias em recíprocas integrações. Para Gimeno Sacristán (2000) “o formato do currículo é substancial na configuração do currículo, derivando-se dele importantes repercussões na prática” (p.76).

O currículo modular está organizado a partir de princípios estruturantes que visam à articulação de componentes curriculares, atividades metodológicas e instrumentos avaliativos, propondo objetivos comuns. Identificamos que nas propostas e nos documentos legais para o Ensino Técnico são explicitados os princípios da flexibilidade, interdisciplinaridade e o da contextualização.

Já na proposta de currículo integrado do Curso de graduação de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina- UEL, os princípios estão fundamentados em Romano (1999), o qual aponta três princípios que orientam um currículo integrado: a totalidade, a interdisciplinaridade e a relação teórico -prático.

Além de princípios estabelecidos o desenvolvimento curricular modular, por sua vez, exige sistematização das ações articuladas, ou seja, necessitam de planejamento permanente, gestão e avaliação do processo com os profissionais envolvidos em cada módulo. Nesse sentido os módulos podem ser organizados em unidades temáticas ou projetos para impulsionar a integração das áreas do conhecimento e das atividades propostas. Gimeno Sacristán (2000) relaciona alguns aspectos sobre as unidades modulares:

as unidades modulares são agrupamentos conjunturais de conveniência, é preciso que a programação do próprio professor esclareça sua estrutura interna, para ordenar sua aprendizagem, explicitar a dependência interna entre componentes, conceitos etc., ponderar a importância de todos esses elementos, atender a todos e as relações entre os mesmos, podendo acompanhar a aprendizagem do aluno (p.302).

Em relação à integração das áreas do conhecimento, entendemos que há uma ampliação na dimensão do conhecimento, como menciona Penin (2001), “se

nem as disciplinas têm limite, muito menos as áreas” (p. 43). Torres Santomé (2000) fundamentado em King e Brownell (1976) resume que uma área de conhecimento:

é a expressão de uma certa capacidade de *criação* humana, dentro de um determinado território especializado ou em facetas fronteiriças entre vários deles, cuja dinâmica se mantém seguindo certos princípios metodológicos, mas que também se alimenta de impulsos imaginativos, súbitos e oportunos (TORRES SANTOMÉ, 2000, p. 68).

A lógica da organização modular poderá integrar os saberes tanto horizontalmente como verticalmente. No campo da saúde essa integração pressupõe a articulação entre básico e clínico; teoria e prática; ensino, pesquisa e comunidade; ensino e serviços.

Dellaroza e Vannuchi (2005), referindo-se a proposta de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina- UEL explicitam que os módulos estão subdivididos em “unidades, destacando as áreas de conhecimento, o propósito geral e a carga horária de cada módulo, os conceitos-chave, as árvores temáticas, desempenhos e habilidades” (p.89) para facilitar a integração nos módulos buscando a sustentabilidade do perfil do egresso.

Concordamos com Ramos (2008) quando define que o currículo integrado “organiza o conhecimento e desenvolve o processo de ensino-aprendizagem de forma que os conceitos sejam apreendidos como sistema de relações de uma totalidade concreta que se pretende explicar/compreender” (p.117-118). A autora enfatiza que no currículo integrado os conhecimentos de formação geral e específicos para o exercício profissional também se integram, ampliando assim a dimensão do perfil profissional.

Gimeno Sacristán (2000) embora ressalte que toda organização curricular é uma construção social, e implica seleção e escolhas, se posiciona que a

organização modular pode superar as fronteiras dos conhecimentos especializados, pois “reforça a idéia de uma aprendizagem mais integrada, opondo-se a organização de “meros retalhos de saberes justapostos” (1998, p.299). Assim defende a organização curricular modular, por oferecer algumas vantagens organizativas, no que se refere ao planejamento e no aspecto do processo ensino- aprendizagem. Para o autor “a escolha de módulos deve estar condicionada por sua capacidade para estimular o aluno e por sua pertinência para integrar conteúdos” (p. 300). Entre as vantagens que o autor menciona sobre o ensino modular destacamos a:

- maior coerência entre os conteúdos ao vê-los relacionados com determinados núcleos do saber;
- permite estabelecer relações entre conteúdos diversos;
- exige conexões entre especialistas quando se trata de um nível que exige competências científicas mais elaboradas;
- permite relacionar atividades práticas, habilidades diversas que não costumam depender de conteúdos específicos;
- necessita de atividades metodológicas mais variadas, ativas e integradoras;
- assegura os objetivos da aprendizagem e da avaliação de forma articulada;

Compreendemos que a organização do currículo modular possui características e dinâmicas diferenciadas, assim como princípios e finalidades que fundamentam suas propostas. Porém, a organização modular pode ser uma das alternativas que se aproxima da concepção curricular integrada, pois procura enfatizar a integração em diversos aspectos, usando assim diversas estratégias que possam mobilizar essa integração.

2.3.3 Currículo Espiral

O psicólogo norte americano Jerome Bruner tornou-se uma referência na área da educação, quando participou ativamente do movimento de reforma curricular na década de 60, nos EUA. Bruner, um dos teóricos do construtivismo, acentua o caráter contextual social e cultural no processo de desenvolvimento e de formação humana, e defende que o aprendizado é um processo ativo do sujeito, construtor de sua própria aprendizagem. Já o professor torna-se elemento desafiador e não um fornecedor de respostas.

O currículo na sua teoria deve ser trabalhado no *modelo espiral*, em que o conhecimento é retomado em diferentes momentos e através de diferentes estratégias metodológicas. Acentua o caráter contextual social e cultural no processo de desenvolvimento e da aprendizagem humana. Uma de suas principais obras, que se tornou uma das referências das reformas curriculares nas décadas de 1960, 1970 e 1980, foi o livro *The Process of Education*, escrita na sequência das Conferências de Woods Hole, em 1959. O autor traz reflexões importantes a respeito do processo de aprendizagem e de ensino, como: “o que deve ser ensinado, quando e como? Que espécies de pesquisa e investigação devem acompanhar o crescente esforço no planejamento de currículos?” (BRUNER,1973, p. 02).

Nessa obra, Bruner (1973) trabalha a perspectiva da aprendizagem em espiral. Para o autor, “um currículo, à medida que se desenvolve, deve voltar repetidas vezes a essas idéias básicas, elaborando e reelaborando-as, até que o aluno tenha captado inteiramente a sua completa formulação sistemática (p.12)”. Nessa proposta curricular o conteúdo é apresentado primeiro pelos conceitos gerais, e em seguida vai se ramificando de acordo com a complexidade e especificação das informações. Assim, o currículo é constituído por grandes

temas, princípios e valores. Essa proposta curricular estrutura a lógica do conhecimento em níveis crescentes buscando aproximações com a realidade. Por sua vez o currículo em espiral permite que o estudante veja o mesmo tema em diferentes níveis de profundidade e modos de representação, aumentando gradativamente a complexidade das informações. Para o autor,

captar a estrutura da matéria em estudo é compreendê-la de modo que permita relacionar, de maneira significativa, muitas outras coisas com ela. Aprender estrutura, em suma, é aprender como as coisas se relacionam (BRUNER, 1973, p. 07).

Dessa forma Bruner pressupõe: estruturação das disciplinas de ensino; seqüência de apresentação dos conteúdos de ensino; motivação ou predisposição para aprender e o reforço.

Entretanto Lopes (2008) registra que para Bruner o currículo, com base na estrutura das disciplinas, permite que o aluno compreenda de maneira mais significativa fatos, conceitos, e como elas se relacionam. A teoria curricular de Bruner,

é baseada na estrutura das disciplinas, entendendo que cada disciplina tem uma estrutura particular a ser tornada acessível a todos os alunos. Compreender a estrutura da disciplina permite ao aluno compreender como a disciplina trabalha: entender seus problemas, as questões metodológicas e conceituais utilizadas para resolver problemas, no que constitui o conhecimento disciplinar (LOPES, 2008, p.70).

Nessa perspectiva há uma preocupação na profundidade disciplinar, o que faz com que se dê ênfase no desenvolvimento de conhecimentos especializados.

Lopes (2001) afirma:

as disciplinas científicas são constituídas por discursos especializados e delimitam um determinado território

diretamente associado aos mecanismos institucionais da comunidade científica em seu processo de produção do conhecimento. Nesse sentido, as disciplinas têm seu próprio campo intelectual de textos, práticas, regras de ingresso, exames [...]. É por intermédio de um mecanismo disciplinar que as ciências se organizam coletivamente, definem espaços de poder, de alocação de recursos e de reprodução dos métodos e princípios de construção do conhecimento (p.156).

Embora a valorização esteja nas disciplinas, para alguns autores há possibilidades de correlação e integração entre as disciplinas de referências, salientando que os princípios integradores estão no conhecimento científico. Portanto, a integração do currículo espiral se dá a partir do conhecimento de referência. Porém, Lopes (2008) entende que essa concepção de currículo integrado, valorizando as disciplinas individuais e suas inter-relações, pressupõe uma classificação disciplinar.

Destacamos que as duas escolas investigadas têm como evidências a organização curricular modular fundamentada na perspectiva de currículo espiral que veremos nos capítulos posteriores.

2.4 CURRÍCULO INTEGRADO E SUAS INTERFACES

A noção de integração do conhecimento já foi considerada na Antiguidade nas Universidades da Idade Média. As sete artes liberais, que compunham o currículo da Faculdade de Artes, englobavam dois grupos: as artes discursivas do *trivium* que contemplava a gramática, retórica e a dialética, e artes reais do *quadrivium* cuja articulação era com a aritmética, geometria, astronomia e a música, sendo que esses estudos eram considerados preparatórios para as profissões. Santos Filho (2007) observa que esses dois componentes das artes

liberais formavam duas culturas que estavam integradas na formação universitária, porém posteriormente se separaram.

O diálogo dessas duas vertentes de certo modo permaneceu nas universidades norte-americanas. No entanto, a tradição das universidades latinas e latino-americanas seguiu a influência da universidade profissionalizante napoleônica e transferiu para o ensino médio sob a forma de curso colegial clássico e curso colegial científico a antiga tradição das artes liberais da Faculdade de Artes (p.30).

Porém, essa noção de integração do conhecimento, foi se desintegrando resultando na superespecialização. Segundo Abreu (2002) a integração curricular começou a ser criticada no século XIX pela revolução industrial e tecnológica, devido:

à necessidade crescente de especialistas para enfrentar os problemas e objetivos específicos dos novos processos de produção e comercialização. O conhecimento passa a ser fragmentado e especializado, desvalorizando a integração proposta até então e valorizando a integração pelo método científico, eleito como o único método capaz de tal fato (p.35).

Embora a história da integração curricular tivesse início na década de 1920, num período em que “o conceito de integração estava pronto para vir à superfície como uma idéia central no movimento emergente da educação progressista” (BEANE, 1997, p.34), apenas a partir do final dos anos 80 a discussão do currículo integrado voltou a emergir. Entretanto, o termo currículo integrado surge no Brasil no contexto da segunda metade dos anos 90, período em que o discurso oficial acentua reformas educacionais, incorporadas por diversas concepções apontadas pelas organizações internacionais dando enfoque de inovação ou renovação educacional.

2.4.1 A integração curricular via interdisciplinaridade

No contexto de renovação a lógica do conhecimento fragmentado passa a ser objeto de críticas apontando suas fragilidades e limitações e fortalecendo por sua vez a necessidade da integração via interdisciplinaridade. Vale ressaltar que o termo interdisciplinaridade “surge ligado à finalidade de corrigir possíveis erros e a esterilidade acarretada por uma ciência excessivamente compartimentada e sem comunicação interdisciplinar” (TORRES SANTOMÉ, 1998, p.62).

A interdisciplinaridade vem sendo objeto de estudos na Europa há mais de três décadas, tendo como precursor o francês Georges Gusdorf, e difundido no Brasil por Hilton Japiassu (1976) que traz elementos epistemológicos, e por Ivani Fazenda com ênfase aos aspectos pedagógicos, expandindo assim o movimento pedagógico pela interdisciplinaridade. Para esses autores a interdisciplinaridade pode superar a fragmentação do conhecimento e ressalta a importância da presença de profissionais de várias áreas como necessidade intrínseca no desenvolvimento do projeto interdisciplinar. Cabe-nos refletir se a partir da justaposição das partes é possível caracterizar o todo e superar a fragmentação?

Embora a interdisciplinaridade tenha sua origem num período em que grupos ideológicos e políticos lutavam por uma maior democratização da sociedade e ao longo dos anos tenha se destacado no discurso pedagógico, as críticas também predominavam. Entre as críticas destacamos as idéias de Veiga - Neto (1996), que argumenta que a disciplinaridade e a interdisciplinaridade pertencem ao mesmo processo histórico educacional, ou seja, a interdisciplinaridade pertence à mesma racionalidade disciplinar. Nesse aspecto “o conceito de interdisciplinaridade passa então a estar associado à correção de erros e ser interpretado como solução à estrutura compartimentada e fragmentada produzida pela ciência” (ABREU, 2002, p.36).

Entendemos que apesar das críticas a interdisciplinaridade ainda apresenta como uma das principais possibilidades de integrar o conhecimento historicamente fragmentado.

Porém, Richard Pring (1972), chama a atenção que interdisciplinaridade e currículo integrado são propostas diferenciadas. Considera que a interdisciplinaridade é mais apropriada na inter-relação dos diferentes campos do saber, e não implicaria em uma nova estrutura de organização. Já o currículo integrado, teria a necessidade de uma nova lógica de organização, pois, implica em novos desenhos curriculares, tempos e espaços de planejamento, outra dinâmica pedagógica e administrativa.

Complementando essa visão Aires (2011) aponta distinções conceituais entre currículo integrado e interdisciplinaridade em especial ao campo de estudos que estão relacionados. O autor fundamenta-se em Japiassu (1976) e Jantsch e Bianchetti (1995; 2002) e explicita que a *interdisciplinaridade* está mais relacionada à epistemologia das disciplinas científicas e a pesquisa. Trata-se de um processo onde há interatividade entre as disciplinas com o objetivo de restabelecer a unidade do conhecimento, e representa:

um instrumento de crítica interna do saber, buscando superar o isolamento das disciplinas, em relação aos outros domínios da atividade humana e aos diversos setores do próprio saber, como também uma modalidade inovadora que pode superar a distância entre a universidade e a sociedade (AIRES, 2011, p. 218).

Baseado na proposta de Jean Piaget, Japiassu (1976) afirma que a organização disciplinar pode estar estruturada em diferentes níveis de reagrupamentos, níveis e classificações como: o multidisciplinar, o pluridisciplinar, e o interdisciplinar. E acrescenta ainda outro sistema o transdisciplinar.

Já integração curricular, está vinculada a fundamentos teóricos e objetivos sociais progressistas.

Está preocupada em aumentar as possibilidades para a integração pessoal e social através da organização de um currículo em torno de problemas e de questões significativas, identificadas em conjunto por educadores e jovens, independentemente das linhas de demarcação das disciplinas (BEANE, 1997, p.30).

2.4.2 Articulação entre os campos do saber

Lopes (2008) destaca que no Brasil o foco da integração curricular está em diferentes níveis de ensino, com configurações diferenciadas, e cita que no caso do Ensino Fundamental a opção é pelos temas transversais, e no ensino médio a lógica está na interdisciplinaridade. Aponta que as perspectivas epistemológicas e pedagógicas das propostas de currículos integrados podem ser extremamente distintas. Os currículos têm várias formas de definição, com fronteiras mais ou menos nítidas, e em diferentes níveis de hierarquização e de estratificação de poder.

Na Educação Superior a superação da lógica das fronteiras disciplinares vem sendo discutida ao longo dos anos, na perspectiva de articular os campos do saber. Macedo (1999) discute que algumas propostas buscaram articular disciplinas numa perspectiva multidisciplinar, ou seja, um mesmo tema de interesse social pode ser trabalhado por diversas disciplinas, o que exige, nesse processo, um planejamento integrado. Porém, nesse modelo a lógica disciplinar ainda prevalece, pois a tendência é “à valorização de determinados campos do saber, freqüentemente aqueles de maior prestígio social. Dessa forma a integração é prejudicada pelo domínio de uma ou duas disciplinas que passam a subjugar as demais a sua lógica de argumentação” (p.53). Porém, entendemos que numa matriz curricular disciplinar é possível criar mecanismos de integração.

Outro modelo de proposta curricular visa integrar pelas próprias interseções entre os diferentes campos do saber, mas que partilham espaços comuns e o mesmo objeto de estudo, surgindo novas disciplinas acadêmicas. No entanto Macedo (1999) critica essa proposta, pois defende que ainda não ultrapassa o modelo disciplinar, “uma vez que as *interáreas* criadas apresentam-se como novas disciplinas, estabelecendo-se como tal” (p.54).

Entre outras perspectivas a autora defende a proposta idealizada por William Kilpatrick (1918), conhecida na literatura pedagógica como método de projetos, já mencionada anteriormente. Na sua visão organizar o currículo por meio de projetos que problematizam temáticas de interesse dos estudantes, rompe com a estrutura disciplinar. Pois, os projetos são oriundos de situações sociais, que são problematizadas e analisadas pelos diferentes campos do saber. Há ainda uma preocupação em trazer uma possível resolução aos problemas observados e identificados no contexto social. “Dissolvem-se os princípios de linearidade do conhecimento, ou seja, desfaz-se a idéia de pré-requisitos, devendo cada disciplina contribuir apenas com o necessário para o equacionamento do problema proposto (MACEDO, 1999, p.54)”. Essa perspectiva de currículo integrado ressalta as dimensões práticas do conhecimento na vida cotidiana, procurando desenvolver a habilidade de resolver problemas no seu contexto social.

Busnardo e Lopes (2010) trazem a abordagem de saberes não acadêmicos. Para as autoras os saberes não-acadêmicos são “aqueles situados fora dos limites das disciplinas de enfoque mais acadêmico e que visam tanto uma maior integração curricular como uma relação mais ampla com o cotidiano (p. 88)”, seja, por meio da abordagem dos saberes populares, cotidianos, saberes prévios ou, simplesmente, contextualização.

Essa concepção de currículo integrado vem ao encontro das idéias de Davini (2005), estudiosa de educação permanente, quando apresenta que o currículo integrado é uma opção educativa que permite:

- integração entre ensino e prática profissional;
- integração entre prática e teoria;
- construção de teorias a partir da anterior;
- a busca de soluções específicas e originais para diferentes situações;
- integração ensino-trabalho-comunidade, implicando uma imediata contribuição para esta última;
- integração professor–aluno na investigação e busca de esclarecimentos e propostas;
- adaptação a cada realidade local e aos padrões culturais próprios de uma determinada estrutura social.

2.4.3 Formas de integração curricular

Torres Santomé (1998) considera que as propostas de integração são numerosas e variadas, na medida em que surgem experiências com perspectivas de evitar a fragmentação do conhecimento. Argumenta que a defesa do currículo integrado está baseada em três razões: a) epistemológicas e metodológicas; b) psicológicas, voltadas principalmente para a valorização das experiências e os processos de aprendizagem; c) e as sociológicas. Torres Santomé ainda apresenta a classificação elaborada por Richard Pring, em que esse autor pontua quatro formas de integrar o currículo:

a) Integração correlacionando diversas disciplinas: Nessa proposta o autor destaca que existem disciplinas que de alguma maneira tem características

diferenciais e devem ser respeitadas no planejamento curricular; ou seja, “devem ser tratadas de maneira separada” (TORRES SANTOMÉ, 1998, p.206). Entretanto, algumas partes precisam de outras, para poder ser entendidas, estabelecendo uma relação entre as disciplinas.

b) Integração através de temas, tópicos ou ideias: O foco central está em articular as áreas do conhecimento a partir de um determinado tema, a qual permitirá integrar vários conteúdos e atividades. A proposta destaca que não existem áreas ou disciplinas dominantes, “todas as áreas do conhecimento passam a estar subordinadas à idéia que serve para reger a proposta de integração” (TORRES SANTOMÉ, 1998, p.207).

c) Integração em torno de uma questão da vida prática e diária: Essa proposta conhecida como tema transversal, visa compreender certos problemas sociais ou situações que estão relacionadas com a vida cotidiana, como: sexualidade; drogas; usina nuclear; saúde pública; entre outros. A compreensão desses temas transversais não está localizada no âmbito de uma disciplina, “passa pelo compromisso com propostas de trabalho integradas” (TORRES SANTOMÉ, 1998, p.207).

d) Integração a partir de temas e pesquisas decididos pelos estudantes: A outra forma de integrar o currículo refere-se a questões e problemas apresentados pelos estudantes. Nessa proposta os estudantes podem trazer questões relevantes do seu próprio contexto social e cultural. A partir das questões levantadas, promove-se o processo de pesquisa, sendo o papel do professor um instrumentalizador e mediador dessa construção.

Torres Santomé (1998) acrescenta outras possibilidades de integração curricular: a) Integração através de conceitos; b) integração em torno de períodos históricos e/ou espaços geográficos; c) integração com base em instituições e

grupos humanos; d) integração em torno de descobertas e invenções; e) integração mediante áreas do conhecimento.

O autor ainda destaca dois projetos curriculares integrados que foram financiados por diferentes países, com a finalidade de instigar uma reflexão crítica sobre a sociedade e ser humano:

a) Projeto curricular de humanidades

A elaboração desse projeto, promovido na Inglaterra pelo *School Council* e pela *Nuffiel Foundation*, envolveu uma equipe de onze estudiosos, cuja finalidade era promover nos estudantes a compreensão das situações sociais, das ações humanas, os fundamentos da sociedade em que vive, abrindo espaços de discussões, apontando divergências e convergências. Os temas ou unidades didáticas estavam relacionados a guerra, educação, trabalho, saúde, entre outros, sob a filosofia de uma perspectiva de currículo aberto e flexível. Pressupõe nessa proposta um corpo docente preparados para desempenhar seus papéis. Segundo Torres Santomé (1998), “o planejamento e a prática desta filosofia do *Humanities Curriculum Project* significa comprometer continuamente o corpo docente com a análise de suas próprias práticas de ensino e aprendizagem” (p.213).

b) Um curso sobre ser humano

Essa proposta curricular foi promovida pelo Centro de Desenvolvimento Curricular de Massachusetts, Estados Unidos, dirigido por Jerone S. Bruner e adotada em outros países como Inglaterra, Austrália, Canadá, Suécia e Holanda. Torres Santomé (1998) destaca algumas metas educacionais do projeto curricular centrado no ser humano como, por exemplo, aumentar a confiança dos estudantes em suas próprias habilidades e centrar sua atenção sobre a condição humana e o seu potencial. A partir dessas e outras metas elencadas, são propostos princípios de procedimento. Destacamos alguns desses princípios

como: desenvolver o método de pesquisa para que usem a estrutura conceitual e a utilização de diversas fontes de dados; legitimar a busca e possibilitar debates em sala de aula para refletir as experiências e expressões de ideias e a necessidade de criar um novo perfil profissional.

O corpo docente, que na maioria das ocasiões não pode ser especialista em todos os conteúdos presentes nas unidades didáticas deste currículo, deve participar ativamente através dos mesmos métodos de descoberta ou de pesquisa propostos aos estudantes, em vez de recorrer à instrução (TORRES SANTOMÉ, 1998, p.221).

Nesse sentido o professor passa a ser também sujeito ativo e passa a descobrir conhecimentos. Outro aspecto a ser considerado é a formação docente permanente, passando a ser uma proposta contínua durante o processo, com o propósito de disseminar a filosofia da proposta curricular integrada, pois os conhecimentos são periodicamente revisitados e investigados.

Lopes (2008) faz distinção entre currículo disciplinar e currículo integrado.

O currículo disciplinar é entendido como conseqüência de princípios de organização curricular baseados na lógica das ciências ou na natureza do conhecimento, enquanto currículos integrados são entendidos como algo baseado nos interesses e necessidades dos alunos e na relevância social do conhecimento (p.43).

Em relação ao currículo integrado a autora defende que há uma diversidade de fundamentações e matrizes diferenciadas, porém o princípio integrador circunscreve-se na “valorização das experiências e da vivência dos alunos” (LOPES, 2008, p.80).

A organização curricular, denominada por Bernstein (1981) de código integrado, retrata que nessa organização as distinções entre as diferentes áreas de conhecimento são menos nítidas, muito menos marcadas, pelo fato de haver

inter-relações do conhecimento. Lopes (1999) esclarece que Basil Bernstein parece crer nas inúmeras vantagens dos currículos em código integrado.

Estes seriam capazes de, a partir do abrandamento dos enquadramentos e das classificações, conferir maior iniciativa aos professores e alunos, maior integração dos saberes escolares com os saberes cotidianos dos alunos, de maneira a combater a visão hierárquica e dogmática do conhecimento. Em suma, a modificação na estrutura do conhecimento escolar alteraria relações de poder na escola, com implicações sociais nítidas (LOPES, 1999, p.188).

Lopes (2008) sinaliza que os defensores da organização curricular disciplinar, criticam a proposta de currículo integrado por não permitir a “transmissão” dos principais conceitos de cada área de conhecimento. O que explicita a preservação do pensamento da territorialização estática e linear do conhecimento.

Opitz *et al.* (2008) compreende que o currículo integrado está fundamentado em aspectos epistemológicos, psicológicos e sociológicos. Em relação aos aspectos epistemológicos, busca uma compreensão mais global dos problemas, na busca de solução para os mesmos. “Traz à cena a interdisciplinaridade, no campo mais amplo do conhecimento, como uma possibilidade de corrigir as deficiências da ciência compartimentada” (p.316-317) e conseqüentemente ampliar a visão de mundo. Os aspectos psicológicos estão relacionados à motivação da aprendizagem, pois os currículos integrados visam metodologias ativas que promovem a busca, a pesquisa no processo de construção do conhecimento. Já o que se refere aos fundamentos sociológicos,

concentram-se na necessidade de humanizar o conhecimento, nas relações acadêmicas e na concepção crítica da sociedade e da realidade, contribuindo para uma leitura reflexiva das construções humanas e da história nos fenômenos sociais (OPITZ *et al.* 2008, p. 317).

Segundo Torres Santomé (1998) os processos de construção de projetos curriculares integrados demandam uma série de condições que nem sempre são possíveis, na medida em que são construídas e postas em prática. O autor destaca que o “movimento a favor de projetos curriculares integrados é mais uma filosofia de trabalho do que uma mera técnica” (p.224). O autor destaca ainda que a organização e desenvolvimento de um projeto curricular integrado não eliminam a existência de áreas de conhecimento e nem de disciplinas agrupadas. É possível legitimar tópicos nos quais poderão estar implicadas duas ou mais áreas de conhecimento. Porém, estas devem entrelaçar-se na construção e reconstrução do conhecimento, entendendo que os seus conteúdos sejam explorados em seu sentido mais amplo.

Nesse sentido Lampert (2006) aponta que o paradigma em construção na área da saúde é a visão e a abordagem da integralidade em saúde, pois,

requer que se ampliem e interliguem caminhos, construindo o conhecimento, e em especial, percebendo o conjunto do ser humano bio-psico-social. Juntar sem confundir e distinguir sem separar são desafios do pensamento complexo, que carece da construção de novos conhecimentos para preencher os espaços que separam as diversas áreas de conhecimentos (p.82).

Assim, podemos identificar que ao longo da história do currículo, há inúmeras propostas de currículo integrado e que se distinguem entre perspectivas: instrumentais, críticas, progressivas e democráticas. E que pode ser ainda organizado em diferentes formas: por áreas de conhecimento, temas, competências, núcleos interdisciplinares, módulos curriculares, situações problemas, projetos, demandas sociais, unidades didáticas integradas, e também por disciplinas. Da mesma forma pode atender finalidades distintas de acordo com interesses do mundo do trabalho, ou na lógica dos saberes de referência, e ou numa linha dos saberes vinculados as mudanças sociais.



A visita do médico. Frans van Mieris, 1657
Kunsthistorisches Museum, Viena

3 AS POLÍTICAS OFICIAIS

Então, ser médico é ter uma participação política e fazer parte da história dessa atuação, isso tudo que eu faço hoje, faço com a intenção de estar semeando (...).

Embora a Lei nº 9394, LDB- Lei de Diretrizes e Bases da Educação, tenha sido construída num contexto de embates, muitas reformas na Educação dos anos 2000 foram concebidas pelas influências dessa lei. Pois, a mesma criou a necessidade das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação e permite a eliminação dos chamados “currículos mínimos”.

Entretanto as reformas não foram frutos apenas de determinações legais, mas também a influência de acordos, e a participação decisiva dos organismos internacionais. O Banco Mundial, por exemplo, redefiniu sistemas e reformas educacionais ao longo desses anos, desfigurando muitas vezes princípios de uma política pública nacional.

A atuação do Banco Mundial configura-se ainda hoje como interlocutor entre o campo econômico e o campo educativo. Azevedo (1997) ressalta que, numa perspectiva neoliberal, a política educacional seria ainda mais bem-sucedida se tivesse por orientação principal, os ditames e as leis que regem a lógica do mercado. Assim, seu caráter ideológico determinante redefine sistemas educacionais, reformas curriculares que se materializam nas instituições educativas e na governabilidade econômica.

Coraggio (1996), ao analisar as políticas educacionais propostas pelo Banco Mundial, destaca que essas propostas revelam seu caráter reducionista e utilitarista para a educação. Traz indicadores como: ênfase à avaliação e à eficiência da produção; implementação de programas compensatórios; capacitação docente e formação aligeirada; o processo crescente de privatização e expansão da educação superior entre outros indicadores voltados para educação básica e superior.

Na área da saúde os anos de 1990 são marcados por políticas estatais paradoxais, isto é, enquanto na saúde

ocorrem profundas mudanças no Brasil, no sentido de implantar o sistema público de saúde, impulsionadas pelos movimentos sociais, através da implantação progressiva do SUS e a luta incansável pela garantia a saúde como estado de direito, no ensino superior desenvolveu-se uma política de sucateamento do ensino público e de transformação da educação superior em mercadoria, que deveria ser comprada no competitivo mercado livre de ensino superior, estando o estado apenas no papel de regulador (CRUZ, 2004,p.268-269).

Podemos constatar que as reformas curriculares na área da saúde também sofreram influências diretas de agências internacionais. A Organização Pan-Americana da Saúde, a Fundação Rockefeller e a Fundação Kellogg, já no período dos anos 50, demarcavam perspectivas de mudanças voltadas para a formação dos profissionais da saúde e também o estímulo às políticas de expansão as vagas nas escolas médicas. Cutolo e Delizoicov (2003) apontam que em 1962 foi criada a Federação Pan Americana de Faculdades e Escolas de Medicina (FEPAFEM) e segundo os autores, essa Federação “gerou muita polêmica devido a sua dependência econômica de fundações privadas norte-americanas, sendo acusada como entidade não governamental, instrumento da influência dos EUA” (p.16).

Assim, os discursos e as produções de textos dos organismos internacionais estão explicitamente apresentados nas propostas curriculares. As bases pedagógicas no lema “aprender a aprender” propagaram-se em 1996, em âmbito mundial, com o Relatório de Jacques Delors publicado pela UNESCO. Sendo que no Brasil, tal relatório, denominado, Educação: um tesouro a descobrir, foi publicado em 1998, tornando um referencial apontado nos discursos das mudanças curriculares.

No que se refere às transformações nos cursos das universidades, ocorridas a partir dos anos de 2000 estas remetem também as exigências estabelecidas pelo Ministério de Educação - MEC, que vê na rigidez curricular a principal causa dos elevados índices de evasão e baixos percentuais de diplomados. Carvalho e Carvalho (2007) apontam que diante de tal situação,

as comissões do MEC estão propondo mudanças na estrutura curricular dos cursos de graduação, na tentativa de diminuir a rigidez da seqüência curricular dos cursos que, segundo especialistas do MEC, exibem cargas horárias excessivas e fragmentação de conteúdos. Daí a proposta de flexibilização dos conteúdos e habilidades, atendendo as demandas impostas pelo dinamismo do mercado de trabalho e pelo ambiente acelerado de mudança do conhecimento (p.86).

Os autores questionam esta suposta melhoria nos cursos de graduação e o impacto das propostas para a educação superior, uma vez que encontram semelhanças entre os pontos de pauta dos governos nos anos 60 e a atual conjuntura, que visa à contenção de gastos com a educação.

Uma questão central a ser considerada, é a relação direta entre o processo de reestruturação produtiva (acumulação flexível) e a produção de conhecimento. Essa relação objetivam obedecer a um ideário da flexibilização para adequar os modelos de formação exigidos pelo paradigma da produção, da polivalência, e da flexibilidade profissional que visa acompanhar o mundo globalizado e adaptar a

cada nova realidade do mercado. Catani, Oliveira e Dourado, (2000) registram que a idéia de adaptação é ampla:

a idéia da adaptação é apresentada como processo benéfico e necessário. Trata-se, todavia, de questão que comporta uma forte dimensão ideológica, já que adaptar-se tem significado liberalizar e desregular a economia conformar-se às estratégias das multinacionais e às imposições dos mercados financeiros. No tocante a reformulação curricular isso poderá significar um processo de aligeiramento da formação visando à expansão e massificação da educação superior no país (CATANI, *et al*, 2000, p. 13-14).

Carvalho e Carvalho (2007) trazem uma reflexão acerca do tema, colocando alguns questionamentos: “O sistema de flexibilização curricular melhora a qualidade do ensino? Qual é o tipo de formação superior idealizado nas propostas do MEC? Estas propostas não estariam aumentando a preocupação com os resultados da Educação Superior, em detrimento da qualidade na formação dos indivíduos?” (p.88). Questões que merecem aprofundamento por parte dos educadores, considerando-se as possibilidades de mudanças a partir dos princípios educacionais comprometidos com a transformação social.

Assim, compreendemos que muitas reformas educacionais foram historicamente construídas a partir de instrumentos e bases legais e, também, pela influência política e ideológica voltadas para os interesses privados havendo um contexto de ambigüidades. De um lado os princípios e anseios educacionais e, de outro, os interesses e a retórica dos projetos governamentais. E que os espaços educativos não são campos neutros. São espaços de concepções distintas, espaços de relações de poder.

Para Neves (1999) a instituição educativa é ao mesmo tempo reprodutora das relações sociais de produção capitalista como também espaço de lutas de classes para superar estas relações. Sendo assim, como afirma Shiroma, Moraes

e Evangelista (2007), apesar do empenho do governo em construir consensos, há de refletir “nos objetivos anunciados e aos velados, quanto às estratégias e à forma como vem sendo implementada” (p. 91).

Portanto, há necessidade de estar atento as políticas voltadas para a competitividade econômica, e conseqüentemente ao abandono ou marginalização dos propósitos sociais da educação. Concordamos com Ball (1998) quando afirma que as políticas curriculares envolvem políticas globais e locais. Para ele as mudanças, que estão ocorrendo em escala global têm repercussões no nível local, porém com permanências, alterações ou hibridizações.

3.1 O CONTEXTO DAS MUDANÇAS NA EDUCAÇÃO MÉDICA

Os currículos de formação médica ao longo da história passaram por diferentes ênfases. Maia (2004) apresenta resumidamente uma retrospectiva histórica dessa evolução do currículo, a partir do artigo, intitulado “Medical Curriculum Reform in North America, 1765 to the Present: a Cognitive Science Perspective”. Esse artigo, publicado em 1999, por Papa e Harasym, tornou-se referência para educadores em saúde. Os referidos autores relatam pelo menos cinco “modelos” curriculares no ensino médico norte-americano, desde o ano de 1765, quando foi fundada a primeira escola médica, até o fim do século XX. Para ilustrar detalhamos esses modelos no Quadro 5.

MODELOS CURRICULARES NA ÁREA MÉDICA	
PRIMEIRO MODELO 1765	O estudo era realizado através dos apontamentos em aula, pois os livros-texto surgem apenas em 1850. A prática era aprendida no contato direto com a prática profissional, e os estudantes eram considerados aprendizes de médicos-tutores.
SEGUNDO MODELO Influência do ensino europeu, fim do século XIX	Críticas a memorização de conteúdos enciclopédicos. Defesa do pensamento crítico, à resolução de problemas e à atualização constante do conhecimento, por meio da auto aprendizagem;
TERCEIRO MODELO 1950	Críticas ao modelo disciplinar e ao excesso de conteúdos principalmente no ciclo básico; Os conteúdos passam a ser abordados de maneira integrada por diversas áreas do conhecimento, agrupados em módulos relativos a aparelhos e sistemas, inicialmente considerando apenas conteúdos básicos e, mais tarde, incluindo aspectos clínicos” (MAIA, 2004, p.118).
QUARTO MODELO 1970 Influência das experiências das Universidades Mc Master (Canadá) Maastrich (Holanda)	Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) – Problem-based Learnig (PBL). uma clara influência da área de educação na formulação curricular, valorizando os processos cognitivos na aprendizagem, os estudos sobre a memória e a aprendizagem, bem como a relação do estudante como responsabilidade na construção de seu conhecimento (MAIA, 2004, p.119).
QUINTO MODELO 1990	Crítica ao método hipotético-dedutivo, utilizado na aprendizagem baseada em problemas. Propõe-se um modelo curricular baseado na apresentação clínica. “A abordagem difere, entre outros aspectos, ao propor esquemas que desenvolvem o raciocínio “para frente”, em vez do raciocínio “para trás” (MAIA, 2004, p.119). As situações clínicas são estudadas em níveis sucessivamente mais complexos de fisiopatologia e etiologia, aprofundando ainda mais o estudo das ciências básicas numa perspectiva de contextualização (MAIA, 2004, p.119).

Quadro 5 - Modelos Curriculares na Área Médica

Fonte: Da autora

Embora as tendências curriculares sintetizadas no Quadro 5 tenham uma trajetória histórica com períodos demarcados, identificamos que vários desses modelos ainda exerceram influências significativas nas atuais propostas das escolas médicas brasileiras retratando também seu hibridismo.

Outra grande influência no contexto das reformas das escolas médicas, repercutindo uma visão mais cientificista, foi a obra intitulada *Medical Education in the United States and Canadá*, conhecido como Relatório Flexner, realizada por Abraham Flexner, pesquisador social e educador norte-americano. O relatório é resultante de uma pesquisa, financiada pela Rockefeller Foundation, sobre o ensino médico nos EUA e Canadá. Em 1910 os resultados desse estudo foram publicados e divulgados no mundo inteiro, desencadeando a reforma no ensino médico na América do Norte como também influenciou mudanças curriculares em outros países e, estendendo-se a outros campos de conhecimento. De acordo com Troncon (2012) Flexner propôs que a escola médica passasse a fazer parte das Universidades, vinculado à investigação científica, e destaca que:

na visão de Flexner, o ensino da Medicina deveria estar fundamentado no conhecimento científico e no raciocínio clínico, que caracterizam a prática da profissão, deveria seguir as mesmas linhas da cogitação racional envolvida na investigação nas ciências naturais (p.09-10).

Com o reconhecimento de seu trabalho, em 1912, Flexner assume o General Education Board, da família Rockefeller e durante um grande período faz doações multimilionárias às universidades para implantar as recomendações do Relatório. Segundo Almeida Filho (2010) esse programa condicionaria os financiamentos de acordo com as seguintes medidas “regime de ciclos, critérios de entrada, redução do número de alunos nas salas de aula, hospitais com enfermarias de ensino, dedicação exclusiva e conseqüente proibição da prática privada dos médicos docentes” (p. 2.237).

No Brasil as interpretações desse Relatório são polêmicas, havendo uma predominância de críticas ao denominado modelo biomédico, dito flexneriano. Pagliosa e Da Ros (2008) fazem uma análise das críticas a respeito do Relatório de Flexner. O autor defende que o Relatório de Flexner trouxe algumas

contribuições no que se referem às críticas as escolas médicas principalmente àquelas com características meramente comerciais, o que fez com que muitas escolas nos EUA fechassem naquela época. Por outro lado, embora Flexner não tivesse formação médica, influenciou e trouxe impactos negativos para educação médica, dando certa interpretação ao ensino focado na doença, desconsiderando os aspectos sociais no processo saúde-doença. Sobre o bem e o mal na proposta de Flexner, os autores Pagliosa e Da Ros (2008) afirmam:

o grande mérito – para o bem – da proposta de Flexner é a busca da excelência na preparação dos futuros médicos, introduzindo uma salutar racionalidade científica, para o contexto da época. Mas, ao focar toda a sua atenção neste aspecto, desconsiderou– para o mal – outros fatores que afetam profundamente os impactos da educação médica na prática profissional e na organização dos serviços de saúde (p.495).

As críticas encontradas na literatura estabeleceram uma cultura da existência de um modelo flexneriano. Como aponta Almeida Filho (2010) que,

há, entre nós, quase consenso de que, por meio do celebrado Relatório, mas também em outras obras, Flexner teria produzido uma matriz disciplinar e pedagógica que veio a se chamar de Modelo Flexneriano (alguns autores chegam a falar de um paradigma biomédico flexneriano).

Nesse contexto Almeida Filho (2010) apresenta ainda algumas críticas e mitos, predominantes no campo da saúde, que identificariam como modelo biomédico flexneriano:

PONTO DE VISTA	AS PRINCIPAIS CRÍTICAS A FLEXNER
CONCEITUAL	perspectiva exclusivamente biologicista de doença, com negação da determinação social da saúde; formação laboratorial no Ciclo Básico; formação clínica em hospitais; estímulo à disciplinaridade, numa abordagem reducionista do conhecimento (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 2235).
PEDAGÓGICO	o modelo de ensino preconizado por Flexner é considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos (e até perversos) sobre a formação profissional em saúde (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 2235).
PRÁTICA DE SAÚDE	dele resultam os seguintes efeitos: educação superior elitizada, subordinação do Ensino à Pesquisa, fomento à mercantilização da medicina, privatização da atenção em saúde, controle social da prática pelas corporações profissionais (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 2235).
ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	o Modelo Flexneriano tem sido responsabilizado pela crise de recursos humanos que, em parte, produz crônicos problemas de cobertura, qualidade e gestão do modelo assistencial, inviabilizando a vigência plena de um sistema nacional de saúde integrado, eficiente, justo e equânime em nosso país (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 2235).
POLÍTICO	por ter sido implantado no Brasil a partir da Reforma Universitária de 1968, promovida pelo regime militar, tal modelo de ensino e de prática mostra-se incompatível com o contexto democrático brasileiro e com as necessidades de atenção à saúde de nossa população, e dele resultam sérias falhas estruturais do sistema de formação em saúde (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 2235).

Quadro 6 - Principais críticas ao Relatório Flexner

Fonte: Da autora

Para Almeida Filho (2010) as críticas foram fortemente concebidas e promovidas pelas fundações privadas, vinculadas ao complexo médico-industrial norte-americano. O autor aponta que na literatura brasileira, as críticas foram sustentadas em diversas publicações como: artigos, dissertações, teses e livros, o que pode ter transformado as críticas em mitos.

Nesse sentido Almeida Filho (2010) traz um novo olhar sobre o tema, e o faz resgatando na própria origem do Relatório Flexner. Destaca alguns recortes que contradizem muitas das críticas apresentadas no quadro anterior. O autor traz ainda indicadores que revelam inconsistências e fragilidades na sustentação da tese do Relatório Flexner ao adjetivar o modelo biomédico como modelo flexneriano.

Assim, elaboramos uma síntese, no Quadro 07, sobre alguns destaques das omissões e mitos sobre o Relatório Flexner apresentados por Almeida Filho (2010) no artigo intitulado “Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo”:

OMISSÕES E MITOS	FRAGMENTOS DO RELATÓRIO FLEXNER
OMISSÃO 1	<p><i>“Há 25 anos, tem existido uma enorme superprodução de médicos mal treinados e deseducados”; “essa superprodução de pessoas mal treinadas é devido principalmente à existência de um enorme número de escolas comerciais, sustentadas em muitos casos por métodos de publicidade, através dos quais uma massa de jovens não preparados é retirada das ocupações industriais para o estudo da medicina”; “até recentemente a condução de uma escola médica era um negócio rentável porque os métodos de instrução eram principalmente didáticos” (FLEXNER, 1910; p. vii.; Introdução. Autoria de Henry Pritchett)</i></p>
OMISSÃO 2	<p><i>“O requisito é, por tanto, necessariamente um requisito de college, cobrindo [pelo menos] dois anos, porque três cursos laboratoriais não podem ser conduzidos e ministrados em período muito curto. Isso é uma circunstância afortunada dado que favorece o desenvolvimento simultâneo do estudante em relação a outras e mais gerais linhas. Parece então que uma política que, desde o começo, foi considerada, do ponto de vista estreito da escola médica, isolada, implica logo o abandono desse ponto de vista a favor de algo mais compreensivo”.</i></p> <p><i>“O requisito preliminar para entrada na educação médica deve, portanto, ser formulado em termos que estabelecem uma distinta</i></p>

	<i>relação, pedagógica e cronológica, entre a escola médica e outros órgãos educacionais” (FLEXNER, 1910, p. 26).</i>
MITO 1 Conteudismo Pedagógico	<p><i>“No lado pedagógico, a medicina moderna, como todo ensino científico, é caracterizada pela atividade. O estudante não mais apenas observa, escuta e memoriza, ele faz. Suas próprias atividades no laboratório e na clínica são os principais fatores na sua instrução e sua disciplina (e na sua formação, podemos atualizar). Uma educação em medicina envolve tanto o aprender, quanto o aprender como; o estudante não pode efetivamente saber a não ser que ele saiba como” (FLEXNER, 1910, p. 53).</i></p> <p><i>“O progresso da Ciência e a prática científica ou inteligente da medicina emprega, portanto, exatamente a mesma técnica. Para usá-la, seja na investigação ou na prática, o estudante deve ser treinado no exercício positivo de suas faculdades. Treinado dessa maneira, a escola médica começa, ao invés de completar, a educação médica. Não pode, em nenhuma hipótese, transmitir ao estudante mais que uma fração dos tesouros reais da ciência, porém pode pelo menos colocá-lo no caminho de ampliar consistentemente seu patrimônio intelectual. Um hábito profissional, definitivamente formado sobre o método científico, converterá cada detalhe de sua experiência prática num fator adicional na sua educação efetiva” (FLEXNER, 1910, p. 55).</i></p>
MITO 2 Biologismo Anti humanista	<i>“Elas [as ciências fundamentais] fornecem de fato os instrumentos essenciais básicos da formação médica, mas esse instrumental mínimo pouco pode além de servir como mínimo profissional permanente e, ainda assim, instrumentalmente inadequado. O médico lida de fato com duas categorias. Química, física e biologia o capacitam a apreender um desses conjuntos. Ele precisa de uma perspectiva diferente e um aparato apreciativo para lidar com o outro, elementos mais sutis. Preparação específica nesta direção é muito mais difícil; deve-se confiar no requisito insight e simpatia numa experiência cultural variada e ampla” (FLEXNER 1910, p.26).</i>
MITO 3 Tecnologização da Prática	<p><i>“Nós podemos então descrever de modo justo que a medicina moderna é caracterizada por uma manipulação severamente crítica da experiência” (FLEXNER, 1910, p 26).</i></p> <p><i>“A moderna medicina [que é a que Flexner preconiza] lida, portanto, não apenas com certezas, como faz o empirismo, mas também com probabilidades, pressupostos, teorias” (FLEXNER, 1910, p. 53)</i></p>
MITO 4 Medicina Curativa Individualista	<p><i>“Mas a função do médico está se tornando rapidamente social e preventiva, mais que individual e curativa”.</i></p> <p><i>“nele [o médico] a sociedade confia para avaliar, e através de</i></p>

	<p><i>medidas essencialmente educacionais executar, as condições que previnem a doença e constroem positivamente o bem-estar físico e moral. Escusado dizer que esse tipo de doutor é antes de tudo um homem educado” (FLEXNER, 1910, p 26).</i></p>
--	--

Quadro 7 - Relatório Flexner entre mitos e omissões

Fonte: Da autora

Na análise feita, por Almeida Filho (2010), sobre o Relatório de Flexner, o autor destaca que há na sua essência elementos significativos para as escolas médicas. O Relatório defende fundamentalmente a necessidade de uma educação geral, antes mesmo da formação nas ciências básicas da saúde. E conclui em sua análise:

equivocam-se os que consideram Flexner como defensor de uma formação com base em conteúdos e não em métodos, que sua visão da saúde era exclusivamente biológica e reducionista, e não social e humanista, que a vertente principal do seu modelo de prática é a da medicina curativa e individual, e que Flexner apoiava a prática privada da medicina e o controle social da formação médica pelas corporações profissionais. Porém estão corretos os que acham que ele propunha uma reorganização do conhecimento com base numa abordagem disciplinar. Entretanto, se fizermos uma análise justa e rigorosa, a disciplinaridade era vanguarda mesmo em 1910, implicando consolidação ou formalização dos avanços da ciência (p.2.247).

Nesse sentido uma recente obra (2012) intitulada *Abraham Flexner. Modelo de educador, a burocracia e a filantropia*, resultado dos estudos do Professor Dalmo de Souza Amorim, resgata a importância da trajetória do educador Flexner e sua contribuição crítica na formação médica. Sob o aspecto histórico o autor analisa com profundidade os estudos de Flexner, e suas recomendações para melhoria das escolas médicas. Registra que muitas das críticas apontadas por Flexner, ainda não foram superadas no contexto atual, como por exemplo, a própria questão das ciências básicas:

O que pensaria Flexner da complexidade dos currículos em ciências básicas nos dias correntes? Talvez ele dissesse a mesma coisa que outros estão falando acerca da reforma curricular do ciclo básico. Provavelmente ele aplaudiria o melhor treinamento dos professores na moderna biologia, mas lamentaria que muitos estivessem se afastando do ensino. Também elogiaria experiências pedagógicas que visam eliminar a fragmentação do ensino das disciplinas, aproximando-as do modo interdisciplinar de ministração de seus conteúdos. Mas certamente Flexner reprovaria a manutenção das *lectures*, em detrimento dos trabalhos em laboratórios (p.221).

O autor ainda destaca que as proposições e convicções pedagógicas de Flexner estavam atreladas a culturas humanísticas e sociais, acreditava que por via da educação os dilemas sociais seriam resolvidos. Segundo Amorim (2012) Flexner, por ser educador, criticava as condições de ensino nas escolas, como por exemplo: as classes numerosas; a absorção passiva do conhecimento pelo aluno; currículos dispersos e fragmentados, entre outros aspectos. Para Flexner “a educação é processo ativo, contínuo e o estudante aprende melhor quando combina o estudo com o fazer” (AMORIM, 2012, p.42).

A partir da revisitação dessa história, após cem anos do Relatório, podemos admitir que Flexner, embora mal compreendido, foi um dos grandes reformadores da educação médica. Para ele, “a medicina é um modo de educação comprometida com a responsabilidade social” (AMORIM, 2012, p.210)

No contexto brasileiro da educação médica, destacamos também um reformador, médico e professor catedrático, Antonio da Silva Mello, que criticou severamente a formação médica no Brasil. Baseado em sua formação cientificista alemã e em bases muito semelhantes às propostas do Relatório Flexner, defendia que a escola médica estava aquém de um modelo de Universidade, e principalmente distante dos problemas reais. Em 1937 publicou a obra Problemas do Ensino Médico e da Educação. Segundo Kemp e Edler (2004), Silva Mello

preocupou-se com a formação médica além da cientificidade, dando ênfase a importância de compreender os problemas sociais e as necessidades do ser humano. Para Almeida Filho (2010) a reforma proposta por Silva Mello “é convergente com vários pontos do modelo ideal preconizado pelo Relatório Flexner: marco conceitual de base científica, dedicação exclusiva de docentes, revisão de currículos, redução de vagas, metodologia pedagógica baseada na prática, turmas menores em laboratórios e clínicas” (p.2.238).

Embora os dois reformuladores, Flexner e Silva Mello, tenham tido como referências em sua formação o modelo alemão, os contextos de atuação e princípios são aspectos que os diferenciavam. Kemp e Edler (2004) afirmam que,

tanto para Silva Mello quanto para Flexner, todas as questões relativas ao futuro e ao progresso da educação médica apresentavam-se em uma formulação precisa; e a resposta estaria na reforma completa do sistema escolar como um todo. Tanto para o primeiro quanto para o segundo, essa reforma global recebia o título mágico de universidade (p.582).

Diante das sucessivas crises, outras influências estiveram presentes no contexto da mudança tanto no plano epistemológico, das práticas em saúde como da formação dos profissionais médicos. O movimento da Medicina Integral e Preventiva, que caracterizou os anos de 1950, visava incorporar a prevenção e a promoção à saúde, enfatizando o indivíduo na sua totalidade biopsicosocial. Passou-se a integrar nos currículos alguns conceitos sociológicos, antropológicos, psicológicos e epidemiológicos, o que levou nos anos de 1970 a expressão de Medicina Comunitária, no qual obteve apoio de agências internacionais de saúde.

De acordo com Nunes (1994) a base da saúde coletiva se deu nesse período,

a partir de um núcleo inicial bastante homogêneo, para o Brasil a especificidade que iria adquirir a chamada Saúde

Coletiva tomar-se-ia bastante evidente. Dessa forma, a fase que se estende por cerca de quinze anos, e que denominou de "pré-saúde coletiva", foi marcada pela instauração do "*projeto preventivista*". A segunda fase, até o final dos anos 70, não isola os ideais preventivistas, mas reforça a perspectiva de uma "*medicina social*", e, a partir de 80 até a atualidade, vai se estruturando o campo da "*saúde coletiva*" (p.05).

Outro foco de mudanças, nos anos 80 voltava para a integração entre Universidade/Ensino e Unidades de Serviços, que historicamente propunham mudanças, porém de forma isolada. A partir desta constatação, estabeleceram-se perspectivas de mudanças voltadas para a Integração Docente Assistencial (IDA), desenvolvida a partir de iniciativas das escolas médicas, com objetivo de inserir os alunos nos serviços de saúde. Em 1988, com a nova constituição brasileira, foi criada o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo uma de suas atribuições qualificar a formação de recursos humanos para trabalhar nesse novo sistema.

Em 1992 consolidava-se o Programa UNI - Uma nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde - União com a Comunidade, financiado pela Fundação Kellogs. Segundo Almeida; Feuerwerker e Llanos (1999) o programa tinha como objetivo a articulação Docente-Assistencial (Universidade- Serviços), pela Extensão Universitária (Universidade-Comunidade) e pela Atenção Primária à Saúde (Serviços-Comunidade) para inovar as práticas de saúde e da formação profissional.

Nessa mesma década a crise na área da saúde, e conseqüentemente a relação com a formação profissional dos médicos, marcavam esse período de críticas. A situação político-econômica do país, fez com que a opinião pública focasse suas críticas nos serviços dessa área. Apesar das políticas e movimentos que intensificavam o debate à mudança da educação médica em nível internacional, outras sinalizações ocupavam a cena desse cenário no contexto

brasileiro. Médicos com múltiplos empregos, medicina dividida em especialidades, a expansão das escolas médicas sem planejamento, numa tentativa de responder ao aumento das demandas em saúde. E ainda uma medicina voltada pelas forças do mercado industrial transcendendo ainda mais as críticas e as necessidades de mudanças no campo das práticas de saúde e na formação médica.

A partir dos anos de 1990 outras propostas de educação médica se faziam presentes. Segundo Cyrino e Rizatto (2004) esses projetos visavam,

um ensino médico voltado para o desenvolvimento de atividades que tomam como objeto necessidades sociais de saúde, a busca de novos cenários para o ensino/aprendizado em saúde, como as unidades básicas de saúde, e a própria idéia de um ensino médico que articule os diferentes níveis de atenção à saúde, à integração dos serviços de saúde (p.61).

Simultaneamente propostas paliativas surgiam para amenizar as críticas, principalmente aos profissionais médicos. Uma das propostas cogitadas foi à obrigatoriedade do exame de fim de curso para os médicos recém formados, semelhante ao Exame da Ordem dos advogados (OAB). Porém, vários manifestos da categoria criticavam severamente essa proposta, entre eles a Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM. A ABEM apontava que esse exame seletivo era uma medida isolada e inócua. Benedictus Philadelpho de Siqueira, presidente da ABEM na época, expôs seu posicionamento:

um exame que se concentrasse apenas na parte cognitiva era insuficiente para avaliar o formando, pois o exercício da profissão médica envolve, além de conhecimentos teóricos, habilidades psicomotoras, comportamento, atitudes éticas e compromisso social (SIQUEIRA, 2006, p.55).

A referida Associação entendia que os problemas da saúde eram mais complexos remetendo-os a ordem política e aos espaços institucionais. A partir

desse embate tornou-se evidente a necessidade de analisar as principais causas e determinantes dos problemas na área médica.

3.1.1 A Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico-CINAEM

Diante de um cenário de tensões e questionamentos, o Conselho Federal de Medicina - CFM e a Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM, com o objetivo de reverter à imagem negativa das escolas médicas, e legitimar as entidades no processo avaliativo, conclamam em 1991 no XXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica, a instituição da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico- CINAEM. Esta comissão foi composta por onze entidades de caráter não estatal e interinstitucional. A CINAEM realizou, em conjunto com as escolas médicas brasileiras, um processo de avaliação, discussão e diversas propostas de ação para transformação das escolas médicas no Brasil.

De acordo com Cruz (2004), em sua análise das atas da CINAEM, a comissão formulou seu projeto de pesquisa a partir de objetivos, em relação à realidade da saúde, e em estratégias, com a finalidade para orientar o trabalho da comissão, a saber:

Objetivos: 1) avaliar o Ensino Médico Brasileiro, visando sua qualidade para atender às necessidades médico-sociais da população; 2) propor medidas a curto, médio e longo prazo que venham sanar as deficiências encontradas; 3) criar mecanismos permanentes de avaliação das Escolas Médicas; 4) criar mecanismos para desenvolver programas de Educação Médica Continuada.

Estratégias: a) a avaliação será universal e utilizará como instrumento básico um protocolo único, cujo modelo basear-se-á em outros oficiais existentes e de acordo com os membros da comissão; b) utilizará a organização das entidades que compõem a Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico e de entidades que integrem o

sistema de saúde (ATA de 4/3/91 DA CINAEM, 1991 – grifo do autor) (CRUZ, 2004, p. 207).

Entretanto, a CINAEM representava também uma diversidade de concepções, perfis e intencionalidades. Para Cruz (2004), as próprias entidades não são elas mesmas unanimidade de pensamento,

são muito mais um fórum de políticas onde diversos grupos disputam a formulação e a execução das políticas da entidade, que atuam a partir do estabelecimento de consensos e produção de hegemonia produzida às vezes muito mais no espaço externo das entidades, isto é, nas relações objetivas estabelecidas principalmente por meio dos interesses do mercado de serviços de cura (p.198).

Os estudos de Kathleen da Cruz (2004), que na época participou como representante nacional dos médicos residentes no Colegiado da CINAEM, em sua dissertação de mestrado, explicita que durante o período entre 1991 e 2002, a CINAEM realizou pesquisas, promoveram fóruns, oficinas, reuniões e produziu documentos em conjunto com as escolas médicas brasileiras. Segundo a pesquisadora o projeto se constituiu em três fases. A primeira fase iniciou em março/1991 até novembro/1992, a segunda em janeiro/1993 até dezembro/1997, e a terceira fase foi de julho/1998 até agosto/2000. “Como se trata de um processo social, não é possível precisar exatamente a fase dentro do tempo, mas sim dentro de um processo de construção do saber” (CRUZ, 2004, p.203).

Na primeira fase a CINAEM implementou o “Projeto de Avaliação das Escolas Médicas do Brasil”. Segundo a ABEM, registrado em seu site, a comissão trabalhou com 76 Escolas Médicas. As escolas foram analisadas a partir de um questionário auto-aplicado, elaborado pela CINAEM. As categorias de análise foram: a) estrutura acadêmico-administrativa; b) estrutura econômico-administrativa; c) Infra-estrutura Material; d) Recursos Humanos; e) Modelo

Pedagógico (requisitos mínimos da estrutura pedagógica). Segundo Siqueira (2006) foi possível “identificar os principais problemas das escolas médicas. Eram eles: os métodos pedagógicos, o sistema de avaliação docente e discente, e sua proposta curricular” (p.56).

Após diversas discussões, processos avaliativos e o resultado dos diagnósticos a CINAEM explicitou o contexto atual da educação médica, trazendo perspectivas a um “novo paradigma”. Cruz (2004) sistematiza as principais características desse novo paradigma da educação médica, com forte ênfase na abordagem científica e epidemiológica:

- Compromisso social (perfil afetivo);
- Competência tanto em saúde individual quanto coletiva;
- Maestria no domínio do conhecimento, habilidades e atitudes necessárias para uma coleta de dados adequada em termos de anamnese, exame físico e uso racional dos exames complementares e dos recursos terapêuticos;
- Capacidade de análise através de raciocínio clínico e epidemiológico;
- Identificação de problemas e conseqüente proposta de solução dos mesmos, abrangendo aspectos individuais e coletivos;
- Probidade no manejo dos problemas comuns das diversas áreas do conhecimento médico nos diferentes níveis hierárquicos;
- Atenção à saúde em que os mesmos se apresentam sob formas distintas;
- Domínio no manejo das urgências e emergências;
- Aprender a estudar, visando busca contínua do conhecimento sob formas distintas;
- Domínio da metodologia científica para a correta avaliação do material bibliográfico disponível;
- Familiaridade com a epidemiologia que permita compreensão do comportamento coletivo dos fenômenos envolvidos no processo saúde/doença;
- Formação ética e humanista;
- Os eixos norteadores da VIII Conferência Nacional de Saúde;
- Sistema de informação científico-tecnológico ágil e acessível.

A partir da análise dos dados obtidos nessa fase a CINAEM iniciou seus trabalhos, na segunda fase, com 48 Escolas Médicas brasileiras. Para Siqueira (2006) “a escola médica foi o verdadeiro sujeito dessa segunda fase” (p.56), por envolver ativamente estudantes, professores e funcionários no processo de avaliação e transformação da escola médica.

Ao longo dessa trajetória a CINAEM desenvolveu oficinas de trabalho com representantes do corpo discente e docente das escolas, na possibilidade de construção coletiva de novos métodos, técnicas e instrumentos para a avaliação da educação médica. Durante esse processo identificou-se três eixos como os de maior potencial para transformar a realidade: o modelo pedagógico, os recursos humanos docentes e os discentes do internato.

Desse momento em diante, a CINAEM passou a trabalhar aproximando-se das escolas médicas e de suas realidades, no sentido de produzir uma intervenção que possibilitasse criar condições para que o modelo de formação dos médicos fosse discutido e identificado no âmbito de cada escola, e que, dentro da nova compreensão da realidade, fomentasse a mobilização dos atores locais no sentido de promover as mudanças necessárias (CRUZ, 2004, p.296).

A pesquisa qualitativa se delineou numa perspectiva participativa, dessa forma a CINAEM procurou uma maior aproximação dos atores sociais envolvidos, objetivando buscar alternativas para os problemas apresentados e por sua vez introduzir no discurso a idéia de “transformação”.

Tendo como fonte os registros da CINAEM (1991-1997), Cruz (2004) identifica elementos que caracterizavam a estrutura curricular dos cursos de medicina:

As atividades de ensino são organizadas em disciplinas independentes, desarticuladas, com excesso de aulas teóricas, planejamento inadequado, cujo conhecimento

repassado é centrado no professor e não no projeto direcional do curso.

As atividades práticas em geral ocorrem em laboratórios e as atividades de pesquisa refletem interesses pessoais dos docentes, das linhas de financiamento para pesquisa e dos laboratórios.

As disciplinas são campos de produção, de aplicação e de transferência de conhecimentos biológicos.

O poder de decisão nas disciplinas é do professor. Os alunos são objetos no processo ensino – aprendizagem, incorporando passivamente conhecimentos sem participar de sua construção.

Os pacientes também são objetos do processo ensino / aprendizagem na assistência.

As etapas são marcadas por uma grade curricular rígida, sem interdisciplinaridade nem incorporação de técnicas pedagógicas integradoras das atividades (p.265).

Já na terceira fase do projeto, a CINAEM buscava a construção das transformações necessárias à qualidade do ensino médico, com perspectivas de um novo eixo de desenvolvimento curricular. Em 1997, no XXXV Congresso Brasileiro de Educação Médica, e no VII Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico, em Uberaba, foi apresentado o Projeto CINAEM: Transformação do ensino médico no Brasil: um processo coletivo de construção do novo. Nessa fase do projeto 60 escolas médicas participaram oficialmente das oficinas de trabalho.

Portanto, o desenho de toda a produção desta fase é construído a partir de duas idéias; por um lado aprimorar os instrumentos relativos às várias dimensões do processo de ensino aprendizagem e, por outro, discutir e compreender com profundidade a realidade complexa que envolve a escola médica, sua estrutura, seus produtos e produzir conhecimento para presidir a ação no sentido de intervir no modo como ocorrem as relações sociais nas quais estão inscritos os processos da educação médica (CRUZ, 2004, p.304).

Outro marco importante desse período foi quando iniciou a discussão e formulação de Diretrizes Curriculares para os cursos de medicina, desencadeadas pela SESu/MEC. Em 2001 foi homologado pelo Conselho Nacional da Educação a Resolução das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação da medicina. Stella e Campos (2006) destacam vários elementos constitutivos das Diretrizes, sendo que, em relação ao currículo mencionam um currículo:

deve utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência; incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania; promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambiental (p.77).

Cruz (2004) defende que a CINAEM produz no discurso a organização de uma série de operações, que têm por objeto intervir nas relações de poder. Para tal, é proposto que:

- o aluno seja sujeito de seu processo de aprendizado;
- o paciente seja apresentado ao aluno como sujeito de sua história;
- sejam incorporados instrumentos didático-pedagógicos que permitam ao aluno manter-se atualizado;
- o aluno compreenda os mecanismos de produção das necessidades de saúde dos indivíduos;
- o ensino seja centrado na comunidade;
- a prática médica seja ministrada com enfoque na pessoa;
- a avaliação não seja punitiva e sim produtora de informações sobre o desenvolvimento do estudantes no sentido de avaliar a incorporação de conhecimentos e habilidades, bem como o grau de autonomia que o estudante vai adquirindo ao longo do tempo;
- se adote uma pedagogia de construção do conhecimento que seja produtora de autonomia nos estudantes;

- a gestão da escola seja democrática e participativa;
- o trabalho em saúde seja em equipe;
- o professor desempenhará o papel de mediador da construção de conhecimento do aluno (CRUZ, 2004, p.305 -306).

O Relatório Geral dos resultados da Avaliação do ensino médico no Brasil (1991-1997), fruto do processo avaliativo realizado nas três fases pela CINAEM, são reconhecidos como movimento histórico que mobilizou instituições a pactuarem a transformação do ensino médico brasileiro com vistas à construção de um novo paradigma para a escola médica. Nas palavras de Merhy e Aciole (2003) “nos deixou em melhores condições de vislumbrar as mudanças necessárias para a escola médica, desenhando ferramentas e estabelecendo marcos teórico para esta transformação e consolidando técnicas e práticas pedagógicas” (p.06).

3.1.2 A Comissão de Avaliação das Escolas Médicas

Em 2006 outro movimento vinculado a participação da Associação Brasileira de Educação Médica- ABEM, foi a constituição da Comissão de Avaliação das Escolas Médicas – CAEM, composta na perspectiva de avaliação e expectativa de mudanças das escolas médicas. Com um novo perfil a CAEM é formada por professores envolvidos com avaliação no âmbito da educação médica, juntamente com a representação discente.

O projeto intitulado inicialmente como Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação das Escolas Médicas Brasileiras baseou-se no trabalho de tese de doutorado de Lampert (2002), o qual orientou os trabalhos dessa comissão. Um dos objetivos estava em avaliar, promover e acompanhar as

mudanças da formação do médico de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais com perspectivas a consolidação do SUS. Apoiada pelos princípios do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior- SINAES, a comissão procurou incentivar a construção do processo de avaliação (auto-avaliação, avaliação externa, e meta avaliação).

Posteriormente o projeto passou a denominar-se Avaliação e Acompanhamento das Mudanças nos Cursos de Graduação da Área de Saúde, ampliando por sua vez a participação dos demais cursos da área da saúde.

De acordo com Lampert *et al.* (2009) a CAEM, buscou como resultado:

- Possibilitar o desenvolvimento e a implementação de uma tecnologia avaliativa de processos pedagógicos, considerando-se a estrutura, o processo e os resultados que contemplam o arcabouço delineador da qualidade da formação e do desenvolvimento de profissionais na área da saúde;
- Apontar as fortalezas e os pontos frágeis que requerem mais atenção, visando a subsidiar a readequação dos cursos analisados.
- Fornecer elementos para melhor compreensão dos cenários de prática com a finalidade de potencializar estratégias de ensino, que vão ao encontro da realidade da atuação profissional, no sentido de qualificar a assistência prestada.
- Evidenciar lacunas e fortalezas na parceria ensino e serviço, visando à qualidade da formação de profissionais capazes de atuar segundo tal lógica.
- Contribuir para a formulação de diretrizes referentes à implantação de uma política de acompanhamento e avaliação dos cursos e serviços da área da saúde e outras ações governamentais, expressas nas políticas de saúde e educação (p.02)

A CAEM nas escolas médicas desenvolveu seu trabalho em três etapas, tendo primeiramente a participação de 28 escolas médicas. A primeira etapa

promoveu oficinas regionais para os atores sociais das escolas participantes com objetivo de conhecer e exercitar com seus pares o instrumento de avaliação, que foi representado graficamente por uma roda, como mostrado na (Figura 2). Na segunda etapa o objetivo foi a aplicar o instrumento nas escolas participantes pelos atores sociais que fizeram a oficina. Na terceira etapa a CAEM realizou a análise e retornou os resultados para cada escola.

Dando continuidade ao processo de avaliação, o segundo momento, vislumbrou mais quatro oficinas com o objetivo de construir indicadores ou atributos, considerando a reflexão dos processos de mudança vivenciados em cada escola.

No terceiro momento, do processo avaliativo, uma equipe de professores, participou de uma formação específica, com o objetivo de prepará-los como pesquisadores qualitativos, o que resultou num manual de trabalho de campo, com referencial teórico e instrumentos de avaliação. O manual, portanto, contribuiu na orientação das entrevistas, reuniões e discussão no grupo focal com gestores, professores e estudantes de cada escola visitada. “A visita *in loco* possibilitou uma integração objetiva no processo de pesquisa incluindo observadores participantes que em interação com a escola lançam um olhar externo diferenciado” (LAMPERT, *et al.*, 2009, p. 07).



Figura 2 - Modelo Radiado / Eixos Conceptuais da Educação Médica
 Fonte: Lampert *et al.*, (2009, p.03)

Conforme a representação da Figura 2, o instrumento definia o contexto em cinco eixos: Mundo do trabalho; Projeto Pedagógico; Abordagem pedagógica; Cenários da prática e Desenvolvimento docente. Cada eixo estava ainda orientado por vetores com questões norteadoras.

Através desse instrumento aplicativo foi identificado que entre as 28 escolas médicas, que participaram do processo avaliativo em 2006 treze escolas médicas tinham características consideradas *Avançadas*, oito foram apontadas como *Inovadoras com tendência avançada*, quatro escolas foram consideradas *Inovadoras com tendência tradicional* e três ainda se identificavam no modelo Tradicional. Percebe-se nessa etapa que o movimento de mudança é significativo, conforme apontado na Figura 3. A visão da CAEM/ABEM é de que “todas as escolas possuem movimentos de mudança e consideram os cenários de prática

como primordiais na formação de profissionais e melhor preparados para o atendimento da população e dos princípios do Sistema Único de Saúde” (LAMPERT, *et al.*, 2009 p.07).

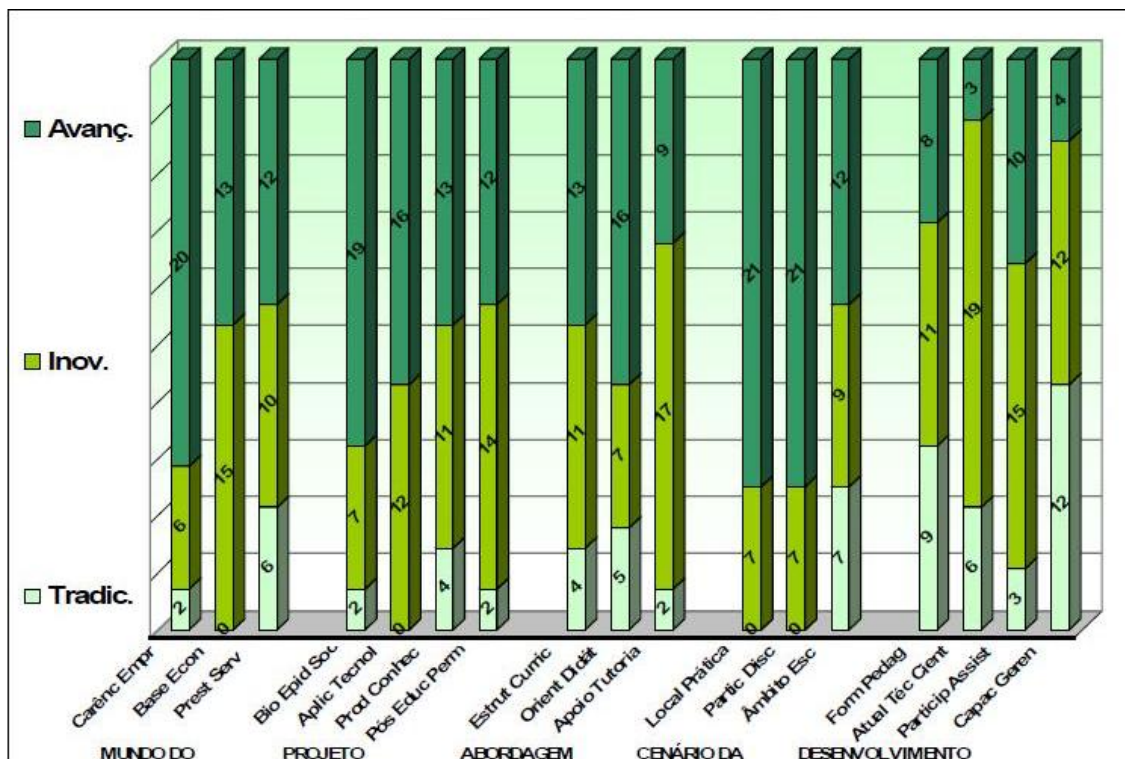


Figura 3 - Mudanças em Escolas Médicas Brasileiras–CAEM/ABEM 2007
 Fonte: Lampert *et al.*, (2009, p.05)

Entendemos que muito antes da construção das Diretrizes Curriculares Nacionais vários movimentos históricos impulsionaram possibilidades de mudanças curriculares na área médica. Estudos de Lampert (2002) mostraram que muitas escolas médicas, já vinham desenvolvendo, nas décadas de 1960 e 1970, propostas curriculares diferenciadas e inovadoras, inclusive partindo das contribuições de trabalhos de análise e recomendações feitas pelos Fóruns Nacionais e Internacionais de Educação Médica. Lampert (2002) identifica algumas experiências de escolas médicas que procuraram inovar, entre elas destaca: a) a Universidade Federal de Minas Gerais, que em 1965, propôs um

currículo compacto, e em 1975, a área clínica integrada e a implantação do internato rural socializados nos trabalhos de CAMPOS; MAGRO FILHO (1979), SIQUEIRA, (1991), e SOBRAL, (1991); b) a Universidade de São Paulo, que em 1968, buscou uma alternativa com novas concepções ao curso convencional, propondo um currículo nuclear, com integração horizontal e vertical das disciplinas, e composição de blocos para o estudo de sistemas (SOBRAL, 1991), (MARCONDES, 1998).

Essas, entre outras experiências, revelam que as escolas médicas estabeleceram no seu processo histórico questionamentos de suas práticas e propostas curriculares, e a partir de suas análises a construção de novas possibilidades. Entretanto, na pesquisa realizada por Christofolli *et al.* (1990), o autor desvelava a inexistência de marco filosófico e conceitual nas propostas, impedindo que se percebesse o impacto das ações curriculares na formação dos profissionais.

3.2 INCENTIVOS AS MUDANÇAS CURRICULARES NA ÁREA DA SAÚDE

Várias políticas ministeriais de caráter formativo vêm sendo implementadas nos últimos dez anos com o propósito de promover mudanças na formação dos profissionais da saúde, tais como:

- a) DCN, a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais da graduação a partir dos anos 2001;
- b) PROMED - Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina, proposto pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação em 2002;
- c) AprenderSUS - Primeira Política voltada para a educação universitária. “O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde”, implantado em

2004, tinha como objetivo viabilizar e fortalecer a relação entre Instituições de Educação Superior (IES) e Sistema Único de Saúde;

- d) FNEPAS - Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde, criado em julho de 2004, que congrega entidades envolvidas com a educação e desenvolvimento profissional na área da saúde; Objetivava contribuir ativamente para a mudança na formação das profissões tendo a integralidade em saúde e a educação permanente como os eixos orientadores;
- e) Pró-Saúde- Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde lançado em novembro de 2005, por meio da Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e Ministério da Educação. O objetivo geral deste programa é a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional;
- f) PET-Saúde- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde instituído a partir da Portaria Interministerial nº 1.507/2007 DEGES/SGTES/MS, DAB/SAS/MS e SESu/MEC.

Estas, entre outras, Políticas para a formação dos profissionais da saúde, estabelecidas pelos Ministérios de Educação e Saúde, tem considerado as necessidades e princípios do SUS - Sistema Único de Saúde, assim como os princípios e perspectivas de mudanças apontadas pelos diversos movimentos dos profissionais das áreas da saúde. Desta forma, tem como objetivo central assegurar a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Segundo Andrade e Bagnato (2010) a partir do reconhecimento dos movimentos históricos defendidos pela categoria, incentivos ministeriais foram traçados. Considerando que, nesse contexto, os processos de mudanças na formação de profissionais não é um processo isolado, exigem articulações de segmentos internos e externos às instituições de Educação Superior, pois:

os processos de mudanças na formação de profissionais da saúde são oriundos dos movimentos da própria categoria, na luta por uma formação voltada para a integralidade da Atenção Básica, equilibrando a excelência técnica e relevância social, com base nas relações entre academia e serviços e as necessidades sociais (p. 44).

Porém, ao longo da história, o descompasso e a desarticulação política estiverem presentes nestes contextos. Cutolo e Delizoicov (2003) recordam que em 1976, reuniões sobre “Princípios Básicos para o Desenvolvimento da Educação Médica na América Latina e Caribe”, objetivavam modificações na formação médica, relacionando-a com a atenção médica e as políticas de saúde. Os autores apresentam as principais recomendações, produto desses estudos, em relação às sugestões de modificação na educação médica, entre elas destacamos:

- Ensino de medicina preventiva e social;
- Integração entre as ciências básicas e clínicas;
- Ensino da prática de medicina comunitária;
- Uso das instituições da rede pública de atenção médica;
- Integração das diferentes profissões da saúde;
- Enfoque de ensino interdisciplinar;
- Flexibilização em seus currículos;
- Estruturação das práticas em níveis crescentes de complexidade;
- Mudanças para métodos alternativos de ensino;
- Programas de formação docente.

Sendo assim, um dos grandes desafios na área da saúde está em consolidar políticas que integrem: ensino e serviços; ciências básicas e clínicas; a integração entre os profissionais da área da saúde numa perspectiva

multiprofissional. Portanto, almeja-se um novo perfil de profissional, ou seja, uma formação generalista, crítico, reflexiva, na efetivação da resolutividade de problemas.

Nesse sentido as atuais políticas de mudança requerem uma aproximação entre as Instituições de Ensino Superior com os serviços públicos de saúde. Por sua vez um novo currículo se faz necessário, um currículo que integre e articule os saberes da profissão com as necessidades sociais. Pois, o distanciamento entre a academia com a realidade dos serviços de saúde, “resultou na construção de currículos sedimentados reproduzindo uma geração de profissionais despreparados para atuarem na complexidade do Sistema de Saúde, ou seja, para assistência à saúde mais efetiva nos problemas prevalentes (ANDRADE E BAGNATO, 2010, p. 44)”.

Vale ressaltar que embora as características de mudanças sejam de fato relevantes para a formação dos profissionais de saúde e atendam as necessidades para a efetivação da resolutividade dos problemas de saúde, de maneira geral esta revalorização do profissional generalista, infelizmente, atende relativizar pressupostos econômicos.

Com o objetivo de problematizar estas políticas destacamos as DCN, PROMED e PRO-SAÚDE trazendo seus objetivos acerca das perspectivas das mudanças curriculares especificamente na área médica.

3.2.1 As Diretrizes Curriculares Nacionais na Área da Saúde

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB, (Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996), trouxe perspectivas de inovações e mudanças na educação nacional. Assegura ao Ensino Superior, por exemplo, maior flexibilidade na organização curricular dos cursos. Prevê uma reestruturação dos cursos de

graduação, com a extinção dos currículos mínimos e a adoção de Diretrizes Curriculares Nacionais específicas para cada curso, como estratégia essencial para as mudanças, bem como autonomia universitária em fixar os currículos dos seus cursos e programas.

Segundo Stella e Campos (2006) as disposições básicas do Edital nº 4/97 esclareciam que:

- O objetivo das diretrizes era servir de referência para as IES na organização de seus programas de formação, permitindo flexibilidade na construção dos currículos plenos e privilegiando a indicação de áreas do conhecimento a serem consideradas, ao invés de estabelecer disciplinas e cargas horárias definidas na esperança da organização de um modelo capaz de se adaptar às dinâmicas condições de perfil profissional exigido pela sociedade, onde a graduação passa a ter um papel de formação inicial no processo contínuo de educação permanente, inerente ao mundo do trabalho;
- Os conteúdos a serem definidos nas diretrizes deveriam ter relação causal com o perfil de competências e habilidades do profissional desejado, para cada área/curso (p.75).

No caso da área da saúde, as Diretrizes Curriculares Nacionais tem como objetivo central formar profissionais adequados às necessidades de saúde da população e aos princípios do SUS. Ceccin e Feuerwerker (2004) destacam que a formulação das Diretrizes correspondem ao esforço intelectual de romper com o paradigma biologicista-medicalizante e hospitalocêntrico, atendendo aos novos desafios da contemporaneidade na produção de conhecimentos e na formação das profissões. Os autores enfatizam ainda que as novas Diretrizes Curriculares Nacionais marcam um importante passo para assinalar, como política, a necessidade de produzir mudanças no processo de formação, já que indicam um caminho, flexibilizam as regras para a organização de cursos e favorecem a integração entre ensino e serviços.

Portanto, é no contexto do ideário da flexibilização que foram promulgadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação. As características dessa flexibilização curricular apontadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais na área da saúde são estabelecidas principalmente mediante atividades complementares, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares; cursos realizados em áreas afins. Outra característica de flexibilização é a possibilidade de utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo o acadêmico conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional.

Em uma incursão sobre a produção científica acerca das Diretrizes Curriculares identificamos algumas pesquisas que analisaram a implantação das DCN na área médica, entre elas destacamos o estudo de Almeida *et al* (2007). Os autores verificaram as principais características do documento oficial nos Projetos Políticos Pedagógicos de cinco cursos de medicina no estado do Paraná. A pesquisa procurou analisar os seguintes aspectos, considerados relevantes para atender as propostas de mudança das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Medicina: a) Perfil do formando; b) Competências e habilidades gerais; c) Competências e habilidades específicas; d) Formação para o SUS; e) Conteúdos essenciais; f) Estágio curricular supervisionado; g) Projeto Pedagógico e o processo de ensino.

A análise dos dados desta pesquisa revelou que dois cursos apresentam grau avançado de implantação das DCN, um curso mostra iniciativa da implantação de alguns aspectos, e dois outros apresentam propostas curriculares bem tradicionais. Para os pesquisadores, os dados obtidos sugerem a existência de uma motivação para a inovação do ensino médico no Paraná, o que se traduz em currículos idealizados com vários princípios inspirados nas DCN. No entanto, é possível que existam diferenças entre currículo prescrito e o que realmente é

realizado. Pode-se suspeitar que, principalmente naquelas IES em que nos projetos constituem praticamente uma transcrição dos artigos das DCN. Concluem que os avanços precisam ocorrer para o desenvolvimento de efetivas mudanças que dependem em parte da geração de consciências construídas por meio de vários mecanismos de capacitação docente, de educação permanente e processos de avaliação (ALMEIDA, *et al.*, 2007, p. 157).

Compreendemos que as Políticas Nacionais de formação aos profissionais dos cursos da área da saúde reiteram a importância das mudanças na Educação Superior para a consolidação das transformações necessárias. Nesse sentido revelam que podem contribuir significativamente no direcionamento e na reorientação da formação dos profissionais da saúde, através de incentivos de mudanças curriculares que visam um novo perfil profissional. Nesta direção, destacamos nessa pesquisa os programas: PROMED - Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina e Pró-Saúde - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde.

3.2.2 Programas de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina

Logo após a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais na área médica (2001), o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação e com a Organização Pan- americana da Saúde, construíram um programa de incentivo às transformações curriculares nos cursos de Medicina, PROMED. O programa, lançado em dezembro de 2002, tinha como lema “uma nova escola médica para um novo sistema de saúde”, estruturado em três eixos para o desenvolvimento das mudanças: orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática.

O objetivo do programa estava em incentivar financeiramente as escolas médicas a reordenarem seus projetos educacionais para as demandas dos serviços de saúde, com ênfase na Atenção Básica - AB e foco na Estratégia de Saúde da Família - ESF. A ênfase desse programa estava em articular ensino e serviços. Outras características e objetivos estavam presentes no programa como:

- Oferecer cooperação técnica e/ou operacional às escolas de graduação em medicina que se dispuseram a adotar processos de mudança nos currículos de seus cursos, com enfoque para as necessidades de saúde da população e do Sistema Único de Saúde.
- Programar estágios nos hospitais universitários e em toda a rede de serviços e atividades extraclasse contemplando os principais problemas de saúde da população.
- Capacitar melhor os estudantes de medicina para atender aos principais problemas de saúde da população, de acordo com a nova realidade de funcionamento do SUS, sendo necessário, para isso, que os cursos de medicina possibilitassem a formação de médicos com competência geral, essencial à ampliação de programas de Atenção Básica, como o Programa Saúde da Família (PSF). (OLIVEIRA *et al.*, 2008, p. 335)

De acordo com Oliveira *et al.* (2008) das 92 escolas médicas existentes em 2002, 55 apresentaram propostas de mudanças curriculares na primeira etapa de seleção. No Ofício Circular nº 220 da Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde são apresentados as 20 escolas médicas selecionadas, a saber:

UNIVERSIDADE FEDERAL	INSTITUIÇÃO ESTADUAL - MUNICIPAL	INSTITUIÇÃO PRIVADA
Universidade Federal de Goiás (UFG)	Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA)	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)	Fundação Universidade de Pernambuco (UPE)	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS)
Universidade Federal do Ceará (UFC)	Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)	
Universidade Federal de Roraima (UFRR)	Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)	
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)	Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho (UNESP)	
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)	Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)	
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)	Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO)	
Universidade Federal Fluminense (UFF)	Universidade Estadual de Londrina (UEL)	
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)		
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)		

Quadro 8 - Escolas Médicas selecionadas no PROMED, 2002
Fonte: Da autora

As escolas médicas selecionadas, localizadas em 09 Estados brasileiros, possuíam diferentes histórias, culturas e variados contextos em educação médica. A partir de 2003, as escolas médicas selecionadas passaram a receber os recursos financeiros para o desenvolvimento dos seus projetos de mudanças.. Muitas delas já haviam iniciado mudanças curriculares nos anos de 1990, estimuladas por diferentes dispositivos e iniciativas dessa época. Mas segundo a

avaliação do membro da Comissão de Seleção do PROMED, José Roberto Ferreira (2002):

o que vimos nas propostas selecionadas foi um esforço louvável de poder estabelecer uma nova abordagem, enfrentando todas as dificuldades e superando as fraquezas inerentes à resistência à mudança, num processo de motivação e reorientação do corpo docente através de debates, assessoria técnica e reconsideração das práticas convencionais, com vistas a uma ampla reprogramação dos currículos – abordando de forma equilibrada a saúde e a enfermidade – uma importante revisão do grau e extensão de utilização dos serviços de saúde - para o qual às vezes se necessita o reaparelhamento dos mesmos e, certamente um relacionamento mais harmônico entre os responsáveis pelas duas vertentes, a educacional e a assistencial - e por último, um verdadeiro treinamento em práticas didático-pedagógicas - com mobilização de recursos que facilitam o auto-aprendizado, introdução do sistema de tutorias e avaliação formativa e, ainda, em muitos casos, exige a preparação de materiais mais adequados para um aprendizado ativo (p.03).

Diante das propostas aprovadas, inicia-se o processo de implementação, cada qual em seu ritmo, dinâmica e envolvimento dos atores comprometidos com as respectivas mudanças. O estudo realizado por Souza (2010) desvela as repercussões desse programa na mudança das escolas médicas. A pesquisa analisou os processos de mudanças em 12 escolas médicas dos 20 projetos aprovados, observou-se algumas características de organização curricular,

11 escolas implantaram um modelo curricular modular como base, sendo que desta, sete tem o modelo modular integrado, duas o modelo modular integrado e Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), duas, o modular integrado e o tradicional, e, a última, o modelo tradicional (SOUZA, ZEFERINO, DA ROS, 2011, p.22).

Uma das críticas levantada por Souza (2010) de que o programa não previu uma avaliação contínua ou acompanhamento das propostas de mudanças.

Apesar do apoio financeiro e de direcionalidade, o PROMED teve somente avanços esparsos e especialmente nas faculdades que já tinham uma história de mudança. O incentivo financeiro aproximou e facilitou a relação com os serviços. Não houve avaliação prevista de impacto para a proposta. Por outro lado ficou claro que é um processo e o PROMED contribuiu especialmente para demonstrar que existe um caminho para ser diferente. Mas uma mudança de fato, transformadora, exige muito tempo, o que o PROMED não conseguiu fazer. São necessárias novas iniciativas para que possa se consolidar mudanças na formação médica (p.128).

Porém, muitas das escolas envolvidas no programa apresentaram seus relatórios através de oficinas e debates ao longo dos anos. A partir desses relatórios foi possível identificar e apontar as fragilidades e os avanços obtidos nesse processo.

Ferreira (2006) também faz uma análise a respeito das propostas desenvolvidas a partir do PROMED, apontando suas principais fragilidades e possibilidades que podem ser revistas em outros programas:

O eixo de orientação teórica foi trabalhado com a intenção de ampliar o âmbito da pesquisa, para cobrir também a Atenção Básica e fazer o mesmo com as opções de pós-graduação, não chegando, entretanto a dar a devida ênfase aos fatores determinantes da saúde e ao enfoque de promoção da saúde;

A integração docente assistencial, ainda desenvolveu-se, em muitos casos no contexto hospitalário, ficando a abordagem comunitária limitada a pequenas áreas carentes, na proximidade da escola;

A abordagem pedagógica foi interpretada por muitas escolas como consistindo essencialmente da utilização do PBL, não havendo sido tomado em conta, o fato de que este método, embora possa favorecer o aprendizado, não chega a poder induzir reorientações mais profundas em relação ao tipo de profissional que se quer formar. Tanto o superespecialista como o generalista, ambos podem beneficiar-se com esta

abordagem, porém ela, isoladamente, não tem a capacidade de induzir as mudanças que são necessárias;

Na aplicação do orçamento foi priorizada, na primeira fase, a contratação de consultores e aquisição de equipamentos, reforçando a escola, porém, não tomando em consideração que o desempenho a nível dos serviços era o objetivo prioritários do programa;

Outro aspecto que merecia ser revisto, foi o excessivo número de debates, em seminários, grupos de trabalhos e oficinas, que algumas escolas adotaram para sensibilizar os professores ao processo de mudança (FERREIRA, 2006, p.94).

Dentro dos aspectos levantados, identificou-se a necessidade de ampliar o programa para outras áreas da saúde, principalmente as que participam diretamente da Atenção Básica de saúde visando uma perspectiva multiprofissional. A partir desses apontamentos e outras avaliações, foi lançado por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde-Pró – Saúde contemplando, na sua primeira fase, os cursos de graduação das profissões Enfermagem, Medicina e Odontologia, que integram a Estratégia de Saúde da Família. A partir da análise feita pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi recomendada a ampliação do Pró-Saúde para as demais profissões da saúde.

Com a publicação da Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, de 27 de novembro de 2007, o programa foi ampliado para todos os cursos da área da Saúde considerando o perfil sócio-epidemiológico da população e as necessidades do SUS.

Para os idealizadores dos programas, tanto o PROMED como o Pró- Saúde visam aprimorar os serviços de Atenção Básica do SUS, focar a relação de ensino e aprendizagem e de prestação de serviço à população. Visa ainda à aproximação

entre a formação de graduação e as necessidades da Atenção Básica, que se traduzem no Brasil pela Estratégia de Saúde da Família.

3.2.3 Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

Inspirado na avaliação do programa – PROMED, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES, em conjunto com a Secretaria de Educação Superior - SESu e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP do Ministério da Educação, elaborou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde. O Programa tem como objetivo central a integração entre ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população (BRASIL, 2005).

O Pró-Saúde tem a perspectiva de que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em distintos eixos, em direção à situação desejada apontada pelas Instituições de Ensino Superior. Antevê uma escola integrada ao serviço público de saúde e que dê respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, em todos estes casos direcionados a construir o fortalecimento do SUS.

Para o desenvolvimento das propostas foram delineados três eixos de transformação: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica, os quais envolvem vetores específicos, conforme mostra o Quadro 9.

1. Orientação teórica	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Priorizar os determinantes de saúde e os biológicos e sociais da doença; <input type="checkbox"/> Pesquisa clínica-epidemiológica baseada em evidências para uma avaliação crítica do processo de Atenção Básica; <input type="checkbox"/> Orientação sobre melhores práticas gerenciais que facilitem o relacionamento, e <input type="checkbox"/> Atenção especial à educação permanente, não restrita à pós-graduação especializada.
2. Cenários de Prática	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Utilização de processos de aprendizado ativo (nos moldes da educação de adultos); <input type="checkbox"/> Aprender fazendo e com sentido crítico na análise da prática clínica; <input type="checkbox"/> O eixo do aprendizado deve ser a própria atividade dos serviços; <input type="checkbox"/> Ênfase no aprendizado baseado na solução de problemas, e <input type="checkbox"/> Avaliação formativa e somativa.
3. Orientação Pedagógica	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diversificação, incluindo vários ambientes e níveis de atenção; <input type="checkbox"/> Maior ênfase no nível básico com possibilidade de referência e contra-referência; <input type="checkbox"/> Importância da excelência técnica e relevância social; <input type="checkbox"/> Ampla cobertura da patologia prevalente; <input type="checkbox"/> Interação com a comunidade e alunos, assumindo responsabilidade crescente mediante a evolução do aprendizado, e <input type="checkbox"/> Importância do trabalho conjunto das equipes multiprofissionais.

Quadro 9 - Eixos e Vetores Pró-Saúde
Fonte: BRASIL, Pró-Saúde (2005)

Em 2007 os eixos do programa são apresentados de forma mais sucinta, com objetivo de dar direção ao processo de reorientação profissional, considerando que o mesmo deva ser avaliado de acordo com esses eixos.

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

- A. 1 Determinantes de saúde e doença
- A. 2 Pesquisa ajustada à realidade local
- A. 3 Educação permanente

CENÁRIOS DE PRÁTICA

- B. 1 Integração ensino-serviço
- B. 2 Utilização dos diversos níveis de atenção
- B. 3 Integração dos serviços próprios das IES com os serviços de saúde

ORIENTAÇÃO PEDAGÓGICA

- C. 1 Integração básico-clínico
- C. 2 Análise crítica dos serviços
- C. 3 Aprendizagem ativa

Entretanto, o programa ao longo de sua trajetória fez um aprofundamento de cada eixo sendo este decomposto por vetores, correspondendo a outros três níveis de estágio. O programa ainda previu uma orientação sobre uma possível auto-avaliação, com o objetivo de acompanhar o processo de mudança na formação e incorporação da integração com os serviços de saúde.

Na primeira fase do Pró-Saúde I, foram selecionados 89 cursos. Destes, 38 são da medicina, 27 de enfermagem e 24 de odontologia. Para o Pró-Saúde II foram selecionados 68 projetos que contemplam 265 cursos da área da saúde, totalizando 354 cursos, conforme Figura 4.

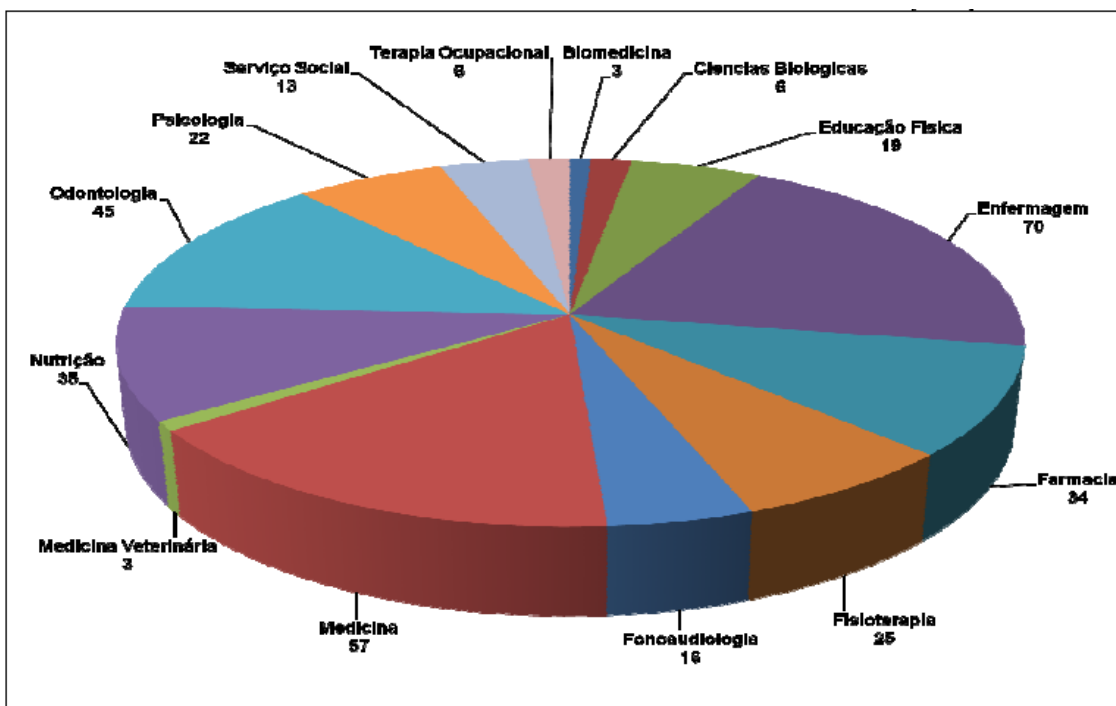


Figura 4 - Pró-Saúde I e II – Cursos Selecionados
 Fonte: BRASIL, Pró-Saúde (2005)

Todos os projetos pressupõem mudanças significativas no campo da formação profissional, na integração ensino-serviço, visando melhor qualidade técnica na Atenção Básica e no processo ensino aprendizagem.

Com o objetivo de dar continuidade ao processo de acompanhamento e avaliação das atividades do Programa, foi realizado o II Seminário do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró – Saúde I, em Brasília nos dias 29 e 30 de maio de 2008, promovido pelo: Departamento de Gestão da Educação na Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Ministério da Saúde; Ministério da Educação; Organização Pan-Americana da Saúde; Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa e parceria do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

A partir da composição de grupos de trabalho, foram promovidas discussões e análises em torno de três temas estratégicos para avaliar o andamento dos projetos: a gestão local, a mudança nos currículos e no processo de articulação interna das Instituições de Ensino Superior - IES e a relação da aprendizagem com os serviços de Saúde, além da interação com os gestores do SUS.

Considerando a diversidade das propostas e contextos locais foram apontados os avanços conquistados, dificuldades encontradas e sugestões de melhorias em torno dos três temas. Em relação à mudança nos currículos e no processo de articulação interna das Instituições de Ensino Superior, foram apresentadas as seguintes questões norteadoras: Como ocorre a formação dos alunos na perspectiva da atenção integral à Saúde? Como ocorre a integração entre os módulos/disciplinas? Como ocorre a articulação entre os diferentes cursos? Quais as propostas de melhoria?

Em relação à formação dos alunos na perspectiva da atenção integral à saúde, foi apontado no relatório do seminário que muitas das escolas médicas procuraram implementar estágios na Rede de Atenção Básica, porém constatou-se a insuficiência desta medida,

as dificuldades para integrar os diversos campos do conhecimento existem, sejam entre as profissões ou mesmo dentro de cada uma delas. Assim como há falta de pessoal docente/tutor com capacidade de abordar os conteúdos dos currículos desta maneira. Por outro lado, a prática clínica hegemônica vem sendo questionada na sua suficiência para a resolução dos problemas do usuário (RELATÓRIO, PRÓ - SAÚDE, 2008, p.19).

Foram apresentadas ainda mudanças qualitativas na compreensão do sujeito na sua totalidade e aperfeiçoamento no diálogo entre profissional e usuário.

Outros aspectos remetem as mudanças curriculares que incorporam e reconhecem a “Atenção Básica como um locus privilegiado para as mudanças no processo de formação” (RELATÓRIO, PRO-SAÚDE, 2008, p.20), sendo esse um dos resultados concretos do programa. Há ainda a valorização de currículos mais flexíveis que promovam maior autonomia dos estudantes no processo de formação. Das experiências relatadas foram identificados vários dispositivos para a reorganização dos currículos, e algumas sinalizam o fortalecimento das articulações interdisciplinares e a tentativa de uma prática integradora. Em relação à organização curricular modular constatou-se que

os módulos possuem formatos variados: horizontal e vertical, morfofuncional, prático-integrativo, teórico - reflexivo - biológico, promovendo a integração entre disciplinas do básico. A metodologia também é variada, com a utilização de situações-problemas e de casos motivadores (RELATÓRIO, PRÓ - SAÚDE, 2008, p.22).

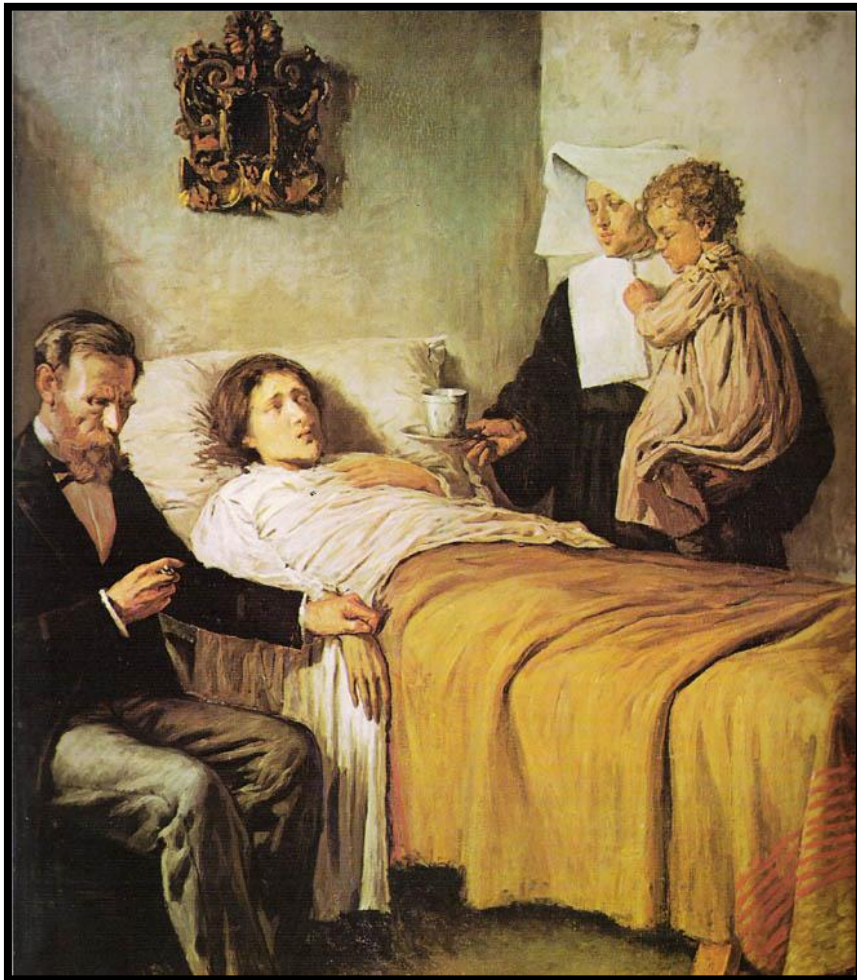
Nos dias 25 e 26 de março de 2009, foi realizado o I Seminário Nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde II - Pró-Saúde II e o I Encontro Nacional dos Coordenadores dos Projetos Selecionados para o Pet-Saúde. O objetivo do Seminário foi acolher os novos representantes dos projetos do Pró-Saúde II e do PET-Saúde e “apoiá-los no desafio de reorientar a formação em Saúde durante o período da graduação e, ao mesmo tempo, atuar sobre produção dos serviços de Saúde” (RELATÓRIO, PRÓ-SAÚDE II, 2009, p.07).

Uma das conferências destacou os objetivos do Ministério da Saúde na indução de reformas curriculares. Uma deles é trazer o diagnóstico da situação prevalente e as perspectivas que se deseja. A sistematização desse objetivo está representado na Figura 5.



Figura 5 - Situação Prevalente e a Perspectiva Desejada
 Fonte: Relatório do I Seminário Nacional do Pró-Saúde II, 2009

Diante de vários relatos apresentados nos Seminários do Pró-Saúde, percebe-se que um dos grandes desafios, da reorientação da formação profissional, está na articulação entre os diferentes saberes e a integração entre os cursos. Porém, várias iniciativas apontam para mudanças curriculares organizadas por módulos, ou por fases, em que vários componentes curriculares estão direcionados para integrar os conhecimentos. Da mesma forma, diversas metodologias, como a problematização e PBL são implementadas para dinamizar o processo ensino aprendizagem, numa perspectiva de tornar os estudantes mais ativos e reflexivos diante de situações reais no contexto da atuação profissional. Mas percebe-se que há necessidade de construir uma cultura de integração.



Ciência e caridade. Pablo Picasso, 1897

Museu Picasso, Barcelona

4 AS PROPOSTAS DE CURRÍCULO INTEGRADO

Eu tive contato com um professor que introduziu aquela imagem diferente do que é uma pessoa, do que é à doença. Pela primeira vez, dezoito anos de formada em medicina, eu comecei a aprender a entender um ser humano, comecei a estudar mais sobre as pessoas (...).

4.1 A UFSC E SUA TRAJETÓRIA HISTÓRICA

A Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC está localizada na cidade de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina. Segundo o censo IBGE do ano de 2010, a população é de 421.203 habitantes, e sua região metropolitana possui 1.012.831 habitantes.

A UFSC foi criada com o nome de Universidade de Santa Catarina, em dezembro de 1960 e recebeu a denominação de Universidade Federal pela Lei n.º 4.759, somente em 20/08/65. A instalação da Universidade tornou-se realidade pelo esforço de muitas pessoas, “desde os mais altos cargos de chefia até os funcionários técnico-administrativos, desde os alunos até os funcionários mais anônimos” (RODRIGUES, 2010, p. 18).

Nos anos seguintes a sua fundação, o Instituto Politécnico ofereceu os primeiros cursos superiores em áreas técnicas do Estado. Portanto, a UFSC representou uma mutação significativa nessa evolução do Ensino Superior Catarinense. Segundo dados do Plano de Desenvolvimento Institucional 2010-

2014 – UFSC, a seqüência histórica de criação das faculdades fundadoras remonta os anos de 1932:

Faculdade de Direito de Santa Catarina, fundada em 1932 e federalizada pela Lei n.o 3.038, de 19/12/56;

Faculdade de Ciências Econômicas de Santa Catarina, fundada em 1943 e reconhecida pelo Decreto n.o 37.994, de 28/09/55;

Faculdade de Farmácia de Santa Catarina, desdobrada, em 1960, da Faculdade de Farmácia e Odontologia de Santa Catarina, esta criada em 1946 e reconhecida pelo Decreto n° 30.234, de 04/12/51;

Faculdade de Odontologia de Santa Catarina, também desdobrada da Faculdade de Farmácia e Odontologia de Santa Catarina;

Faculdade Catarinense de Filosofia, criada em 1951 e reconhecida pelos decretos n° 46.266, de 26/06/59 e n° 47.672, de 19/01/60;

Faculdade de Serviço Social, da Fundação Vidal Ramos, na qualidade de agregada, autorizada pelo Decreto n° 45.063, de 19/12/58;

Faculdade de Medicina de Santa Catarina, autorizada pelo Decreto n° 47.531, de 29/12/59;

Escola de Engenharia Industrial, nas modalidades de Química, Mecânica e Metalurgia, autorizadas pela própria lei que criou a Universidade (UFSC, 2009, p.11).

A partir dos anos 60 houve um crescimento significativo de estudantes na Universidade. Em 1962 havia 700 estudantes matriculados, em 1965, a Universidade contava com 1827 estudantes e em 1966 aumentou para mais de 2.200 alunos, num contexto em que delineavam protestos, repressões, manifestações e mobilizações em relação à deflagração do golpe militar. “O episódio que marcou a Instituição em questão, por longos anos foi, sem dúvida nenhuma, a Reforma Universitária, consequência do governo ditatorial, que também alterou o cenário da UFSC” (SANTOS, 2010, p.39). Portanto, um novo sistema educacional instalava na UFSC.

Outro movimento que registra sua história, e que teve grande repercussão nacional, foi o manifesto realizado durante a visita do Presidente Figueiredo em Florianópolis, em 1979. Esse movimento conhecido como a “novembrada”, dado que ocorreu no dia 30 de novembro, tinha como objetivo a reivindicação de melhorias no ensino.

Já nas décadas de 80 e 90, período em que marcava a reformulação da Educação brasileira, a UFSC continuamente reivindicava a melhoria de trabalho e da qualidade na Educação Superior. Desses movimentos resultaram projetos que geraram mudanças e que constituíram a identidade da Universidade Federal de Santa Catarina e seu desenvolvimento.

De acordo com o levantamento feito em 2009, o corpo docente efetivo da UFSC corresponde a 1.634 profissionais, alocados nos diferentes níveis de formação desde o ensino básico à pós-graduação. A titulação de doutorado do quadro de professores atinge um percentual de 83% e o número de docentes com dedicação exclusiva era, em 2009, de 91%. Nos cursos superiores de graduação da UFSC estão matriculados mais de 25 mil alunos, nas modalidades presencial e a distância. O número de alunos matriculados na graduação da UFSC na modalidade presencial, naquele ano, era de 19.723 distribuídos em 54 diferentes cursos.

No centro de ciências da saúde, encontram-se os cursos de Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição e Odontologia. Na Figura 6 é mostrada a distribuição dos alunos por áreas de conhecimento.

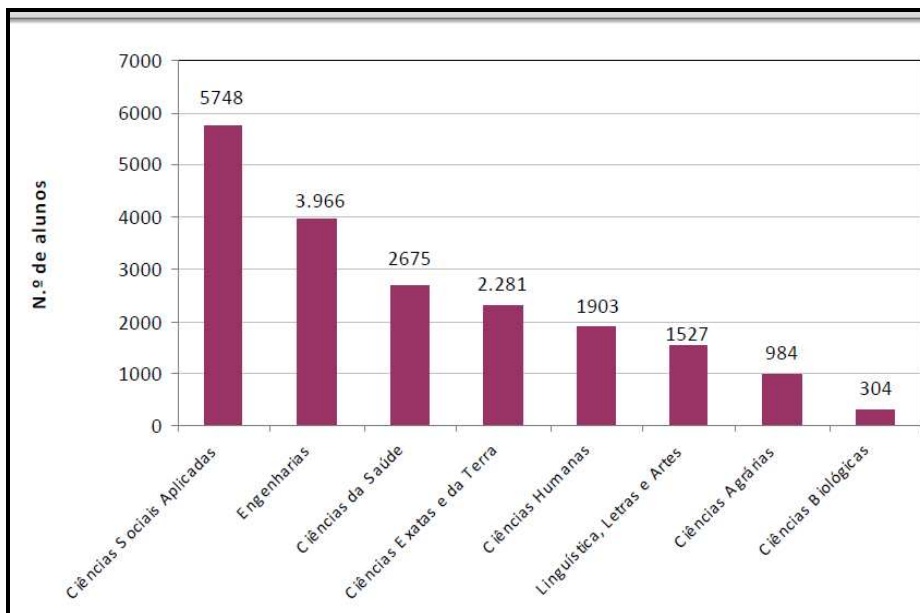


Figura 6 - Alunos Presenciais na UFSC por área de Conhecimento-2009
 Fonte: UFSC – Plano de Desenvolvimento Institucional 2010-2014 (2009, p. 15)

Com a missão universitária aprovada pela Assembléia Estatuinte em 04/06/93, a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) reafirma no seu PDI (2010-2014) a importância de

produzir, sistematizar e socializar o saber filosófico, científico, artístico e tecnológico, ampliando e aprofundando a formação do ser humano para o exercício profissional, a reflexão crítica, a solidariedade nacional e internacional, na perspectiva da construção de uma sociedade justa e democrática e na defesa da qualidade da vida (UFSC, 2009, p.13).

No que se refere à Política de ensino, a UFSC enfatiza a preparação do ser humano para entender e intervir na sociedade. No Plano de Desenvolvimento Institucional - PDI (2010-2014) são definidos os objetivos e suas respectivas metas para o ensino, sendo que os objetivos são: a) assegurar a qualidade do ensino em todos os níveis buscando novos patamares de excelência acadêmica; b) institucionalizar ações inovadoras nas atividades de ensino; c) buscar novos

patamares de excelência acadêmica na Pós-Graduação; d) expandir a oferta de cursos de mestrado profissional e de pós-graduação *lato sensu* com impacto social; e) ampliar o acesso qualificado e a efetividade dos processos de formação; f) institucionalizar ações de interação com os egressos.

4.1.1 O Curso de Medicina na UFSC

A história do curso de Medicina remonta ao início dos anos 50, período em que vários manifestos revelavam a necessidade da criação do curso. Porém, apenas em 1955 a Faculdade de Medicina de Santa Catarina tornou-se real. Embora a data de fundação tenha sido em 1956, foi somente em 29 de dezembro de 1959 que o curso foi autorizado pelo Decreto nº47. 531, sendo que a data da inauguração oficial foi em 18 de fevereiro de 1960.

Com a expansão de estudantes na área da saúde nesse período, e de acordo com o modelo de ensino, acarretou a necessidade da criação de um hospital próprio para as aulas práticas. Entre promessas, movimentos e possibilidades a construção do Hospital Universitário levou praticamente duas décadas até acontecer sua inauguração, passando a ser chamado de “Hospital Universitário Prof.Dr. Polydoro Ernani de São Thiago”, em homenagem ao referido professor.

Foi também na década de 80 que aconteceu a expansão do Centro de Ciências da Saúde, como conseqüência da criação do Hospital Universitário, que “possibilitou o avanço do CCS por meio da assistência, ensino e pesquisa. E, além disso, foi uma das grandes realizações da Universidade para a comunidade catarinense, uma vez que é o único Hospital completamente público do Estado” (BRISTOT, 2010, p.185).

Em relação ao currículo constata-se que o modelo pedagógico adotado desde os seus primeiros anos, tinha características do modelo tradicional. Dessa forma, com foco na medicina curativa e na atenção terciária, num currículo dividido em ciclo básico, clínico e internato médico. Porém, “naqueles anos, embora a orientação curricular já fosse segmentada, o ensino era eminentemente prático, pois havia a participação do aluno juntamente com o professor durante todo o manuseio do paciente, com integração entre as clínicas (PEREIMA; COELHO; DA ROS, 2005, p.17).

Nesse mesmo período os movimentos estudantis e o movimento da Reforma Sanitária apontavam a necessidade de uma Medicina Social. Por sua vez uma nova perspectiva de formação médica, esta, voltada às necessidades reais de saúde da população inseridas no seu espaço social e cultural. Nesse contexto, vários projetos foram realizados por alguns professores do curso de medicina da UFSC com o objetivo de expandir o universo da prática profissional. Com o passar dos anos esses projetos extracurriculares e de extensão passaram a incorporar o currículo.

Mas segundo, Pereima; Coelho e Da Ros, (2005),

a primeira reforma significativa do curso de Medicina, que embora tenha mantido a estrutura curricular de disciplinas do ciclo básico e clínico, ocorreu em 1997 com a expansão do Internato Médico em Saúde Coletiva para a 10ª fase. Naquela oportunidade já estava evidente a necessidade de uma formação médica menos “especialista” e mais voltada para as reais necessidades de saúde da população (p.19).

Segundo os autores, embora tenha havido avanços em relação à inserção oficial dos acadêmicos nas Unidades Básicas de Saúde, as mudanças até então realizadas não eram suficientes para superar os problemas que evidenciavam o currículo da UFSC. Prevalencia a dicotomização entre o ciclo básico e o profissionalizante, com conteúdos não integrados e aumento de disciplinas de

especificidades no ciclo clínico. Em 1993 a avaliação da CINAEM, trouxe aspectos a serem revistos no currículo do curso de medicina da UFSC. Nessa avaliação confirmou-se o modelo curricular fragmentado e com um excessivo número de disciplinas. A partir desse processo de análise ficou evidente a necessidade de rever o perfil profissional médico que estava sendo formado, com perspectivas de construir um perfil médico mais adequado ao Sistema de Saúde e à população.

A partir dos diagnósticos e debates realizados a respeito do curso de medicina, foi instituída uma comissão de reforma curricular, com o objetivo de analisar o currículo e apresentar propostas de mudanças para o colegiado do curso. Essa comissão era formada pelo Coordenador do Curso, por um representante dos Departamentos de Ensino que ministravam aulas no curso de Medicina e representantes discentes. No mesmo período era aprovado as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos Graduação de Medicina, por meio da resolução nº 4 de sete de novembro de 2001, que trazia subsídios relevantes as mudanças curriculares. Também no ano de 2001 foi realizado o 1º Fórum do Curso de Medicina da UFSC, com o objetivo de impulsionar as mudanças curriculares. Participaram do evento professores convidados de outras escolas médicas, com o objetivo de socializar as suas propostas pedagógicas. “Ao final de 2002 delineava-se uma proposta inovadora, adequada à realidade da UFSC, e factível: o Currículo Integrado Modular do Curso de Medicina” (PEREIMA; COELHO; DA ROS, 2005, p.21).

Outro fator importante que contribuiu na viabilidade da construção desse novo currículo foi o programa de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de medicina- PROMED. A partir desses recursos foi possível investir na formação docente, na produção de materiais entre outros aspectos. Em 2003, iniciou a primeira turma do curso de medicina da UFSC na nova proposta delineada como currículo integrado.

4.1.1.1 Elementos do Projeto Pedagógico do Curso da UFSC

Entende-se por Projeto Pedagógico do Curso – PPC, como documento oficial que identifica a natureza do curso, ou seja, revela sua identidade, sua história, sua proposta curricular. O projeto, portanto, estabelece princípios, diretrizes e propostas de ação. Nesse sentido a construção do projeto implica essencialmente num processo de planejamento coletivo, e “que se aperfeiçoa e se concretiza na caminhada, que define claramente o tipo de ação educativa que se quer realizar. É um instrumento teórico-metodológico para a transformação da realidade (VASCONCELLOS, 1995, p. 145). Portanto, ao elaborar um Projeto Pedagógico do Curso se faz necessário envolver a gestão, o corpo docente, discente e demais sujeitos envolvidos no processo, estabelecendo por sua vez o rumo, a direção do caminho a ser perseguido.

Entretanto, a estruturação de um Projeto Pedagógico do Curso pode variar, de acordo com as orientações de cada instituição ou da especificidade de cada curso. No caso do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC, sua organização apresenta os seguintes tópicos: 1) introdução; 2) origem e desenvolvimento histórico do curso na UFSC; 3) concepção filosófica, teórico-metodológica do curso; 4) metas e objetivos do curso; 5) perfil profissional; 6) organização da proposta curricular; 7) procedimentos metodológicos; 8) formas e instrumentos de avaliação e 9) referências.

Logo na apresentação do PPC está explícito que o Curso de graduação em Medicina da UFSC foi construído coletivamente, em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais. O Projeto Pedagógico do curso “tem como finalidade a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre ensino, pesquisa e extensão e assistência” (UFSC, 2005, p.11).

Destaca no documento que o acadêmico é considerado sujeito da aprendizagem, e o professor o facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem.

No PPC de medicina da UFSC há um resgate histórico do processo de construção do currículo integrado, enfatizando dois fatores determinantes na concretização da proposta em 2002. O primeiro, a aprovação das DCN que solidificaram as bases do novo currículo, impulsionando a mudança curricular, e o segundo, o PROMED, que contribuiu para disponibilizar recursos financeiros para sua construção.

A proposta está identificada como currículo integrado, e é representada por uma espiral, “que demonstra um fluxo contínuo tanto ascendente como descendente, fazendo a integração entre os módulos nas fases e as fases entre si, tendo como eixo de integração a Interação Comunitária” (UFSC, 2005, p.11), conforme Figura 7. Assim o currículo de medicina da UFSC está organizado em Módulos por áreas Específicas do Conhecimento e Módulos de Atividades de Interação Comunitária e Atividades Complementares.

O Perfil Profissional

De acordo com a Proposta Pedagógica do Curso de Medicina da UFSC, o perfil profissional está fundamentado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina. A Resolução n.4, CNE/CES de 7/11/2001, descreve no artigo 3º que:

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

Pressupõe que o egresso, através do currículo proposto, se aproprie no seu percurso de formação princípios de saúde mais humanistas, tornando-o mais crítico e reflexivo nas suas próprias ações. Espera-se ainda que desenvolva a capacidade de trabalhar em equipe buscando a integralidade da atenção à saúde. Esse perfil vem ao encontro histórico da necessidade de formação de recursos humanos com características indispensáveis para atuar em serviços do Sistema Único de Saúde – SUS. Outro aspecto que se espera nesse currículo é romper com a formação fragmentada, reconstruindo relações com outras áreas do conhecimento.

O documento ressalta ainda o perfil do egresso, para o exercício da profissão, referendam as competências e habilidades gerais previstas no artigo 4º das Diretrizes Curriculares do Curso de Medicina, direcionadas: a atenção a saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; gerenciamento, administração, e educação permanente. Da mesma forma são destacadas as Competências e Habilidades, específicas de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina.

Objetivos do Curso

As metas e objetivos do curso de medicina da UFSC são delineados a partir do histórico do processo de mudança, no qual foi planejado por professores de diferentes departamentos do curso de Medicina e representantes discentes. Nesse sentido após obter uma análise da realidade em relação ao curso vigente foram estabelecidos objetivos da mudança do currículo tradicional que predominava na época,

- Mudança do ensino seriado para o modular;
- Mudança do eixo didático-pedagógico, com orientação construtivista sociologicamente orientado;

- Integração entre o ciclo básico e o profissionalizante;
- Inserção precoce do estudante na comunidade e no sistema de saúde;
- Internato médico de dois anos;
- Processo de ensino aprendido em espelho com as afecções mais comuns identificadas nos níveis de atenção primária e secundária do Sistema Único de Saúde (UFSC, 2005, p.16).

Diante dos desafios apontados no processo de mudança o documento ressalta os principais aspectos facilitadores, como também as fragilidades que impactaram esse processo. Da mesma forma destaca a necessidade de criar estratégias adequadas à realização das metas a que o projeto se propõe.

Os principais pontos fortes apresentados no documento e que facilitaram a realização do Projeto de Mudança Curricular foram:

- Engajamento de profissionais, administradores, estudantes e membros da sociedade civil, aliado à afirmação, por parte destas pessoas, de uma vontade de mudar;
- Momento político institucional propício a viabilidade do projeto, que se apresenta coerente com as posições manifestadas nas várias instâncias institucionais;
- Estruturas articuladas com novas propostas de assistência-ensino-aprendizagem, como por exemplo, Distrito Docente Assistencial, Serviço de Saúde Pública, Residência Médica em Saúde da Família e Postos de Saúde;
- Comprometimento progressivo do corpo docente com a necessidade do direcionamento segundo as Diretrizes Curriculares do MEC, com a instalação de uma comissão permanente de mudanças curriculares, que discute junto aos diversos departamentos do Curso estas novas propostas, com representantes discentes e apoio dos órgãos diretivos da UFSC (UFSC, 2005, p.17).

As fragilidades detectadas no processo de mudança curricular se caracterizam nas seguintes dimensões:

- Resistências às mudanças estruturais;
- Modificações das estruturas de relacionamento;
- Estabelecimento de canais de comunicação eficazes e transparentes;
- Elaboração de um plano que contemple a distribuição de horas de trabalho;
- Burocracia universitária acostumada a medir produtividade por números de horas estanques;
- Resistências a mudanças apesar da participação e disposição de uma maioria no sistema, localizam-se ainda pessoas e grupos que resistem mais fortemente às propostas do Projeto de Mudança Curricular (UFSC, 2005, p.18).

Para alcançar os objetivos do projeto, foi previsto mecanismos de avaliação permanente, como a constituição de comissão de avaliação integrada por docentes numa perspectiva de diagnosticar e propor mudanças.

Concepção de currículo integrado e desenho da matriz curricular

A organização curricular do curso de medicina da UFSC, sinalizada como currículo integrado, visa desenvolver o perfil profissional apresentado no projeto. Nesse sentido tem como eixo integrativo a Interação Comunitária, que objetiva a inserção do acadêmico na comunidade desde as primeiras fases do curso.

Essa aproximação facilita a compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença, contribuindo assim para formação de profissionais conscientes das necessidades da população e principalmente do seu papel enquanto cidadão na construção e consolidação do SUS, movimento este que vai ao encontro das Diretrizes Curriculares (UFSC, 2005, p.83).

Assim, essa interação entre o acadêmico e a comunidade, possibilita integrar teoria e prática, como também integrar o conhecimento técnico, procedimental em situações diversas no contexto da realidade populacional.

Outro aspecto, mencionado no PPC é a integração entre ensino e projetos de extensão, ampliando suas possibilidades de inserção no campo social e cultural. Nesse aspecto o projeto vem ao encontro das DCN, quando propõe no Art. 6º, parágrafo II, que o conteúdo essencial do curso de graduação em medicina é a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais do processo saúde-doença.

De acordo com o projeto do curso a interação do acadêmico, nos diversos cenários de prática, fez com que houvesse uma maior integração entre ensino e serviços, trazendo por sua vez possibilidades de estabelecer parcerias entre a gestão local e a Universidade.

Em decorrência da necessidade de uma melhora na qualidade da assistência à saúde, vem sendo construída nos últimos anos uma nova realidade no sistema público de saúde. Estruturar e organizar o Módulo de Interação Comunitária fez com que se implementassem parcerias com instituições como a Prefeitura Municipal de Florianópolis e Universidade Federal de Santa Catarina, do qual resulta o Programa Docente-Assistencial (UFSC, 2005, p.84).

Portanto, o eixo norteador do currículo integrado do curso de medicina da UFSC é a Interação comunitária. Sua estruturação em módulos temáticos integra os módulos nas fases, bem como as fases entre si. Com essa configuração de currículo, o desenho curricular do curso de Medicina da UFSC foi representado num modelo espiral, Figura 6, numa concepção de currículo globalizante. Segundo Anastasiou (2005), “um modelo curricular globalizante adota diferentes formas de processar o conhecimento, pela parceria estabelecida entre os sujeitos envolvidos: alunos e professores” (p.125). Para a autora os currículos integrativos ou globalizantes, vão além de um saber memorizado, pois,

os saberes estão associados ao processo de construção, a um saber fazer, saber como, saber por que, saber para que, que se estruturam em torno de princípios da complexidade, tornando-se como complexo aquilo que é tecido junto. Daí, a importância da realidade como ponto de partida e de chegada nos momentos e na abordagem dialética que a metodologia nos propõe (ANASTASIOU, 2005, p.128).

Assim, a proposta de currículo integrado do curso de medicina, além de articular os saberes com as práticas, num processo reflexivo, superando os limites disciplinares, revela o compromisso social.

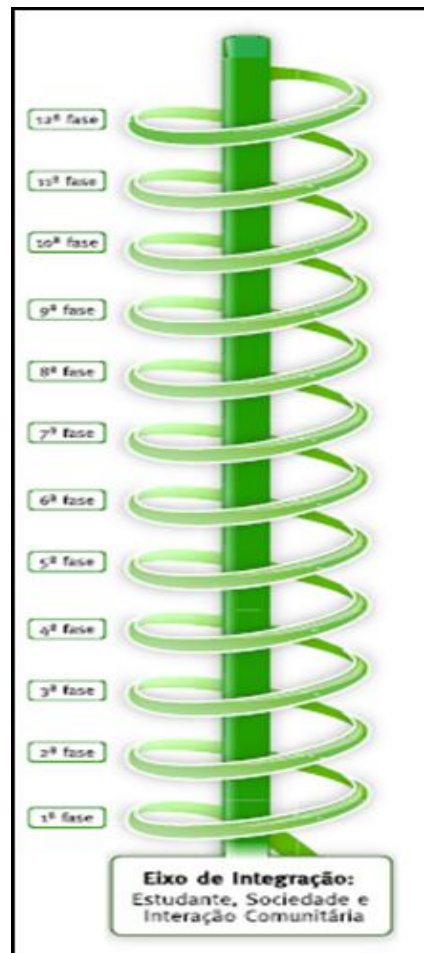


Figura 7 - Representação do Currículo do Curso de Medicina da UFSC

Nesse contexto os módulos do curso de medicina abordam conhecimentos cognitivos, atitudinais e procedimentais, sendo que no primeiro ano do curso o Currículo Integrado compreende dois módulos por semestre:

- Saúde e Sociedade
- Interação Comunitária

Os Módulos nesse período têm o objetivo de iniciar “a apreensão de conhecimentos relativos aos aspectos morfofuncionais do ser humano saudável e suas inter-relações com a família, comunidade e ambiente de trabalho” (UFSC, 2005, p. 12).

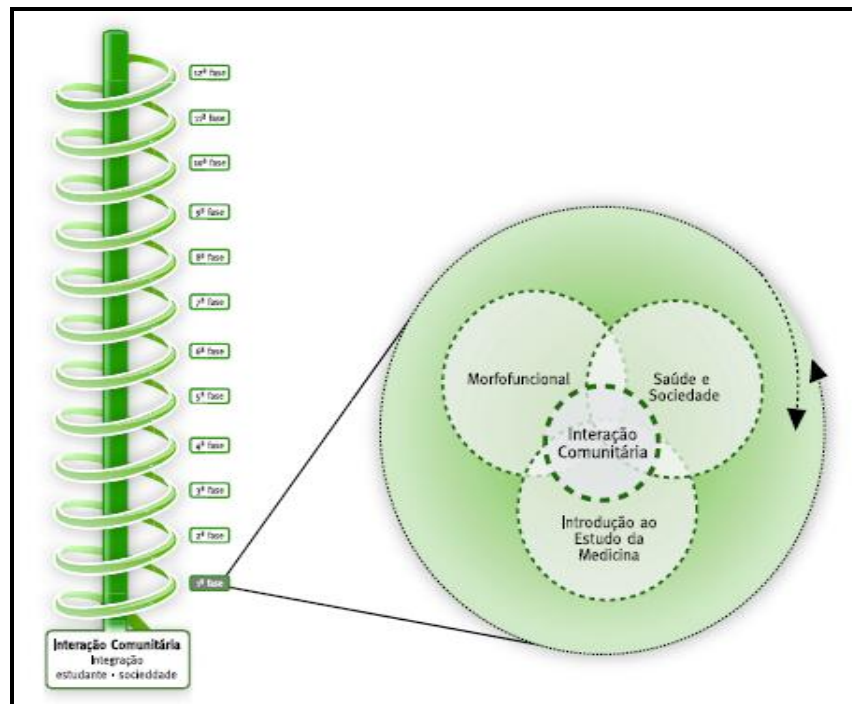


Figura 8 - Módulos da Primeira Fase

Fonte: UFSC-Projeto Pedagógico do Curso de Medicina (2005, p. 29)

A partir do segundo até o quarto ano do curso, o Currículo Integrado compreende mais 5 módulos em cada semestre, aumentando a complexidades de suas relações:

- Saúde da Criança
- Saúde da Mulher
- Saúde do Adulto
- Saúde e Sociedade
- Interação Comunitária

Dessa forma o módulo de Interação Comunitária “desenvolve, da 1ª à 4ª fase, atividades junto à comunidade, havendo uma inter-relação com os módulos de Saúde e Sociedade, Saúde da Criança, Saúde da Mulher e Saúde do Adulto” e na “5ª à 8ª fase, os acadêmicos, tendo como referência a Unidade Local de Saúde (ULS), inserem-se nas suas atividades, iniciando a atuação em técnicas da clínica, com vistas à racionalidade médica” (UFSC, 2005, p.86).

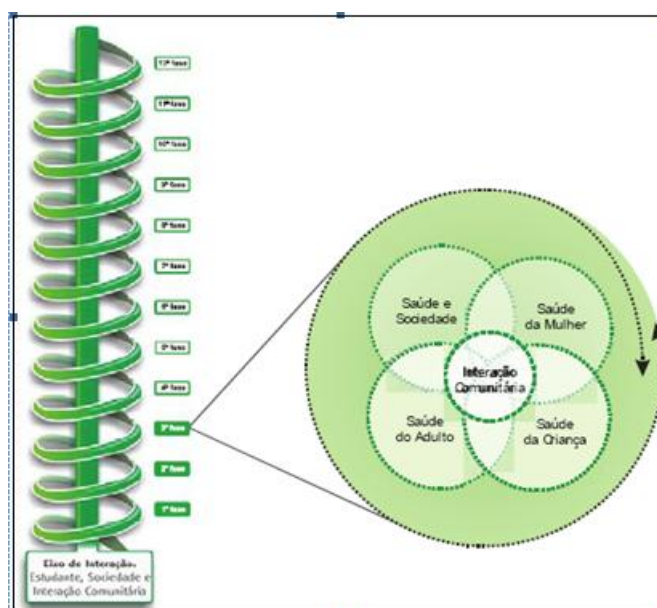


Figura 9 - Módulos da Terceira Fase
Fonte: UFSC-Projeto Pedagógico do Curso de Medicina (2005, p. 30)

De acordo com PPC (2005) a construção do Currículo integrado segue uma espiral ascendente de complexidade dos níveis de atenção, ou seja, na Atenção Básica, secundária e terciária, procurando estabelecer:

uma imagem espelho entre os conhecimentos apreendidos e sua correlação com as necessidades sociais de saúde encontrados na população em seus diferentes níveis de atenção. Cada Módulo procura apresentar eixos integrativos do raciocínio médico, relacionado com as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde, potencializando a abordagem construtivista sociologicamente orientada de aprendizagem, utilizando-se de uma abordagem relacional do conteúdo e do estudo em grupo (PPC, 2005, p. 13).

Já o Estágio Curricular, caracterizado nos cursos de medicina em regime de Internato, possui a duração de dois anos, “está pautado em uma formação ética e humanista, o acadêmico deve ter a compreensão dos aspectos biopsicossociais do ser humano saudável e da integralidade do processo saúde e doença” (PPC,UFSC, 2005, p. 13). O Estágio Curricular enfatiza as áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva.

Assim, a concepção de currículo integrado é evidenciada no documento do curso, quando explicita que um currículo integrado,

supera a multidisciplinaridade, na direção da articulação dos conteúdos curriculares a partir de eixos, módulos, projetos, pesquisa e resolução de problemas, e centra-se no princípio de que o acadêmico constrói o conhecimento utilizando-se de uma abordagem relacional do conteúdo, ou seja, a interdisciplinaridade. O acadêmico é estimulado a realizar atividades de forma a construir, no pensamento e pelo pensamento, as relações essenciais pretendidas no currículo, apropriando-se delas, buscando a construção contínua e processual de sua autonomia (UFSC, 2005, p.87).

O currículo integrado apresentado no documento oficial do curso de medicina da UFSC é detalhado como um novo desenho curricular, que deixa de

ser representado como o tradicional modelo de grade. A partir dessa matriz globalizante, organizado por fases e módulos são definidos os objetivos da proposta e a organização de um Programa de Aprendizagem.

Para Anastasiou (2005) os objetivos, propõem o processo integrativo das áreas do conhecimento. A autora propõe alguns elementos que podem auxiliar nessa construção:

- definição do tema, foco, problema, objeto de estudo;
- determinação dos conhecimentos necessários, incluindo as áreas que devem subsidiar e/ou complementar o objeto pretendido;
- desenvolvimento de eixos integrativos para cada fase ou módulo do curso, com tópicos, questões, elementos que serão investigados;
- definição das ações e estudos na direção do foco;
- reunião de dados e conhecimentos atuais e novas informações necessárias, integrando-os num todo coerente e relevante;
- explicitação de um vocabulário comum e integrativo dos campos/áreas de estudo, encaminhando os conflitos existentes entre eles;
- efetivação da comunicação através de estratégias integradoras;
- análise e avaliação das contribuições obtidas em sua adequação, relevância e adaptatividade;
- ratificação ou rejeição de soluções e propostas obtidas;
- decisão sobre o processo de continuidade da tarefa, através de síntese significativa acerca de estudo (p.132,133).

Os Programas de Aprendizagem no curso de Medicina da UFSC são propostos como documentos norteadores durante o processo ensino aprendizagem. De acordo com o PPC de medicina da UFSC a avaliação da aprendizagem do acadêmico será avaliada, de acordo com o desempenho em

cada módulo, frente aos objetivos propostos nos Programas de Aprendizagem dos Módulos.

Outro aspecto que é destacado no currículo integrado do curso de Medicina da UFSC, é que os conteúdos abordados são divididos em conceituais, procedimentais e atitudinais de acordo com a categorização proposta por Zabala (2002).

Segundo Anastasiou, (2005) além da organização destes aspectos cognitivos, procedimentais e atitudinais em redes relacionais "é preciso organizá-los em níveis de abordagem do processo: introdutório, fundamentos e aprofundamentos" (p.136). A autora faz uma reflexão abordando que neste caminhar, é desafiante integrar nos diferentes módulos

os dados captados na realidade com os elementos teóricos propostos. Aí se inserem os eixos integrativos, que possibilitarão definir os níveis (introdução, fundamentos e aprofundamentos) e a melhor forma de apropriação dos nexos pretendidos, em cada momento curricular, num crescente de complexidade, isso é, de tessitura (p.136).

Assim a ênfase da integração curricular expressa no campo de recontextualização pedagógica através do projeto do curso de medicina da UFSC está na Integração entre ensino, pesquisa, extensão e assistência, e essencialmente na relação entre teoria e prática, caracterizada em várias ações do currículo. O mesmo foi produzido pedagogicamente, a partir de premissas construtivistas, promovendo o estudante como sujeito ativo na construção do conhecimento. Um dos desafios que caracteriza essa proposta é inserção do acadêmico na comunidade nas primeiras fases até o estágio realizado nas fases finais do curso, buscando desenvolver essa autonomia profissional. Outra característica do currículo integrado é o próprio desenho que representa a matriz curricular globalizante, procurando enfatizar principalmente a integração das áreas de conhecimentos.

4.2 A UNOCHAPECÓ E SUA TRAJETÓRIA HISTÓRICA

A Universidade Comunitária Regional de Chapecó- UNOCHAPECÓ está localizada na cidade de Chapecó, na região oeste do estado de Santa Catarina. Fundada em 25 de Agosto de 1917, Chapecó é considerada a capital brasileira da agroindústria e possui 183.530 habitantes, ocupando a posição de 6º maior cidade do Estado, em população.

Etimologicamente o nome Chapecó provém do tupi *Xapeco*, que significa lugar de onde se avista o caminho da roça (plantação), mas também tem uma relação com o Rio Chapecó.

A instituição foi credenciada como Universidade pelo Decreto Estadual nº 5.571, em agosto de 2002. Sua história está relacionada ao movimento denominado Pró-ensino Superior no Oeste do Estado de Santa Catarina, que reuniu lideranças políticas e econômicas locais e regionais com o objetivo de garantir a oferta de educação à população da região. Desse manifesto resultou a criação da Fundação Universitária do Desenvolvimento do Oeste - FUNDESTE, através da Lei Municipal nº 141/71. Esta fundação é mantenedora da UNOCHAPECÓ.

Seus princípios, objetivos e finalidades estão explicitados em seu Estatuto. Em relação aos objetivos destacam:

- I. Criar, estimular e difundir valores culturais e conhecimentos científicos através da conjugação do ensino, da pesquisa e da extensão, voltado à formação educacional cidadã e interdisciplinar;
- II. Promover ações que contribuam com o desenvolvimento regional e a integração comunitária;

- III. Formar profissionais que se caracterizem pela excelência teórica, técnica e política, aliando formação profissional e preparação para o exercício da cidadania;
- IV. Constituir-se em centro de referência para as questões regionais através da especificidade da ação universitária;
- V. Estabelecer intercâmbio com instituições universitárias, de pesquisa e outras agências públicas ou privadas, nacionais e internacionais.

Porém, na década de 80, no processo de implantação de novos cursos, e a sua expansão na região, fez com que o Ensino Superior fosse oferecido em várias regiões através da FUNESC- Fundação do Extremo Oeste de Santa Catarina, em São Miguel d' Oeste, e da FEMAI- Fundação Educacional do Alto Irani, em Xanxerê. Em 1992 foi criada a Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC, como resultado da fusão das Fundações Municipais de Ensino Superior da cidade de Chapecó. Dessa forma,

o imperativo da expansão, sem dúvida foi o que obteve maior êxito, uma vez que, a instituição passou a abranger uma área equivalente à aproximadamente um terço do território do estado de Santa Catarina e pode diversificar a oferta de cursos e ampliar o número de vagas (PIT, 2005, p.99).

De acordo com Pit (2005) houve um crescimento de mais de 140% dos alunos no período entre 1992 a 2001, ou seja, de 4.282 alunos passou para 15.617 no primeiro semestre de 2001. Da mesma forma o crescimento de número de docentes na UNOESC passou de 224 profissionais para algo em torno de 905. Porém, no auge do seu crescimento, a integração entre as instituições em cada um dos cinco Campi, desvelava concepções e práticas universitárias diferenciadas. A falta de articulação provocou a fragmentação das ações.

Fatores que acabaram por acirrar as divergências internas entre os campi. Diante disto, e após um processo de cisão que durou aproximadamente dois anos, o Campus Chapecó foi desmembrado da UNOESC, criando-se assim a UNOCHAPECÓ, que foi credenciada pelo Decreto Estadual nº 5.571, em 27 de agosto de 2002 (PIT, 2005, p.100).

Dessa forma a FUNDESTE foi reativada e assumiu integralmente as atividades do Campus Chapecó, que consolidou a UNOCHAPECÓ. Assim, em 2002 após aprovação do Conselho Estadual, a UNOCHAPECÓ, foi regida por seus ordenamentos em consonância com os da mantenedora, dando continuidade às políticas já construídas.

Conforme o Regimento Geral da Instituição (2010), a UNOCHAPECÓ passou por diversas formas de gestão acadêmica, com maior ou menor autonomia, da execução de cursos nos diversos níveis. Essas unidades foram chamadas de departamentos, depois de centros e neste momento passaram a receber o nome de Área, definindo Áreas como instâncias institucionais, com atribuições de gestão acadêmico-administrativa. Em consonância com as políticas e diretrizes dos órgãos superiores e aquelas estabelecidas nos ordenamentos da UNOCHAPECÓ, congregam docentes, para atuação integrada nas dimensões de ensino, pesquisa e extensão. A nucleação ocorre pelo critério de afinidade na área de conhecimento ou formação acadêmico-profissional. De acordo com o Regimento (2010) no artigo 4, são áreas da UNOCHAPECÓ:

- I- Área de Ciências Exatas e Ambientais
- II- Área de Ciências Humanas e Jurídicas
- III- Área de Ciências da Saúde
- IV- Área de Ciências Sociais e Aplicadas

De acordo com o Regimento estão vinculados a Área de Ciências da Saúde os cursos de: Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia e o Curso Superior de Tecnologia em Gastronomia.

Em 2011 a UNOCHAPECÓ possuía 44 cursos de graduação e tecnólogos, 23 cursos de pós-graduação *lato sensu*, dois cursos de pós-graduação *stricto sensu* próprios (Mestrado em Ciências Ambientais e em Políticas Sociais) em funcionamento, além de outros dois em convênios com outras instituições (Mestrado em Direito, com UFSC, Minter: Enfermagem; Mestrado em Engenharia Biomédica, Minter com UniVap), e ainda um Dinter em Engenharia de Produção.

4.2.1 O Curso de Medicina da UNOCHAPECÓ

A partir da década de 1990 os primeiros cursos da área da saúde da UNOCHAPECÓ tiveram seus projetos implementados, conseqüentemente os primeiros laboratórios e infraestrutura foram criados. Neste processo, de constituição dos cursos da área da saúde, a comunidade regional, através dos dirigentes políticos, apontava a necessidade de profissionais na área médica. Uma das dificuldades apresentadas estava em contratar e manter profissionais médicos para atuar no Sistema Único de Saúde- SUS da região. A partir desse contexto tornou-se necessário a implantação de um curso de graduação em Medicina, com o objetivo de atender a principal demanda social.

Assim, partindo da necessidade de um novo perfil médico para atender as demandas de saúde no país e na região oeste de Santa Catarina, foi proposto a um grupo de docentes da instituição a construção de um projeto viabilidade do Curso. Na ocasião o grupo participou ativamente dos debates referentes às Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina, realizado no Congresso da Rede Unida no ano de 2002 em Londrina- PR.

Neste mesmo evento, foi possível verificar a realidade da grande maioria das escolas médicas do Brasil, onde grandes mudanças deveriam ser realizadas para responder o que as novas Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em Medicina preconizavam (UNOCHAPECÓ, 2011, p.26)

Considerando, a necessidade de um novo perfil médico, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais e as experiências de algumas escolas médicas que propuseram projetos de mudanças curriculares, foi construída a proposta de currículo integrado para o curso de Medicina da UNOCHAPECÓ.

A forma de integração dos conteúdos foi organizada em módulos e em grandes temáticas dentro de cada fase, sendo que a complexidade destes conteúdos seria trabalhada de forma contínua e gradual. Esta formatação resultou em um desenho curricular com seis dimensões que perpassariam os seis anos da graduação, de forma integrada e em espiral crescente. (UNOCHAPECÓ, 2011, p.26).

Assim o curso de Medicina da UNOCHAPECÓ foi implantado em fevereiro de 2006, tornando-se o curso de medicina mais novo de Santa Catarina até o momento. Em agosto de 2011 passou pelo processo de Reconhecimento de Curso, com a visita de uma comissão do Conselho Estadual de Educação. Desde sua implantação, mantém a oferta de 40 vagas anuais de ingresso, e obteve o maior número de inscritos em relação às demais escolas médicas de Santa Catarina nos três últimos anos. O curso de graduação em Medicina da UNOCHAPECÓ possui convênio com a Secretaria Municipal de Saúde e assim possui acesso a toda a Rede de referência e contra referência do Município de Chapecó.

A partir dos programas Pró-Saúde e o PET-saúde o curso de medicina da UNOCHAPECÓ teve a oportunidade de ampliar as possibilidades de qualificar a formação dos profissionais, dos acadêmicos e a integração entre ensino e

serviços. Vários relatos são apontados em relação a experiências nesses dois programas, entre eles destacamos:

a avaliação realizada pelos envolvidos com as atividades até aqui são bastante positivas, indicando a importância do projeto para a formação profissional, que contribuiu para mudanças na compreensão da necessidade de entender e valorizar o trabalho multi e interdisciplinar e a aproximação com usuários e comunidade como fundamental para a “qualificação do SUS”. (UNOCHAPECÓ, 2011, p.209).

Para contribuir no perfil do Médico almejado, além da integração academia e serviços, os acadêmicos estão envolvidos na comunidade propondo práticas educativas integrativas. Desse modo propõe um currículo globalizante, envolvendo opções teóricas e metodológicas, que veremos mais adiante.

4.2.1.1 Elementos do Projeto Pedagógico do Curso

A importância da construção de um Projeto Pedagógico do Curso está na definição da sua direção, nas escolhas conceituais e das ações que compreendem a organização do trabalho pedagógico numa perspectiva transformadora. Nesse contexto a elaboração do currículo define aspectos voltados diretamente para a prática pedagógica, a partir de diferentes elementos envolvidos no processo educativo. Na construção de um currículo também se desdobram as lutas em torno dos diferentes significados sobre o social, sujeito, conhecimento, aprendizagem, entre outros conceitos. “É por meio do currículo que os diferentes grupos sociais, especialmente os dominantes, expressam sua visão de mundo, seu projeto social, sua ‘vontade’” (SILVA, 2001, p.10).

O curso de Medicina da UNOCHAPECÓ nasce, portanto, num contexto de incentivos de mudanças curriculares às escolas médicas em todo país, num momento em que as Diretrizes apontavam rumos para um novo perfil médico.

Pautado nas Diretrizes Curriculares e nas avaliações das escolas médicas ocorridas até 2001. Nesse sentido a comissão de criação do curso de medicina, teve como desafio propor um curso que atendesse as novas expectativas da formação médica e demandas sociais. Após diversos movimentos e intensos debates, o curso foi implantado somente em 2006, e em 2011 completou o ciclo de implantação do Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UNOCHAPECÓ.

Assim, a proposta curricular do curso de graduação em Medicina partiu da visão de homem como um ser histórico, inserido na complexidade de uma teia de inter-relações. Nesse contexto o Projeto Pedagógico do Curso apresenta, inicialmente, alguns artigos produzidos por consultores, pelo coordenador do curso na ocasião, e pelos professores que participaram do processo de construção da proposta. Os textos trazem reflexões históricas, filosóficas, teóricas, metodológicas da proposta. Além destes temas, os autores abordam sobre o processo de mudança curricular na Educação Médica no Brasil, e os conceitos do currículo globalizante. Destacamos alguns fragmentos dos textos que se referem à proposta do curso de medicina da UNOCHAPECÓ.

Grosseman (2005), ao fazer um resgate histórico dos processos de mudanças no contexto das escolas médicas no Brasil, identifica que é no contexto inovador que nasce o curso de medicina da UNOCHAPECÓ. Identifica que o curso implantado em 2006 objetivava uma ação protagonista na formação do profissional direcionado a Atenção Básica, com ênfase

nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial àquelas voltadas para o fortalecimento da Atenção Básica, a partir dos seguintes objetivos: estabelecer, de forma sistemática e auto-sustentável, protocolos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas; deslocar o eixo central do ensino médico da concepção exclusiva da enfermidade, incorporando noção integralizadora do processo saúde doença e da promoção da saúde, com ênfase na Atenção Básica; propiciar a ampliação dos cenários e da duração da prática educacional na rede de

serviços básicos de saúde; e, favorecer a adoção de metodologia pedagógicas ativas e centradas no estudante, visando prepará-los para a auto-educação permanente em um mundo de constante renovação da ciência (GROSSEMAN, 2005, p.09).

Na visão de Lea Anastasiou (2005), também consultora na ocasião, defende que os processos de ensino e de aprendizagem da proposta do curso de medicina da UNOCHAPECÓ se orientam através de procedimentos, que superam os limites das disciplinas, com uso de estratégias e projetos integrativos definidos pelo coletivo de professores, e aponta que,

neste projeto integrado do curso de Medicina da UNOCHAPECÓ, pontuamos a visão de conhecimento como algo histórico, datado e, assim, provisório, relativo; o foco em ações de observação, análise, composição e recomposição de informações, argumentos, dúvidas, idéias; a proposta dos eixos integrando as áreas de conhecimento; a construção e seleção de estratégias diversificadas para a aceleração do pensamento construtivo e autônomo do estudante (UNOCHAPECÓ, 2005, p. 17).

No PPC encontramos também os principais fundamentos legais norteadores na construção do documento:

- Regulamentação da profissão: Lei no. 3.268, de 30.09.57;
- Lei 9394/96, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional;
- Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Medicina - parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001;
- Padrões de qualidade para implantação e funcionamento dos Cursos de Graduação em Medicina;
- Código de Ética Médica;
- Políticas e Diretrizes da Graduação da UNOCHAPECÓ

Além dos referenciais teóricos outros elementos constituem o PPC da medicina da UNOCHAPECÓ, como: os objetivos do curso; o perfil do egresso e competências; a organização curricular e o processo pedagógico; o processo de

avaliação/acompanhamento em currículos integrativos; o processo de gestão do curso; perfil docente e competências, seu processo de qualificação e seleção.

O Perfil Profissional

Em relação ao perfil do médico formado pela UNOCHAPECÓ o documento visa contemplar uma formação:

generalista, humano, 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. A formação do médico deverá conferir também o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe (UNOCHAPECÓ, 2005, p.39).

Esse perfil de profissional se diferencia do profissional historicamente formado no modelo tradicional, na lógica biológica e hospitalocêntrica. Assume o pressuposto de um novo perfil para o profissional médico, de acordo com as necessidades, demandas e expectativas relativas ao desenvolvimento do setor da saúde, com compromisso social, político, ético por parte de todos os sujeitos envolvidos no processo.

Tendo em vista as competências e habilidades gerais das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina, o PPC de medicina da UNOCHAPECÓ contempla no perfil do médico as seguintes competências e habilidades previstas nas DCN no art.4:

- **Atenção à saúde** - devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma

integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos.

- **Tomada de decisões** - o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas médicas.
- **Comunicação** - os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- **Liderança** - liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz; tendo em vista o bem-estar da comunidade.
- **Administração e gerenciamento** - os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
- **Educação permanente** - os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática.

Objetivos do Curso

No PPC de medicina da UNOCHAPECÓ estão delineados o objetivo geral e os objetivos específicos. Quanto ao objetivo geral o PPC apresenta:

formar um profissional médico generalista que saiba resolver os problemas comuns de saúde e doença da comunidade, tendo compromisso com o bem estar do ser humano, independente, de sua condição social, além de contribuir para a criação de novos conhecimentos, a partir da prática baseada em evidências científicas (UNOCHAPECÓ, 2005 p.37).

Em relação aos objetivos específicos estes estão relacionados às atividades pedagógicas desenvolvidas no curso, assim propõe que o estudante de medicina deverá:

- desenvolver sensibilidade e habilidades para atuar na promoção de estilos de vida saudáveis, nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário, utilizando adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos;
- apropriar-se de conhecimentos para a promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças e para a utilização de técnicas apropriadas de comunicação a seus pacientes, familiares e comunidade;
- apropriar-se de conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocioambiental subjacentes à prática médica e desenvolver raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;
- apropriar-se de conhecimentos necessários ao tratamento correto das principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;
- desenvolver a sensibilidade para reconhecer as suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral, bem como para a otimização do uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;
- apropriar-se de conhecimentos para a realização de procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;
- aplicar os princípios da metodologia científica, de modo a efetuar a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos médicos;
- apropriar-se dos meios (conhecimentos, habilidades e valores) necessários para: compreender de modo abrangente o papel social do médico; desenvolver a disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde; desenvolver a disposição para atuar em equipes multiprofissionais; manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

Concepção de currículo e desenho da matriz curricular

Partindo do pressuposto que toda organização curricular explicita determinada visão de ciência, a proposta de organização curricular de medicina da UNOCHAPECÓ traz como desafio a ruptura da visão cartesiana e o modelo meramente racionalista que dificultam ações integrativas dos saberes. Segundo Anastasiou (2005) “estes esforços integrativos já são decorrentes de uma visão diferenciada da ciência, chamada de pós-moderna. Esta representa uma mudança paradigmática em relação à visão moderna, (UNOCHAPECÓ, 2005, p.12). Nesse

sentido foi construída uma organização curricular globalizada, que tem como finalidade estabelecer relações mais integrativas, ou seja,

No modelo curricular globalizante os conteúdos de ensino são tomados como o conjunto de conhecimentos, habilidades, hábitos, modos valorativos e atitudinais de atuação social, organizados pedagógica e didaticamente, tendo em vista a assimilação ativa e aplicação pelos estudantes na sua prática de vida. Englobam conceitos, idéias, fatos, processos, princípios, leis científicas e regras; habilidades cognitivas, modos de atividade, métodos de compreensão e de aplicação, hábitos de estudo, de trabalho e de convivência social; valores, convicções, atitudes (ANASTASIOU, 2005, p. 14).

Portanto, no currículo globalizante, o objetivo está em evitar a fragmentação do conhecimento e propõem a articulação dos conteúdos curriculares, que podem ser organizados por eixos, módulos, projetos, temas ou situações problemas. O currículo do curso de medicina da UNOCHAPECÓ foi organizado por dimensões, grandes temáticas dentro de cada fase do curso, sendo que a complexidade dos conteúdos é trabalhada de forma contínua e gradual nos módulos. De acordo com o projeto “os módulos são compreendidos como unidades curriculares integradas e articuladas pelo eixo, possibilitando a integração dos conteúdos e práticas do ensino” (UNOCHAPECÓ, 2005, p.43).

A proposta resultou em um desenho curricular com seis dimensões que perpassam os seis anos da graduação, de forma integrada e em espiral crescente, conforme Figura 10.

O currículo integrado está representado por uma figura cujo eixo, composto por seis dimensões, gera movimento que atua como força propulsora e integrativa para a construção do conhecimento nos diversos módulos integrados. As dimensões são: “Ética”, “Saúde, Sociedade/ Meio Ambiente”, “Manejo de Informações para Construção de Conhecimentos”, “Ser Estudante de Medicina / Tornar-se

Médico”, “Práticas de Atenção e Cuidado” e “Fundamentos Clínicos, Morfológicos e Funcionais do Ser Humano” (UNOCHAPECÓ, 2005, p. 41).

Nesse sentido o currículo integrado proposto pela UNOCHAPECÓ tem como meta envolver ações integrativas para auxiliar o estudante a construir um quadro teórico-prático global mais significativo e mais próximo dos desafios que enfrentará na realidade profissional.

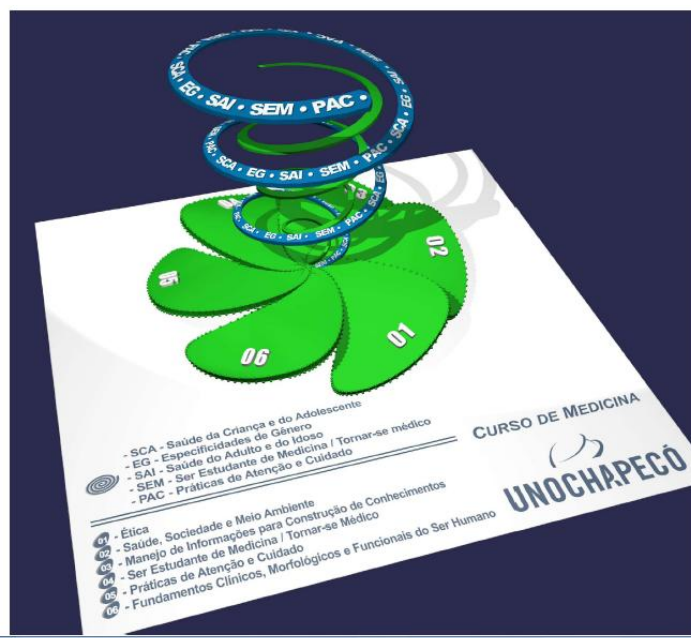


Figura 10 - Desenho Curricular do Curso de Medicina da UNOCHAPECÓ
Fonte: UNOCHAPECÓ- Projeto de reconhecimento do curso (2011, p.44)

Além das dimensões que constituem este currículo foram definidas três grandes temáticas que integram de forma horizontal os quatro primeiros anos do curso, considerando o conjunto dos conteúdos abordados de forma crescente/ascendente de complexidade. As temáticas são referências para orientar cada semestre e estão organizadas nas seguintes fases do curso:

- a) no primeiro e segundo semestres a temática é Introdução à medicina I e Introdução à medicina II;

- b) no terceiro e quarto semestres o tema abordado é o ser humano e o processo saúde doença I e II;
- c) do quinto ao oitavo semestres são aprofundados os agravos à saúde I, II, III e IV.

E no estágio, a partir do nono semestre são aprofundadas as seguintes áreas: internato em pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, clínica cirúrgica e saúde coletiva.

Com o objetivo de estruturar o conhecimento em níveis de complexidade crescente, a proposta de currículo integrado está organizada em módulos seqüenciais em diferentes fases:

- Saúde da Criança e do Adolescente I, II, III, IV, V, VI
- Saúde da mulher
- Especificidades de Gênero I, II, III, IV, V, VI
- Saúde do homem
- Saúde do Adulto e do Idoso I, II, III, IV, V, VI
- Ser Estudante de Medicina; Tornar-se médico III, IV, V, VI, VII, VIII
- Práticas de atenção e cuidado III, IV, V, VI, VII e VIII

Para dinamizar o currículo da UNOCHAPECÓ algumas características da operacionalização do currículo integrado são apresentadas no PPC da medicina. Em relação à organização dos módulos e semestres deverão contemplar: a) Turnos de atividades conjuntas resguardando-se (dois) turnos livres em cada semana para o estudante utilizar com estudos/ atividades pessoais; b) para cada módulo e semestre terá um coordenador responsável.

A partir da articulação dos conhecimentos exige,

a busca e definição dos eixos associativos de conhecimentos das diferentes áreas, em torno de um tema, problema, ações comuns. Estes funcionam como elementos centrais, em torno dos quais os conteúdos escolares, de forma propositalmente integrada, descrevem um movimento de crescente complexidade (UNOCHAPECÓ, 2005, p.18).

Para efetivação do processo integrativo, há necessidade do planejamento integrado, registrando os elementos norteadores do processo de ensino e de aprendizagem, através: da elaboração de ementas, objetivos, a definição do rol de conteúdos, da metodologia e da forma de avaliar, estabelecidos nos Programas de Aprendizagem. Figura 11.

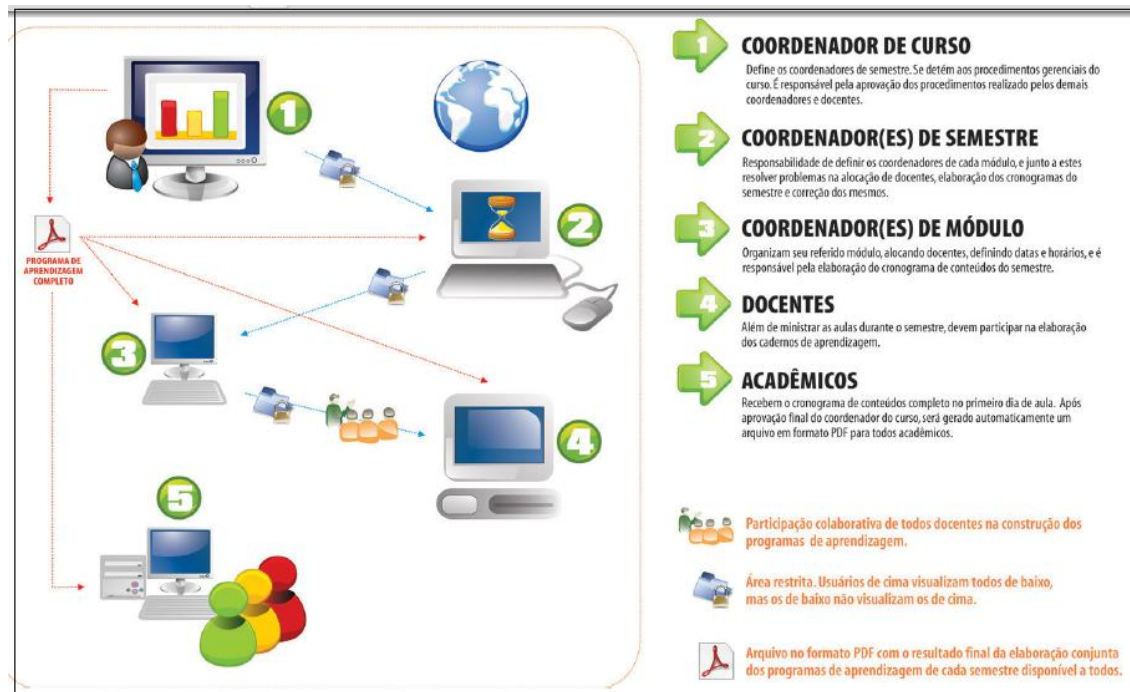


Figura 11 - Fluxograma de Atividades no Sistema de Informação
Fonte: UNOCHAPECÓ- Projeto de reconhecimento do curso (2011, p.44)

Nesse sentido quanto mais os Programas de Aprendizagem retratar esta integração, “mais chances e facilidade terão os estudantes de estarem realizando a apreensão desta complexidade, desta tessitura integrada do que é a saúde, o

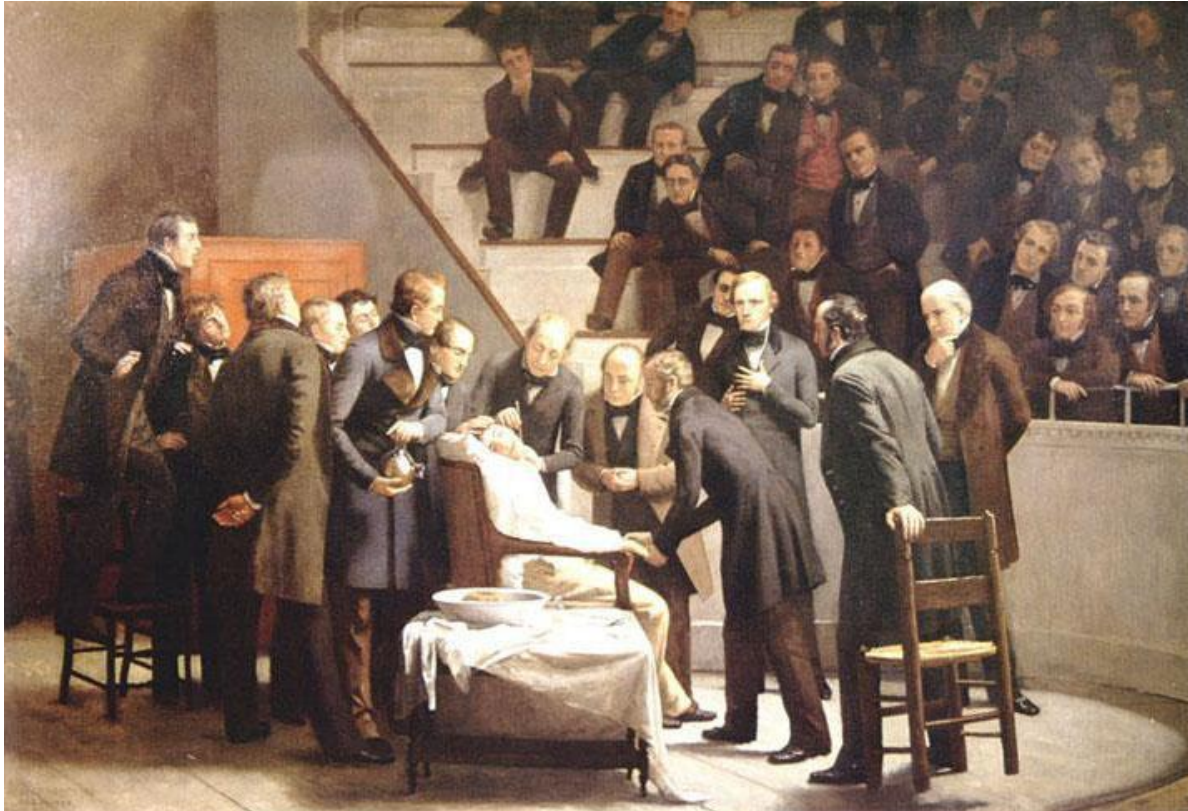
ser humano, as relações sociais e a ação como profissional da área” (p.51).
Portanto, os Programas de Aprendizagem,

são organizados de forma a facilitar o registro dos avanços integrativos dos conteúdos, entre si e com a realidade, facilitando a compreensão e efetivação destes processos de avanço tanto para os docentes quanto para os estudantes. Assim, os Programas de Aprendizagem são os documentos nos quais se registra o contrato didático pretendido para cada etapa do curso a ser construída pelos professores e estudantes (UNOCHAPECÓ, 2005, p.47).

A construção dos Programas de Aprendizagem se faz coletivamente, portanto, está previsto no projeto do curso encontros entre docentes:

- integrantes de cada módulo a cada 15 dias (organizado pelo coordenador do módulo);
- de todos os módulos envolvidos em cada semestre em questão a cada 30 dias (organizado pelo coordenador do semestre);
- e discentes envolvidos em cada módulo a cada 15 dias (organizado pelo coordenador do módulo e um representante discente) ;
- envolvidos no módulo em questão, com os tutores e discentes a cada 7 dias.

Desta forma destaca-se o compromisso de todos os profissionais envolvidos acompanharem o processo de ensino-aprendizagem, cabendo-lhe realizar as adequações e melhorias que se fizerem necessárias.



Primeira operação com anestesia pelo éter – 16.10.1846
Robert C. Hincley, 1893 – Boston Medical Library

5 O CURRÍCULO INTEGRADO NA PERCEPÇÃO DOS ATORES SOCIAIS

Eu tenho paixão pelo que eu faço, sou apaixonada pelo tipo de trabalho que estou fazendo agora, eu não canso... Acho que quando você faz com paixão, com prazer, pode estar cansada e tudo, mas você está feliz, profissionalmente feliz (...)

Apresentamos no capítulo anterior os elementos constitutivos dos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC e da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ. Tínhamos como objetivo situar no Campo de Recontextualização Pedagógica as principais características de currículos integrados dessas duas escolas médicas a partir do contexto da prescrição, no qual são produzidos os textos, nos referidos espaços institucionais. Concordamos com as palavras de Feuerwerker (2002), que ao sistematizar os elementos constituintes de um projeto curricular das escolas médicas os currículos expressam,

o modo como uma instituição educacional se vê no mundo, ou seja, qual o seu papel, que relações ela deve estabelecer, quem são seus interlocutores, como se concebe o conhecimento (como ele é produzido, para que serve), como se concebe a educação, qual o melhor jeito de aprender, como a escola se organiza considerando os elementos anteriores, o papel (e o poder) que cada um tem dentro da escola. No caso de uma escola de medicina, o currículo também expressa a concepção que se tem sobre saúde,

sobre o papel do médico na sociedade, sobre o médico que se quer formar etc (p. 48).

Neste capítulo procuramos reconhecer, no Campo de Recontextualização Pedagógica, o currículo integrado no seu processo de construção, caracterizado pelos sujeitos sociais que fizeram parte da construção da proposta, e ou participam atualmente na consolidação da mesma. A partir das entrevistas realizadas foi possível identificar que os diversos contextos que envolvem o Ciclo de Políticas (BALL; BOWE, 1998) se entrelaçam. Nesse sentido, apresentamos as principais motivações e influências políticas nas mudanças curriculares, os atores sociais envolvidos, assim como as principais características, avanços, dificuldades e desafios encontrados no processo de implementação e avaliação da proposta de currículo integrado nas duas escolas médicas.

5.1 O CONTEXTO DA MUDANÇA: POR QUE CONSTRUIR UM CURRÍCULO INTEGRADO?

As entrevistas realizadas com os atores sociais envolvidos na construção ou na implementação da proposta das duas escolas médicas demonstram múltiplos significados e posicionamentos políticos, ideológicos e pedagógicos a respeito das influências na construção das propostas curriculares. De acordo com Moreira (2010) vale considerar que as políticas e práticas curriculares marcam-se por ambivalências. “Seus múltiplos traços estão em permanente interação, transformando-se e extinguindo-se no processo de *bricolagem* que busca tanto legitimá-los quanto desenvolvê-los” (p.89). Na história da educação médica registram-se várias tentativas de processo de mudança na educação médica, de acordo com Dalla (2002) uma delas iniciou nos anos sessenta, a partir das propostas discutidas na Conferência de Colorado Springs, em 1952, em que o

conceito de Medicina Integral foi pela primeira vez utilizada. O autor lembra ainda que em 1989 a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), propôs a reformulação dos currículos dos cursos médicos, fundamentada nos seguintes princípios:

- Evitar a fragmentação do currículo;
- Promover a articulação dos ciclos básico e profissional;
- Propiciar a integração das disciplinas;
- Diversificar os ambientes onde serão desenvolvidas as práticas de ensino;
- Estimular a integração docente-assistencial. Neste sentido o ensino médico deve buscar uma articulação programática com o sistema de saúde;
- Desenvolver o estágio curricular ou internato, preferencialmente, de forma integrada nas quatro grandes áreas: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria e Tocoginecologia.

Porém, de acordo Feuerwerker (2002) as mudanças curriculares na área médica esbarraram, fundamentalmente, em concepções:

limitadas do que seria a mudança; inadequações dos cenários de prática aos objetivos pretendidos; baixa capacidade do núcleo coordenador da mudança para romper com a lógica das disciplinas (mesmo nos blocos de integração vertical por sistemas, só se conseguia uma justaposição de disciplinas); falta de capacitação pedagógica do corpo docente e, principalmente, limitações graves de poder (p.56).

As narrativas presentes nessa pesquisa revelam as ambivalências das motivações e as influências das políticas no contexto das mudanças e construção da proposta curricular. Consideramos que tais influências e motivações são recontextualizadas e reinterpretadas nos diferentes contextos a partir da história de vida pessoal e profissional de cada ator social e das complexas conexões com a cultura e as relações de poder das políticas locais.

As primeiras questões abordadas durante as entrevistas foram: *quais os motivos que levaram a mudança curricular? por que construir um currículo integrado?* As partir dessas questões iniciais, obtemos vários relatos descrevendo os motivos que levaram a construção de uma proposta curricular integrada nas duas escolas médicas, sendo que os mais relevantes são destacados a seguir.

5.1.1 Integração do conhecimento e visão integrada do ser humano

Um dos motivos abordados referem-se a identificação da existência de um currículo fracionado nas escolas médica ao longo de sua história. Essa reflexão é feita principalmente pelos entrevistados da UFSC que vivenciaram um processo de mudança curricular.

Dentro da idéia que a gente estava construindo o SUS se tiver um currículo fracionado, você não consegue avançar. Até mesmo, tirando o foco no objeto de aprendizado, que é o paciente, que era o ser humano, então essa fragmentação não ajudava nesse processo de integração de conhecimentos. Então a saída que todo mundo estava apontando era para integração do conhecimento. E quem mais integrava isso, de alguma maneira, era o Internato que desapreciou a disciplina e prestava uma atuação sobre problemas, sobre áreas de atuação. Isso parecia ser uma estratégia integralizadora bem interessante (PF2).

A grande mudança curricular se fez, porque houve questionamentos: Por que o nosso curso tinha naquela época sessenta e oito disciplinas? Como podia haver uma integração de conhecimento se tinha um patchwork, uma fragmentação? O processo do currículo era muito mais centrado numa demanda da especialidade do professor do que da necessidade do aluno (PF2).

Estas afirmações mostram-se compatíveis com o registro de Lopes (2001) que afirma que as disciplinas científicas são constituídas por discursos especializados e delimitam um determinado território. Dessa forma as disciplinas têm seu próprio campo intelectual de textos, práticas, regras definindo seus espaços de poder. A autora argumenta que as disciplinas são “produções decorrentes de determinados significados que conferimos ao mundo, de relações de poder que embasam as articulações – sociais e institucionais” (p.140). Além disso, as disciplinas na perspectiva fragmentada “não só trouxeram as vantagens da divisão do trabalho, mas também os inconvenientes da superespecialização, do confinamento e do despedaçamento do saber” (MORIN, 2004, p.15). Assim a fragmentação curricular também é mencionada pelos entrevistados da UNOCHAPECÓ, como um dos diagnósticos da necessidade de mudança.

Sair da segmentação, das especialidades e diminuir o distanciamento das áreas básicas e clínicas, é fundir os departamentos, as disciplinas em todos os sentidos horizontal e vertical (CF).

Destacam os entrevistados que com o desenvolvimento da especialização profissional na área médica, contribuiu ainda mais para que se fragmentasse o currículo. Sob tal paradigma curricular o corpo humano é compreendido como objeto prioritariamente biológico, aprofundando os recortes morfofuncionais desse corpo, desconsiderando por sua vez os fatores biopsicossociais que interferem no desenvolvimento desse ser humano.

A necessidade de mudar é justamente para se ter uma visão mais integrada do ser humano, tornar mais motivador o estudo e os motivos também que o MEC coloca, através das Diretrizes de implementar essas mudanças (PP3).

O que eu percebi nessa caminhada é que nessa questão de formação médica, se dessem de forma integrada. Entender um indivíduo como um todo, entender que esse indivíduo ele um dia não foi doente, que esse indivíduo pelo estilo de vida dele, pelas opções de vida que ele teve, ele se tornou

doente, e pela exposição a determinados fatores fez com que esse indivíduo ficasse doente, assim ele teria uma visão melhor da realidade (CP).

Essa alteração do currículo é para rever a formação do médico, quando o médico saiu da faculdade ele tinha uma característica do ser humano, um ser limitado, precisava ter especialidade. E se criou essa cultura do encaminhamento ao médico, que deixou de ser o médico que vê o ser humano como um todo. E se viu que, na Saúde Pública, mundialmente, essa questão forte do aparato tecnológico, também da indústria farmacêutica, lucrando bastante em cima disso, e a ineficiência das políticas públicas e a falta de resolutividade do sistema público de saúde (PP1).

Esse entendimento tem amparo em Morin (2004) que destaca que a especialização se fecha em si mesmo, fragmenta o conhecimento em parcelas, impede de ver o global. Separa o que está ligado, relacionado, transforma o complexo ao simples. Desse modo a formação profissional nessa perspectiva impede a capacidade de contextualizar os saberes e integrá-los.

Assim, identifica-se que as duas propostas curriculares destacam a importância da integração do conhecimento e a sua relação com a visão mais integrada do ser humano, na sua dimensão biopsicossocial. Dessa forma entendemos que esses elementos fizeram parte da discussão tanto da escola médica que transformou seu currículo tradicional em uma proposta de currículo integrado, como a escola médica mais nova que implantou seu currículo, sem a necessidade de passar por uma mudança curricular.

5.1.2 Um novo perfil e um novo modelo de saúde

Os entrevistados da UNOCHAPECÓ destacam que um dos motivos da construção de um currículo integrado na área médica está vinculado

essencialmente a um novo perfil profissional, a uma nova concepção de formação médica.

Eu acredito que a motivação foi mesmo o perfil do profissional que era esperado, a compreensão era de que se tivesse integrando o currículo começaria também a integrar o objeto da intervenção que no caso é o indivíduo, o paciente, o cliente (PP2).

O que se quer com esse currículo integrado é justamente que o médico tenha uma formação mais generalista, mais voltada para a pessoa, para o ser humano, para a família, para a comunidade, enfim, que seja uma pessoa capaz de resolver com tranquilidade oitenta por cento das demandas, e somente vinte por cento deveria ir para a especialidade. É complexo isso (PP1).

Delineiam a perspectiva de um novo perfil profissional que atendam as Diretrizes Curriculares Nacionais, e essencialmente aos princípios e necessidades do Sistema Único de Saúde brasileiro. Como afirmam Almeida, Feuerwerker e Llanos (1999), historicamente a maior parte dos processos de formação, foram preponderantemente fundamentados em um modelo disciplinar centrado na racionalidade biomédica. Nesse aspecto os docentes da UFSC trazem algumas reflexões:

Você tem que formar para o Sistema Nacional de Saúde, ele deve desenvolver competências, para o Sistema Nacional de Saúde. Então, ordenar a formação nacional de recursos humanos para o SUS. Qual é a centralidade do modelo de atenção hoje? É a Atenção Básica (PF4).

É muito difícil ter um médico hoje já formado e tentar inserir ele no Sistema Único ou no Programa de Saúde da Família se ele não tem essa formação. Então, eu acho que qualquer mudança na área da assistência médica ou na área da assistência da saúde nesse país passa pelo processo educacional primeiro (PF3).

Então nós precisamos mudar a forma pela qual nós estamos formando os profissionais, para que a gente consiga um Sistema Único de Saúde e um Programa de Saúde da Família que cumpra as Diretrizes assistenciais do SUS.

Então nós temos todas aquelas Diretrizes que têm que ser cumpridas e vamos precisar de gente para fazer isso (PF3).

Os entrevistados salientam ainda que as mudanças curriculares estão vinculadas a um movimento maior, ou seja, a um novo modelo de saúde consoante com as necessidades sociais. Defendem que “*não é possível ter uma proposta progressista de intervenção e uma proposta tão conservadora de formação na graduação*” (PF4). Há, portanto, perspectivas de formar futuros profissionais que compreendam a integralidade dos cuidados demandados pela população. Esse paradigma da integralidade pressupõe a construção de um novo modelo pedagógico, visando o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social.

Eu estou envolvido nessa proposta de mudança de currículo, que para mim não é uma mudança de currículo, é mudança de modelo de saúde. A mudança de currículo é uma consequência (PF1).

Então a impressão que se tem é que aquele protótipo de currículo, inicialmente, ele não tinha relação com o movimento da Reforma Sanitária, mas ele tinha relação com um novo jeito de ensinar medicina, para formar um médico diferente (PF4).

Formar um médico “diferente” requer essencialmente uma nova proposta curricular nos cursos de medicina, mas prioritariamente a consolidação de um modelo de saúde o que representa uma projeção de um novo referencial de ação no campo da saúde.

Havia uma definição clara da necessidade de mudança, então começa as idéias da Saúde da Família a terem força, e que é realmente uma transformação na visão do processo de saúde no país. E aí começamos a sentir que não é só mudar o currículo da Medicina, mas isso implicava também em mudanças estruturantes muito maiores. Era uma redefinição do próprio espaço de aprendizagem. Então foi feita uma idéia

aqui nossa que nós tínhamos que construir então um distrito-escola, do nosso programa de ensino-serviço, que era feito com a rede e precisava de dois movimentos: que era a integração do hospital numa rede trabalhando referência contra referência e num hospital também distanciado da rede em que houvesse integração. Surge um novo problema, o hospital e a cultura do hospital e a cultura da instituição não estava disposta a aceitar esse desafio. O hospital era muito voltado para ele (PF2).

A gente precisava mudar o perfil do egresso, sou um defensor do Programa de Saúde da Família, acho que o Programa de Saúde da Família e o próprio Sistema Único de Saúde é um modelo assistencial muito bom, ele precisa realmente ser implementado e ele não está implementado até hoje. A idéia do Sistema Único de Saúde e o Programa de Saúde da Família ele realmente vai resolver o problema de saúde desse país só que é necessária a formação de recursos humanos (PF3).

Os entrevistados da UFSC mencionam que as mudanças curriculares na área da saúde também foram construídas ao longo da história. Destacam a Reforma Sanitária como um movimento contra-hegemônico, sendo esta uma das interfaces que originou a discussão da educação médica no Brasil, e conseqüentemente a necessidade de mudança curricular. Nesse período histórico entendia-se, portanto, que o modelo tradicional vigente nas escolas médicas não correspondia às exigências e necessidades de saúde.

Em 76 a gente começa com o Movimento Sanitário, que era trabalhar com saúde coletiva, trabalhar com educação popular, trabalhar com medicina integral, com integralidade, com atendimento de ambulatório prioritariamente, isso aí, todo esse modelo, começa a se desenvolver na década de 70. Para mim esse é o modelo que a gente tem que ensinar aos alunos. A reforma curricular está pautada nisso (PF1).

O movimento pelo Reforma Sanitária brasileira, sobretudo meados da década de setenta, já questionava o modelo hoje de intervenção, ele não cumpre a determinadas exigências contemporâneas. O olhar hoje só para a doença e não para a saúde não serve. Olhar hoje só em tratar e não prevenir e promover também não serve. Trabalhar sozinho, modelo

disciplinário, também não serve. Quer dizer, a gente precisava de um outro jeito de se fazer saúde. Sobretudo porque naquele momento se discutia no Brasil a saúde como um direito. Era impossível o Brasil continuar convivendo com aquilo que estava convivendo. O movimento da Reforma Sanitária brasileira questionou isso e começou a trazer a discussão que a saúde é um direito. Bom, mas por que tinha um movimento que pensava de uma forma e tinha uma prática sanitária tão retrógrada, tão disciplinária, tão voltada para a doença, tão invasiva, com tecnologias duras? (PF4).

O Movimento da Reforma Sanitária dizia: “Nós temos que formar um profissional diferente. Nós temos que formar um médico com visão de integralidade. Nós temos que formar um profissional que tenha visão social. Nós temos que formar um médico que tenha capacidade de resolubilidade de 80 a 90% dos problemas da população. Nós temos que formar um médico que, ao final do curso, ele tenha condições de fazer um bom trabalho, com resolubilidade na Atenção Básica” (PF4).

A Reforma Sanitária repercutiu em âmbito social e legal, garantindo na Constituição Federal (1988) seus princípios, compreendendo assim a saúde como direito e dever do Estado. Com essa perspectiva da universalidade e integralidade da Atenção Básica, as resistências ao complexo médico industrial e ao modelo de formação hospitalocêntrica tornaram-se elementos motivadores na construção de um currículo integrado, embora se entenda que esse modelo ainda prevaleça no contexto atual na área médica.

E a ditadura militar estava enfatizando, com tudo, o complexo médico industrial, a medicina hospitalar, a medicina do fragmento, do exame, do medicamento e a gente apostava em outro modelo médico (PF1).

Então por que fazer um currículo integrado? Porque daí a gente rompe com o modelo que é um modelo de hoje, a serviço do complexo médico industrial. Desde 80 e picos, quando terminou a ditadura, a gente disse: “Bom, agora terminou!”. Mas não terminou. O complexo médico industrial continua fortíssimo, a lógica hospitalar, a lógica corporativa, a lógica do fragmento, do exame, do particular, continua tudo

presente. E a nossa população precisa do Sistema de Saúde diferente desse (PF1).

Tais confirmações estão em conformidade com Vianna (2002) para quem o conceito de complexo médico-industrial tem sido utilizado no Brasil desde os anos de 1980. O autor ressalta as múltiplas e complexas inter-relações estabelecidas entre os diversos atores do campo da saúde e destes, com os demais setores da economia, contemplando assim “as diferentes articulações entre a assistência médica, as redes de formação profissional, a indústria farmacêutica e a indústria produtora de equipamentos médicos e de instrumentos de diagnóstico” (p.376). Portanto, a eclosão do complexo médico industrial influenciou significativamente no contexto curricular da formação médica, reproduzindo um perfil profissional de acordo com essa perspectiva.

A partir das narrativas dos entrevistados compreendemos que o principal objetivo da mudança curricular está em superar os modelos hegemônicos, tanto na concepção do modelo de saúde quanto na concepção da formação profissional. Como podemos observar esse objetivo é explicitado com mais evidência pelos docentes da UFSC, por terem vivenciado ao longo dos anos experiências profissionais durante esse tempo histórico.

5.2 PRINCIPAIS INFLUÊNCIAS NA MUDANÇA CURRICULAR

Como vimos anteriormente é no contexto de influência que as políticas públicas são iniciadas e os discursos políticos são construídos. Segundo Mainardes (2006) é nesse contexto que os grupos de interesse disputam para influenciar as finalidades sociais da educação, e “que os conceitos adquirem legitimidade e formam um discurso de base para a política” (p.51). Portanto, o discurso é fruto de uma rede complexa das relações sociais.

De acordo com a narrativa de um dos entrevistados “*as influências são muitas e está em toda a fundamentação teórica do projeto e também aparece nas discussões*” (CP).

Destacamos a seguir as principais influências mencionadas pelos atores sociais no processo de construção e implementação do currículo integrado nas duas escolas médicas.

5.2.1 Políticas e movimentos internacionais

As principais políticas e movimentos internacionais citados pelos entrevistados foram: a) OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde, organismo internacional de saúde pública, dedicado a melhorar as condições de saúde dos países das Américas. b) as conferências internacionais sobre Promoção da Saúde e discussões sobre a formação médica; c) as tendências pedagógicas e experiências curriculares das escolas de medicina das Universidades de McMaster no Canadá, e Maastricht, na Holanda, que desenvolveram um currículo *Problem-based Learning* - PBL;

Em 1970 e 1974 a OPAS produziu dois relatórios sobre a situação das escolas médicas na América Latina e disse que as escolas médicas na América Latina eram biologicistas, não estavam preparando profissionais para o novo homem, essa nova visão de homem e que essas novas informações estavam desvinculadas da projeção de um Sistema Nacional de Saúde (PF4).

Esta manifestação ratifica a afirmação de Ferreira (2006a) que registra que a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS promoveu uma série de seminários e criou o Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health - NCEIH tendo em vista a promoção da relevância “da educação de

peçoal de saúde para as necessidades da comunidade” (p.43). Nesse sentido contribuiu na difusão da necessidade de mudança na formação médica.

Mainardes (2006) destaca que, de acordo com os trabalhos mais recentes de Ball, as influências internacionais podem ser entendidas de duas maneiras. A primeira está relacionada ao fluxo de idéias por meio de redes políticas e sociais, e a segunda refere-se à imposição de algumas propostas oferecidas e recomendadas por agências multilaterais.

O que também influenciou muito foi o movimento europeu do chamado currículo integrado de medicina na Europa, e a Europa vinha discutindo há mais de dez anos a idéia de um currículo unificado. E tinha uma publicação bastante razoável sobre o currículo unificado (PF2).

Nós começamos a trabalhar com a experiência que estava vindo do McMaster e do pessoal do ensino baseado em problemas. E naquela época havia muito pouca apropriação no país sobre esse tipo de atuação, mas a McMaster já havia, desde a década de 60, já tinha vinte anos de publicação sobre currículo integrado. Sobre problematização, integração curricular e, outras formas (PF2).

Então, foi se ver toda essa alteração que existiu desde a Inglaterra, Cuba, Canadá, enfim, outros países, que começaram a fazer um trabalho diferenciado, voltando-se para o social, voltando para o ser humano (PP1).

Estas observações vêm ao encontro às palavras de Grosseman (2005a) que lembra que desde o final dos anos 60, diversos países iniciaram o processo de reforma na educação dos profissionais de saúde, “visando a adequá-la às novas necessidades profissionais e demandas de saúde da população” (p.26). De acordo com Perim (2007),

o movimento internacional, especialmente na América Latina, impulsionava as reformas à medida que cada vez mais buscava a interação entre academia e serviços e a formação de profissionais preparados para enfrentar os problemas relacionados às necessidades sociais da população, exigindo mais do que capacidade técnico-científica (p.94).

Nesse contexto, novas relações se estabeleceram no processo ensino aprendizagem da formação profissional. Uma delas a Aprendizagem Baseada em Problemas - ABP, ou *Problem-based Learning* - PBL, que foi implantado, primeiramente, na Universidade de McMaster, no Canadá, no final da década de 60 e inspirado no método de estudo de casos da escola de direito da Universidade de Harvard (EUA) na década de 1920.

Essa proposta curricular repercutiu em algumas escolas médicas no Brasil, como: a Universidade Estadual de Londrina- UEL, no estado do Paraná; a Universidade de Marília - FAMEMA, em São Paulo, entre outras instituições de ensino do país que seguem essa perspectiva de organização curricular.

A Aprendizagem Baseada em Problemas - ABP propõe o desenvolvimento de um processo de auto-aprendizagem, em um contexto colaborativo. Inspirada nos princípios da Escola Nova, a ABP tem como objetivo desenvolver habilidades cognitivas para resolver problemas relativos a temas específicos do ensino da profissão. Os acadêmicos levantam questões a partir de problemas da vida real, que são geralmente apresentados como casos clínicos contextualizados, elaborados pelos docentes ou até pelos próprios acadêmicos. O elenco de diversas situações problemas serve como desencadeamento de busca e estudo dos conceitos, desafiando o acadêmico como sujeito ativo do seu processo de aprendizagem, no que difere do modelo tradicional. Portanto, a organização curricular se dá a partir de problemas reais e não por disciplinas, integrando as ciências básicas com as áreas clínicas.

Masetto (2011) defende a ideia que a ABP ou PBL, é mais do que uma metodologia de ensino, trata-se de um novo paradigma, uma filosofia de currículo. Para Berbel (1998) a proposta curricular baseada em problemas implica

em uma nova lógica de organização e definição de novos papéis a serem desempenhados no processo ensino aprendizagem.

Apesar dos entrevistados das duas escolas citarem essa referência curricular como uma das influências, percebe-se que não foi adota como proposta curricular. Apenas alguns professores a utilizaram como uma metodologia em suas práticas docentes como veremos mais adiante. Nesse sentido podemos considerar que os processos de mudança produzem propostas metodológicas híbridas, considerando diversas possibilidades de práticas pedagógicas, não havendo nas escolas investigadas uma única forma de conceber o processo ensino aprendizagem.

5.2.2 Políticas e movimentos nacionais

Os entrevistados destacam: a) movimentos pela melhoria das condições sociais, dentre elas o movimento da Reforma Sanitária; b) a criação do Sistema Único de Saúde – SUS; c) a política de Estratégia da Saúde e da Família; d) LDB, com a extinção do currículo mínimo e a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN, e) as políticas indutoras com financiamento, como: PROMED; Pró- Saúde; PET-Saúde.

Os atores sociais em diversos momentos da entrevista ressaltaram que os motivos da construção curricular para uma perspectiva mais integrada, mencionados acima, tiveram a influência dos movimentos nacionais no campo da saúde. Da mesma forma o amparo legal contribuiu para que se consolidassem as mudanças e fortalecessem os princípios almejados. Neste sentido concordamos com Ball e Bowe (1998) quando afirmam que para as políticas serem colocadas em práticas necessitam além dos textos políticos os textos legislativos. Nesse

sentido a LDB e as Diretrizes Curriculares Nacionais foram determinantes nesse processo de mudança, como afirmam os docentes da UFSC.

A LDB dizia claramente algumas coisas interessantes que têm tudo a ver com o movimento da Reforma Sanitária brasileira. Primeiro, a formação tem que estar voltada para o mundo do trabalho. Outra coisa, que você precisava gerar Diretrizes de formação (PF4).

Estava havendo uma especialização muito precoce e uma preocupação muito mais voltada para a questão da Residência médica do que para a formação do médico generalista de uma formação geral. E, além disso, dessa demanda interna da nossa Universidade se associou a outros fatores que foram contributivos para a mudança curricular, principalmente na época que coincidiu com a publicação das novas Diretrizes Curriculares para os cursos de Medicina, que foi fundamental, porque deu um arcabouço legal para a gente instituir um processo de mudança (PF2).

Da mesma forma as políticas indutoras como PROMED e Pró- saúde fortaleceram os processos de mudanças em muitas instituições brasileiras. Os entrevistados da Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC registram que o PROMED contribuiu para alavancar a proposta. Referem-se principalmente ao financiamento proporcionado pelo programa ministerial garantindo por sua vez a possibilidade de contratação de profissionais/ consultores para colaborar na elaboração da proposta e na formação docente.

Quando veio o edital do PROMED, algumas pessoas que estavam envolvidas falaram assim: “É a nossa chance, nós temos agora um incentivo claro para poder desenvolver aquilo que a gente acredita. Quem sabe agora a gente torna várias costeiras de Pirajubaé e, em vez de, o nosso aluno ficar só na Atenção Primária, no Internato de Atenção Primária, a gente transforma a Atenção Primária como eixo”. Uma estratégia curricular (PF4).

A questão do financiamento foi uma pedra angular para que a gente conseguisse fazer a mudança curricular (PF3)

O Pró-saúde ele veio como uma resposta instrumental para atender as formulações das Diretrizes Curriculares (PF4).

Já os entrevistados do curso de medicina da UNOCHAPECÓ apontam as Diretrizes Curriculares Nacionais como uma das principais influências no processo de construção da proposta, exatamente por ser implantado o curso diante das discussões em âmbito nacional. Observamos na fala do entrevistado abaixo, que as Diretrizes e as políticas indutoras foram as principais referências para a implantação do curso.

Hoje você pode imaginar um curso iniciando num modelo tradicional? Vai contra tudo que se tem nas Diretrizes, Pró-saúde, então já se prevê mesmo a mudança. O Ministério da Educação e Ministério da Saúde eles estão integrados e buscam uma modificação. Acho que essa é uma vantagem de ser um curso novo porque já pode entrar adequando a isso, que talvez, num curso antigo que já tenha outro modelo, seja bem mais complicado mudar (PP2).

As Diretrizes Curriculares correspondem à indicação de linhas, de ações a serem seguidas, constituem, portanto, em orientações para uma reforma curricular. Como afirma Lopes (2004), às propostas expressas em documentos oficiais, influenciam os sentidos da prática, embora as mesmas possam ser recontextualizadas. Nesse sentido, as proposições legais não garantem que ocorram mudanças nas concepções das pessoas.

Entendemos que há semelhanças nos princípios que orientam as reformas educativas nas escolas médicas. Porém, ao analisarmos as influências internacionais e nacionais nas mudanças curriculares dos dois cursos de medicina UFSC e UNOCHAPECÓ eles se diferenciam na sua trajetória. Compreendemos também, que não é possível fixar qual o marco inicial, o primeiro movimento em direção as mudanças curriculares. As influências estão presentes num movimento dialético, entre o coletivo, individual e institucional, a partir das vivências,

formações e trajetórias profissionais num determinado tempo histórico. Dado que seus processos de formulação também se encontram afetados por políticas institucionais locais e culturais, e essencialmente pela recontextualização de cada sujeito social envolvido nas propostas curriculares.

5.2.3 Políticas locais

São mencionadas pelos entrevistados: a) as condições políticas institucionais; b) as lideranças docentes e discentes.

A UFSC já tinha algum movimento contra-hegemônico, em 1980, a UFSC teve uma iniciativa, veja bem, antes do SUS, antes de tudo isso, de montar um ambulatório de periferia na costeira de Pirajubaé, com práticas de Atenção Primária. E aí foi o esqueleto do que hoje a gente chama de Interação Comunitária, mas foi a primeira prática extra-muro que a UFSC teve, em 1980 (PF4).

Então a gente tinha uma vontade política de fazer uma mudança, tinha a justificativa legal para fazer uma mudança e um terceiro fator que foi fundamental para poder ter feito essa mudança curricular foi o financiamento da mudança curricular, que veio através do PROMED. Então esses foram os três fatores decisivos que nos levaram a fazer uma mudança: Primeiro uma demanda interna da própria Universidade, principalmente alavancada pelos alunos, um sustentáculo legal e o financiamento, porque sem financiamento a gente não conseguiria fazer nada (PF3).

Entendemos que a vontade política institucional, manifestada pela gestão local, docentes e acadêmicos, exerceu forte influência no processo de mudança e realização da proposta. Expressa o entrevistado da UFSC que,

O apoio da direção do centro, o apoio da Pró-Reitoria de Ensino, foram fundamentais para que a gente pudesse fazer essa mudança curricular. Inclusive a Pró-Reitoria de Ensino teve um papel fundamental nessa mudança curricular, pois permitiu que a gente fizesse alocações de cargas horárias para os professores, para adequar isso. E sem a qual a

gente não teria conseguido. Então são três atores: os discentes, que tiveram uma participação muito importante; os docentes, que foi a parte mais difícil, em minha opinião; e o apoio da administração central (PF3).

Muitos entrevistados, ao longo de suas histórias profissionais, acompanharam as reivindicações sociais do campo da saúde, e as necessidades de mudanças no perfil profissional médico. Esses sujeitos sociais também exerceram influências significativas na construção de uma nova proposta curricular. Eles são reconhecidos como líderes na mudança da educação médica. Nas duas escolas médicas esses docentes foram citados e considerados idealizadores das propostas, e que buscaram exaustivamente efetivar as mudanças, como podemos observar nas narrativas a seguir:

Eu acho que nessa altura foi importante também uma liderança do M.P que tinha assumido a coordenadoria, tinha assumido o processo de mudança curricular e costumava trazer muita gente. Acho que ele foi importante na concepção pedagógica do currículo, assim como o pessoal da saúde pública, principalmente o M.R. Ele foi fundamental em todos os segmentos de contribuição, o pessoal da Reforma Sanitária tinha um forte embasamento. Então, os professores marcantes e aliados foram fundamentais nesse processo de viabilizar o currículo. E daí foi se desencadeando (PF2).

Tivemos pessoas que foram fundamentais entre o PROMED e o Pró-saúde, eu estou falando agora, pessoas que abriram o diálogo e aí, sem dúvida nenhuma, o professor Paraná, C.A.J.S, que foi uma pessoa fantástica nesse momento. É uma pessoa hoje apaixonada pelo SUS, defensor do SUS e defensor de estratégias educacionais progressistas. O outro foi o professor M.P, um cirurgião plástico, que trabalha de especialista em queimados. Foi uma pessoa absolutamente aberta. Minha leitura: importantíssima, orgânico e visceral para que esses processos acontecessem. Porque se você não tivesse pessoas chave lá dentro, você sabe que mudança está muito focalizada em pessoas. Essas pessoas foram fundamentais para isso. Eu destacaria também o professor M.A.R., que foi uma pessoa importantíssima nesse processo também. E outra pessoa, que apesar também de não estar envolvida com o movimento da Reforma Sanitária

brasileira, mas é chave na UFSC hoje quando pensa em educação médica, dentro dessa perspectiva mais fenomenológica, digamos assim. Não estou falando nenhuma perspectiva dialética, que olha para a escola médica e pensando questões sociais, mas como um fenômeno de escola médica que é a S.G. Que inclusive foi uma das pessoas que escreveu o projeto. Tem muitas outras pessoas que estavam bastante envolvidas nesse processo (PF4).

As pessoas que estavam aqui desde o início da construção do curso, foram o M.M. e o R.S., que é um psiquiatra. Então ele, trabalha também com esta parte de estatística, e o M. é oncologista é o coordenador do curso. A S. que é uma pessoa bastante atuante na área, ela era na verdade a coordenadora do curso aqui na parte da educação, que jogou esse olhar também associada a essas consultorias do que seria um curso voltado para satisfazer essas necessidades e o que estava sendo proposto inclusive pelo Ministério da Educação e da saúde (PP4).

5.2.4 Consultorias e experiências:

São lembradas pelos entrevistados também: a) consultoria pedagógica e de outras áreas; b) experiências dos profissionais na trajetória da Educação Médica c) trocas de experiências institucionais.

Um dos aspectos apontado nas duas escolas médicas foi a consultoria pedagógica, que contribuiu na reflexão teórica relacionada às concepções que envolvem o processo ensino aprendizagem e a formação docente. Outras consultorias de outras áreas também são lembradas pelos entrevistados no processo de construção.

Então esse dinheiro (PROMED) nos ajudou de alguma maneira a reestruturar espaços de aprendizagem e nos permitiu então contratar consultores, e nós optamos, naquela época pela pedagoga, e um Psicanalista Organizacional. Era um nome de referência em Psicologia Organizacional e ele então, cuidando de ver como é que eram os arranjos, arquétipos dentro do processo de construção, sobre os

movimentos dessa organização. E a pedagoga então começou a fazer um curso de formação para professores. Então, aí conseguiram aprovar o currículo politicamente (PF2).

Eu não participei de todo o processo, mas houve com certeza consultorias e contato com algumas escolas que já tinham esse currículo, houve muito a inserção daqui de profissionais da área de Pedagogia (PP4).

Os entrevistados da UFSC narraram também suas próprias experiências relacionadas às transformações na educação médica ao longo de sua trajetória, destacando as principais influências que tiveram na sua própria formação, como podemos observar nessa narrativa de um dos entrevistados:

Naquela época se trabalhava numa questão de protocolos internacionais, de tendência sobre formação do médico, o que se esperava da formação do médico, o futuro médico. E começaram a chamar os grandes grupos de discussão internacional sobre formação médica. E aí eu sofri influências sobre o processo de currículo. Quando eu voltei para a Universidade, em 1984, eu comecei a tentar a aplicar algumas daquelas idéias e valores que eu tinha colocado na pós-graduação, inicialmente no departamento de cirurgia. E aí você começa a ver que é muito difícil você querer mudar uma disciplina ou um departamento. É uma concepção de currículo. E aí aquela coisa, você começa a se manifestar bastante sobre a idéia de mudança (PF2).

Comecei a participar disso em nível de país, mas também acompanhava essa evolução do modelo de formação europeu, e partíamos da idéia que havia tantos países, tantas escolas achando que aquilo era uma saída que ali devia ter alguma consistência e um processo de mudança. Então essa foi uma das influências. Nós pegamos todos os documentos, era uma coleção enorme de livros que saiu sobre a mudança curricular na Europa. Naquela época se buscavam os consensos, que acabou desencadeando agora mais modernamente o chamado consenso de Bolonha, mas que na Medicina isso começou a sofrer um processo muito antes disso (PF2)

Assim, é possível considerarmos que as influências políticas e motivações resultam de um conjunto de relações que se estabelecem entre vários campos

envolvidos. Refletem princípios que são gerados no âmbito das políticas internacionais, nacionais e locais, nos campos da produção de textos oficiais e literários, que salientam o discurso e suas práticas pedagógicas. De acordo com a teoria de Ball (1994), que define a política como um texto e como um discurso, as possibilidades de interpretação implicam numa pluralidade de leituras, na medida em que as políticas se movem desde sua formulação até a prática. Percebe-se que o curso de medicina da UFSC, por ser o curso mais antigo de Santa Catarina, possui docentes que historicamente acompanharam os movimentos internacionais, nacionais e locais, caracterizando uma leitura objetiva das necessidades de mudanças no campo da saúde, em especial na formação do futuro profissional.

Já a escola médica da UNOCHAPECÓ projetou sua proposta curricular na direção do foco central da mudança, considerando a herança histórica da formação médica e das lutas de superação desse modelo, como descreve o coordenador do curso.

Desde 98 já havia a discussão do projeto, é bem antiga, e aí eu sem querer acabei me envolvendo, não tinha intenção mesmo, foi uma coisa bem natural, eu acabei participando das discussões que ocorreram, então fui aos Congressos da ABEM, eu não tinha nem noção que a Educação Médica era tão organizada, e participei dos congressos da Rede Unida, onde estavam discutindo as Diretrizes que tinham sido promulgadas, então saiu as Diretrizes, e aí o que fazer com elas? (CP).

Eu participava das reuniões como “Coordenador”, na verdade eu acho que eu nem tinha idade suficiente para ser Coordenador do Curso e nem experiência nenhuma, zero, mas assim, como ninguém daqui da cidade tinha optado, a participar e até médicos da própria Universidade, pois, já tinham médicos mais antigos na Universidade, ninguém aceitou o convite de participar dessas discussões, eu acabei indo, mas assim um pouco sem saber o quê que ia acontecer, eu não tinha noção do quê que iria acontecer no futuro (CP).

No relato dos entrevistados da UFSC algumas universidades foram citadas como referências no processo de mudança, entre elas: FAMEMA, (Marília- SP); UNICAMP, (Campinas-SP); UEL (Londrina-PR), instituições estas que também tiveram seus projetos de mudanças aprovadas pelo edital ministerial relacionado ao PROMED.

Em relação às trocas de experiências entre outras instituições, houve muita formação. Porque na época do PROMED nós já éramos quase vinte escolas médicas em que os coordenadores de curso, se encontravam regularmente em Brasília. Então, esse grupo de coordenadores, nós trocávamos muitas experiências. Inclusive, tínhamos um fórum de discussão e as experiências entre as diversas escolas médicas que participavam do PROMED ajudaram muito para que a mudança funcionasse (PF3).

Houve troca de experiências de outras instituições que construíram currículos integrados eram oito instituições do PROMED. Tinha Unicamp, tudo. Eu acho que isso acabou se perdendo também. Mas eu acho que no começo, naquela fase assim de “Vamos fazer. Somos as únicas. Somos piloto no Brasil.” Eu acho que havia algum grau de integração (PF4).

Os congressos de Educação Médica promovidos pela Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM e pela Rede Unida foram espaços de discussão da categoria, e que de certa forma legitimavam e influenciavam as possibilidades de mudanças no ensino médico.

Nós estávamos influenciados não só por uma visão local, mas por uma visão nacional, e aí isso para mim foi fundamental. Acho que a ABEM tem prestado um serviço fundamental em discussão do ensino médico do país. Com as suas diversas visões, seus diversos avanços, retrocessos, ela tem sido fundamental para isso. Mas aí, logicamente, nesse processo todo de discussão mais ampliada se viu claramente que havia uma necessidade da definição de campo de atuação (PF2).

Embora haja certa convergência sobre as influências relacionadas as propostas curriculares apresentadas pelos entrevistados, há evidências das possibilidades de diferentes leituras dessas políticas e contextos. Como afirma Ball (1994) as políticas curriculares são recontextualizadas pelos sujeitos sociais, sendo que essa recontextualização, no sentido de Bernstein, produzem diferentes discursos pedagógicos.

5.3 OS SUJEITOS SOCIAIS NA CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA CURRICULAR

Seguindo, portanto, o preceito que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei n 9.394/96) determina, no seu artigo 12, inciso I, que “os estabelecimentos de ensino, respeitadas as normas comuns e as do seu sistema de ensino, terão a incumbência de elaborar e executar sua proposta pedagógica”, as duas escolas médicas construíram seus Projetos Pedagógicos. Além dos parâmetros legais como as Diretrizes Curriculares Nacionais, os projetos também tiveram como parâmetro os Projetos Políticos Pedagógicos das Instituições de acordo com seus princípios e intencionalidades educativas.

Nesse processo tornou-se consenso que a construção de uma proposta curricular precisa ser fruto de um processo participativo, instituinte dos sujeitos que a compõem. De acordo com Feuerwerker (2002) “a mudança tem que ser construída com base na participação ampla e tem que ser conduzida por um grupo que saiba ser estratégico (p.45).

Assim, uma proposta pedagógica envolve escolhas, concepções, proposições de mudanças que vão impactar não somente na estrutura, organização curricular, ou nos processos pedagógicos e avaliativos, mas essencialmente na formação de um determinado perfil profissional que se deseja formar.

Porém, constatou-se que as escolas de medicina investigadas se diferenciavam suas identidades históricas, assim como o processo de construção da proposta curricular. O curso de medicina da UFSC, implantado na década de 50, predominava um modelo de currículo tradicional, com ênfase na medicina curativa, centrado no hospital e que no decorrer de sua história passou por processos de transformação curricular. Enquanto que o curso de medicina da UNOCHAPECÓ, por ser um curso novo, trouxe no seu bojo uma proposta de currículo integrado considerando os aspectos legais, as demandas sociais e essencialmente as experiências de outras universidades. Nas palavras de um dos professores entrevistados dessa escola, demarcou esse tempo de construção:

A construção do PPC efetivamente iniciou em 2003 para 2004, o vestibular foi em 2005, e aí a implantação do curso foi em fevereiro de 2006. Então na verdade não houve mudança curricular, apenas foi consolidada a lógica do currículo integrado (CP).

Entretanto, a realidade das duas escolas mostra que esse processo de construção e sistematização da proposta é complexo, e com pouca participação efetiva dos sujeitos envolvidos em cada curso. Percebe-se ainda que o mesmo grupo de professores que idealizaram a proposta, também a sistematizaram e a conduziram. Nesse sentido descreveremos alguns aspectos do processo de construção de cada escola, identificando atores sociais envolvidos, as principais dificuldades encontradas, reconhecendo por sua vez as suas peculiaridades.

Os depoimentos coletados dos docentes do curso de medicina da UFSC expressam à dinâmica da construção da proposta, os tempos e espaços de discussão, assim como a participação dos sujeitos como também as resistências encontradas nesse processo. Um dos entrevistado resgata a história dessa construção, enfatizando que na década de 1980 já havia a evidência da

necessidade de mudar, porém não se tinha as condições políticas para determinar essa mudança.

Então, partiu necessariamente por um processo de convencimento. Inicialmente, nós começamos uma primeira proposta de mudança de currículo em 86, 88, que praticamente, era uma adaptação do currículo unificado europeu. Similarmente ao nosso, o pessoal na Europa também tinha tido essa dificuldade e visão de caminhar para um currículo integrado, mas também trabalhando com especialistas, com cátedra, com toda uma situação que você tinha que trabalhar (PF2).

Havia uma idéia então de acabar com disciplinas e trabalhar com blocos de conhecimento. Eles achavam que isso era um passo importante a ser tomado nessa primeira fase. Pelo menos, o professor não tinha mais a gestão sobre a condição didático-pedagógica da sua disciplina, ele teria que trabalhar em bloco e em grupo, mas continuaria trabalhando dentro da mesma área de atuação dele. Esse foi o nosso primeiro passo (PF2).

Nós levamos essa discussão durante um ano, até que de repente, numa reunião o Colegiado do curso decidiu através da assembléia de departamento da clínica médica, que ela não estava disposta a aceitar aquilo, que ela queria mais um tempo para pensar. Que devia se discutir um pouco mais, se pensar um pouco mais, antes de tomar essa iniciativa. Mas, concordaram em ampliar o Internato para um ano e meio, que já obrigou uma rediscussão, pelo menos, dos objetivos, da carga horária da disciplina, já levou um pensar sobre o currículo, porém já se criou um sistema de não aceitação. Ou seja, tudo está bem, nosso curso está bom, nosso curso é bom, nossos alunos fazem o que eles querem, aquela coisa de sempre. Até diziam para mim: “Você foi aluno aqui, você é ótimo!” (PF2).

Nos anos de 1997 o curso de medicina da UFSC, embora tenha mantido a mesma organização curricular disciplinar, fez mudanças significativas, entre elas destacamos a expansão do Internato Médico em Saúde Coletiva,

Em 1997 cria-se na UFSC o Internato de Saúde Coletiva, que foi outra iniciativa inédita em Santa Catarina e talvez no Brasil. Uma das primeiras faculdades de Medicina a ter um

Internato específico em saúde coletiva, que era nada mais, nada menos, que um Internato em Atenção Primária. Começou se chamando Internato em Saúde Coletiva, mas era um Internato específico na Atenção Primária (PF4).

Com os passar dos anos um movimento interno deflagrou a necessidade de mudanças, professores e os próprios acadêmicos apontavam que “o currículo tradicional do curso de Medicina da UFSC não estava mais atendendo as expectativas de formação profissional daqueles alunos” (PF3).

Assim, em 2002, a partir de uma comissão permanente de reforma curricular, formada por um representante docente de cada departamento e representantes discentes, desenvolveram um programa de mudança curricular, como registram alguns professores entrevistados da UFSC:

Um grupo de pessoas que estavam na coordenação do curso começou a se apoderar dessa idéia, não sem as devidas resistências que sempre acontecem nesse processo, porque interesses prevalecem. Mas de uma maneira, se começou uma idéia de movimento (PF2).

Então começou a haver um ponderamento, principalmente por parte do Colegiado de curso e aí com um apoio importante do movimento estudantil, do pessoal ligado mais a Reforma Sanitária que tinha dentro da Universidade, que trabalhavam também por essa idéia também de construção do Sistema de Saúde do país, tudo isso acabou se juntando para que a gente pudesse desencadear e se apoderar de uma proposta de mudança curricular (PF2).

Os atores sociais foram, basicamente, o corpo docente e o discente. Na época nós tivemos um grupo de discentes que teve uma participação muito importante na mudança curricular, muito mais que os docentes, inclusive (PF3).

A expectativa desses atores era de que houvesse uma participação efetiva dos docentes, tanto nos espaços de construção da proposta, como nos espaços de formação docente. Embora os espaços tenham sido oportunizados, de acordo com os entrevistados, a participação foi restrita.

Juntando todos dava uns trinta professores. E ao todo eram duzentos e poucos. E aí a gente foi falar com os outros professores, por que: “Quem eram os trinta?”. Os trinta que participavam das discussões, não precisavam, já estavam sensibilizados. Então, tinha os trinta que queriam e duzentos e tantos que não queriam. A gente falou para os professores: “Mas por que vocês não participaram?”. E eles disseram: “Não, é que esses cursos são para professores novos, nós já somos velhos aqui, a gente já sabe tudo. A gente tem formado os alunos desse jeito, tem sido muito aprovado no exame de residência, portanto, para nós não precisa isso”. E isso continua até hoje (PF1).

Havia um grupo condutor e um grupo que vinha e não vinha, dependendo dos seus interesses próprios, ainda com aquela visão fortemente disciplinar, fortemente dentro daquele modelo do currículo como espaço de poder, que na verdade é a isso que se refere, currículo como espaço de poder. Essas pessoas nesses momentos marcavam espaço de poder, não era exatamente espaço de construção, sempre que eles falavam o que eles faziam eram concessões, desse jeito, espaços consentidos não espaços consensoados, havia muita dificuldade de consenso, havia mais de consentimento, isso continua no currículo até hoje (PF2).

Essas narrativas nos faz refletir sobre as palavras de Lopes e Macedo (2011) que “currículo é uma conversa complicada de cada indivíduo com o mundo e consigo mesmo” (p. 35). Assim, entendemos que é num processo de relações de poder e de mecanismos de cooptação, as vezes manifestados explicitamente, outras de forma velada, que os currículos são gestados.

Parafraseando Cherryholmes (1988) “a norma para um currículo, portanto, não é o consenso, a estabilidade e o acordo, mas o conflito, a instabilidade e o desacordo, porque o processo é de construção seguida de desconstrução seguida pela construção” (p.149). Diante desse cenário, identificamos que os atores sociais da construção curricular do curso de medicina da UFSC sentiram a necessidade de repensar e ampliar os tempos e espaços de discussões, com o

objetivo de intensificar oportunidades de participação, e promoção dessa construção.

A discussão precisava ser ampliada, o movimento de discussão precisava ser ampliado e não dava para colocar todo mundo no Colegiado. O Colegiado tinha que dar conta da demanda do dia-a-dia. Então foi feita uma coisa para que o Colegiado não se sentisse ameaçado. E que todas as demandas que houvessem por parte desse grupo precisavam ser validadas no Colegiado do curso. Então, teve que ser feito um grande trabalho de associação política para que o Colegiado não fosse sentir-se ameaçado por esse outro grupo que trabalhava as questões de mudança (PF2).

Além da necessidade da participação dos sujeitos sociais na construção da proposta, os entrevistados apontaram a preocupação de não personalizar a proposta, mas sim envolver mais pessoas para liderar o processo.

Quando as coisas são criadas por Lei, se gera espaço de poder e aí gera obrigação. Esses espaços, por melhores que eles sejam, eles tem que ter configuração de porta de bar de faroeste americano. A porta pode abrir ou sair dos dois lados. Então essa é a idéia. Sempre que uma mudança curricular começa a ter nome e sobrenome está na hora de sair, porque é o currículo do fulano, do beltrano. Então é muito importante o rodízio das pessoas que lideram o processo ao longo do tempo. Não deve haver uma personalização. Se configurar na figura da pessoa, como é o fulano de tal que está fazendo eu não quero fazer. E isso é um artifício para não mudar. Já são estratégias que o indivíduo usa para não mudar. A gente vive um ciclo chamado Gestão de Estratégia de Mudança (PF2).

Outro fator determinante na construção da proposta curricular do curso de medicina da UFSC, já mencionada anteriormente, foi a aprovação do projeto do curso através do processo seletivo do PROMED, que impulsionou e consolidou a construção do projeto.

Fomos um dos grupos selecionados, ficamos muito vaidosos, porque na época quem coordenava o processo, era a

Universidade de Marília, eu não lembro o nome dele, mas nos falaram o projeto é de vocês escolhemos os três melhores projetos. Claro que entre um projeto no papel e executar esse projeto tem uma distância abissal, mas mostrávamos pelo menos que nós tínhamos uma intencionalidade de encaminhar (PF2)

Aí o PROMED foi uma coisa importante. Acho que a política de saúde também. O governo também. Uma política pública indicando que lá estava o caminho certo e fortaleceu internamente o grupo que realizava isso no momento. E aí então nós disputamos o PROMED, batalhamos, colocamos o nosso currículo, todo mundo ficou empolgado em fazer isso. E ganhamos (PF2).

A aprovação do projeto da UFSC ,com o financiamento do PROMED, foi decisivo para implementação da proposta, permitindo a contratação de consultores, produção de materiais, visitas a outras instituições, organização e participação de encontros de educação médica.

O PROMED implantou o currículo e aí começamos ver que as pessoas tinham que estar preparadas para dar conta daquele currículo. As áreas mais tradicionais reagiram mais, o básico reagiu muito, porque achou que a gente estava querendo acabar com o básico e nós queríamos tirar vias fragmentadoras, entre internato, profissionalizante e o básico (PF2).

Nós tivemos consultorias, no início foram consultorias principalmente pedagógicas, visando instrumentalizar o corpo docente de processos construtivistas de aprendizagem. Durou cerca de dois anos, nós tivemos uma consultoria pedagógica, que foi paga, inclusive, com recursos do PROMED, que serviu para instrumentalizar essa questão dessa nova forma da aprendizagem. Também a questão da avaliação dos nossos alunos. Então, eu achei que foi muito interessante isso. Foi a única consultoria externa que a gente teve porque os nossos professores precisavam mudar a maneira deles de encarar o processo de ensino-aprendizagem (PF3).

Os processos metodológicos acompanharam a dinâmica da construção do currículo integrado de cada escola. Na UFSC, o ponto de partida foi à proposta de mudança do internato que antecedeu a reestruturação do currículo integrado. Atendendo alguns princípios importantes no campo da saúde, demandas diagnosticadas, e essencialmente a necessidade de desenvolver um novo perfil profissional.

Começamos a reforma curricular criando a proposta de Internato. A nossa reforma curricular era inicialmente a criação de um novo Internato (PF1).

E aí começaram a surgir idéias, que era aumentar o Internato de um ano para um ano e meio, depois a pressão foi de aumentar o Internato de um ano e meio para dois anos. E aí a pergunta é por que não se faz então o internato durante o curso inteiro? Se essa é a maneira mais eficiente. Vamos trazer a metodologia de ensino do Internato para todo o curso (PF2).

Uma inserção precoce na comunidade, aliás, precoce não, a gente prefere dizer uma inserção mais cedo na comunidade, um Internato de dois anos, que foi o que a gente conseguiu mudar, e uma tentativa de uma imagem-espelho entre o que era aprendido nos módulos de ensino e o que era feito nas unidades (PF3).

Após a consolidação do internato para dois anos, visando à integração entre ciclo básico e clínico voltado às necessidades de saúde da população e do SUS, delineou-se a construção do currículo integrado modular nas fases que antecederiam o internato.

Algumas estratégias foram sinalizadas pelos entrevistados do curso de medicina da UFSC como: as reuniões do colegiado do curso; fóruns de discussões; seminários de avaliações; as trocas de experiências e o papel articulador dos integrantes da comissão permanente de mudanças curriculares que foram significativas nesse processo.

A construção e a produção do Projeto Pedagógico, na realidade, ele começou dois anos antes. Na época que o Professor Paraná ainda era coordenador de curso ele criou uma comissão permanente de mudança curricular. E, naquela época, cerca de dois anos antes dos lançamentos das Diretrizes o nosso grupo na época, que eu fazia parte, a gente estudou e discutiu internamente como que ia fazer esse processo (PF3).

Na época veio o pessoal de Londrina, da UEL, aqui também nos ajudar. Então houve uma participação grande, houve um trabalho intenso de cerca de dois anos de uma comissão que estudou e fez o embrião do que seria o PPC. E o nosso currículo integrado foi construído paulatinamente (PF3).

Os tempos e espaços para discussão foram as reuniões de Colegiado mensais e reuniões de planejamento semestrais. Depois que o currículo integrado começou, tivemos outra ferramenta que nos ajudou muito, o seminário de avaliação do currículo. Aliás, na realidade, foi copiado da própria Unicamp isso. E esse seminário, ele permitia a avaliação de como é que tinham sido produzidas as fases e também apresentava sugestões e Diretrizes para que fossem mudadas. Então, acho que um dos instrumentos para discussão foram esses seminários de avaliação do currículo integrado, que foram feitos pelos próprios alunos, os professores não participavam da organização disso (PF3).

Considerando que cada entrevistado tem uma história muito particular em seu processo de profissionalização docente, e do meio social que o circunda, alguns professores entrevistados mencionam que a reforma curricular, é uma questão ideológica. Outros apontam que o caminho se faz ao caminhar, não havendo uma metodologia única demarcada nesta construção, pois cada ator social está representado de significados, de vivências e concepções de sujeito, de currículo, de sociedade, de saúde. Percebe-se nessa categoria de análise que a escola médica da UFSC traz novamente mais narrativas desse contexto, por motivos já justificados anteriormente. Lembramos que o objetivo dessa pesquisa, não está em comparar as escolas investigadas, mas localizar o percurso, os contextos da construção de um currículo integrado.

5.3.1 As vozes presentes e ausentes

Outras questões que foram sinalizadas durante as entrevistas referiam-se as vozes presentes e ausentes na construção da proposta. Nesse processo, percebe-se que apenas algumas vozes foram ouvidas. Como afirma Mainardes (2006) “os atores estão imersos numa variedade de discursos, mas alguns discursos serão mais dominantes que outros” (p.54). Foi o que percebemos nessa pesquisa quando um dos profissionais entrevistados expressou essas questões, narrando à ausência da participação popular e dos docentes das diversas áreas.

Eu acho que nós não conseguimos fazer uma coisa que a gente sempre quis. Como a gente defendeu a Reforma Sanitária desde o começo, a história do controle social, da participação popular, etc e tal, a gente queria que o povo estivesse aqui, não sei de que forma exatamente. Essa é a grande voz ausente. Na verdade, ele não se faz ouvir (PF1).

A gente consegue se fazer ouvir um pouco no programa docente assistencial, via as unidades básicas. Mas já é uma voz travestida para a unidade básica, não é a voz do povo. Acho isso lastimável. A gente não cresceu nisso. Para mim essa é a voz grandemente ausente (PF1).

As vozes ausentes são aqueles dos professores que se abstinham do processo, por não acreditar na mudança curricular e achar que as suas aulas eram boas, eram satisfatórias e que estavam formando um médico contente (PF1).

Evidenciou-se também na fala do mesmo entrevistado a permanência da influência do modelo médico industrial que perpetua ainda nas vozes dos profissionais. “A voz muito presente ainda é antiga, a voz do modelo do complexo médico industrial. Essa é a voz mais presente” (PF1).

Outro aspecto relevante nesse processo foi à aproximação entre a academia e serviços visando à integração das mesmas.

Os atores sociais do curso envolvidos no processo de construção da mudança curricular foram primeiramente os atores institucionais. A Prefeitura Municipal de Florianópolis, e a graduação em Medicina. É impossível você ter um projeto desses sem uma parceria sólida com a Prefeitura Municipal. Você não vai desenhar nenhum Projeto Pedagógico que tem ênfase em Atenção Básica se você não falar com o núcleo que faz Atenção Básica. Então isso foi muito importante (PF4).

Para Sisson (2005) as parcerias entre a Universidade, serviços de saúde e as comunidades concretizam um espaço compartilhado de planejamento, decisão e operação. Nesse sentido é necessária uma relação cooperativa, “que corresponda aos interesses das partes envolvidas e crie possibilidades de construção de um espaço de trabalho conjunto, apesar das diferenças de olhar” (p.43). Portanto, o sentido de mudança não está somente no foco da academia, mas no processo dialógico entre ensino e serviços.

Na Universidade Comunitária da Região de Chapecó- UNOCHAPECÓ, por se caracterizar como instituição privada, os professores em sua maioria são profissionais que atuam em suas clínicas e possuem uma carga horária parcial na instituição. Portanto, são profissionais que não tem dedicação exclusiva para a docência, é o que relata o coordenador do curso.

Confesso que essa caminhada não foi fácil, desde 98 foram chamados os médicos mais antigos, o pessoal da Educação, o pessoal aqui da própria área da Saúde pra começar essas discussões. Eles continuaram chamando e sempre chamando o grupo. Até mesmo quando foi anunciado que o projeto do curso estava sendo construído, foram convidados todos os médicos da cidade, eles enviaram um convite para todo mundo, foi feita uma reunião aqui na Universidade,

vieram muitos médicos, mas ninguém quis assim se comprometer, e enfim, com o tempo foi sensibilizando (CP).

Na construção da proposta eles chamaram todo mundo, chamaram os médicos mais antigos. Depois que o curso começou, houve bastante crítica e tal, mas na verdade, como sempre, todas as pessoas que não acompanharam o processo fizeram críticas, dizendo que foi escolhido a dedo, enfim, que era do Partido Político aquela coisa toda, não tinha absolutamente nada a ver, impressionante, o que se ouviu. Hoje já não se ouve tanto porque eles já estão vendo o produto lá, mas foi bastante difícil (CP).

Essas pessoas que você está entrevistando, na maioria delas agora que começaram a se apoderar do projeto do curso, a se interessar, então foi um processo demorado (CP).

As vozes presentes eu te diria que foram sempre as mesmas. Foram aquelas pessoas que já faziam parte do projeto de mudança curricular, que aos poucos foram recebendo reforços, à medida que os professores foram vendo que aquilo funcionava. Então a gente foi tendo adesões importantes e significativas no decorrer da implementação do currículo (PF3).

Dessa forma podemos concluir que os sujeitos sociais envolvidos na construção da proposta do curso foi um grupo restrito. Em sua maioria eram os que tinham uma carga horária maior como docente na Universidade, e por sua vez assumiam o papel da docência.

5.3.2 Processo de sistematização do Projeto Pedagógico

Durante a entrevista foram consideradas questões relacionadas a sistematização do Projeto Pedagógico de cada escola, com o objetivo de investigar quem foram os principais atores sociais que participaram do processo de produção de texto da proposta.

Entendemos que a produção de textos, no caso, a produção do Projeto Pedagógico do Curso - PPC, não é uma produção fechada e objetivada, trata-se de um texto de múltiplas leituras, marcada pela polissemia e concepções engendradas nos macros e micros contextos, e dos sujeitos produtores do documento. Goodson (1995) argumenta que um currículo escrito nos proporciona “um testemunho, uma fonte documental, um mapa do terreno sujeito a modificações (p.12)”. Portanto, um documento carregado de significados e entrelinhas.

No processo da produção do Projeto Pedagógico das escolas médicas investigadas percebe-se a presença dos mesmos sujeitos ativos no processo de discussão do movimento da mudança. O que fica em evidência que “*as características do currículo se dá a partir do perfil daqueles que criaram. Quem idealizou a proposta tinha esse perfil (PP2)*”.

Na escola médica da UFSC, além do grupo de professores envolvidos no processo de mudança houve também consultorias externas e internas para efetivar essa produção como apontam os entrevistados.

Eu te diria que nós tínhamos em torno de 20 a 30% de docentes empenhados na mudança curricular, uns 20 a 30% que eram radicalmente contra qualquer processo de mudança curricular, e nesse meio uma grande massa que estava dividida e esperando para ver o que ia acontecer que pesa no contra. E houve, obviamente, muitas divergências durante o processo, mas no fim das contas a gente conseguiu elaborar um currículo bem estruturado (PF3).

Nós fizemos o Projeto Pedagógico geral, em que foram criados módulos temáticos que agrupavam diferentes áreas de conhecimento. Tem o livro da proposta da mudança que descreve detalhadamente tudo isso. E dentro disso a gente começou. Encerrou-se a consultoria externa, nós começamos a montar o currículo baseado em módulos temáticos, tendo como eixo norteador a Interação Comunitária (PF3).

Nesse ponto foi fundamental uma consultoria interna do curso também, na época foi a Professora E., que foi fundamental para a construção do currículo. Eu diria que ela estruturou toda a questão da Interação Comunitária, de tal forma da gente tentar fazer uma imagem-espelho do que era praticado nos módulos e o que os nossos alunos viam na Interação Comunitária (PF3).

Foram pessoas que falaram, nós vamos arregaçar as mangas e vamos fazer, não foi feito na calada da noite para excluir, mas você sabe como é que é. Então foram pessoas que a Universidade tinha, nós temos que levantar estátuas pra elas e não criticar (PF4).

Em relação à produção do projeto da UNOCHAPECÓ além dos docentes da instituição, observa-se que houve a mesma assessoria pedagógica da UFSC, trazendo por sua vez concepções semelhantes às duas propostas, currículo modular e espiral. Também houve a participação de um dos docentes da UFSC que acompanharam o processo da UFSC como relata o coordenado abaixo:

Quem participou do processo de produção de texto, então, foram vários atores, tiveram colegas daqui, coordenadores de curso já implantados, teve a assessoria pedagógica da própria Instituição, a própria Reitoria, mas basicamente eu, o R., a L. (pedagoga) e a S. (UFSC) (CP).

O gestor do curso também relata as estratégias utilizadas, e as dificuldades vivenciadas pelos atores envolvidos no processo desse trabalho.

Os tempos e espaços de discussão, na produção do texto, foi bem interessante a gente praticamente levou um ano para discutir toda a formação, a gente utilizou muito e-mail, mandando textos, corrigindo, sugerindo, tinham reuniões mais pontuais aqui com um grupo maior de pessoas (CP).

Mas aquele cérebro foi feito por mim, o R.S., a L. e a S. que a gente se reuniu lá em Florianópolis na verdade, até a gente se encontrava na casa da L., a gente ficava o dia inteiro, até de noite, até o corpo não agüentar mais, discutindo, escrevendo, escrevendo, discutindo, foi um trabalho bem exaustivo, mas enfim valeu à pena (CP).

A construção do Currículo Integrado foi uma coisa muito interessante porque no papel ele é lindíssimo, e inclusive agora no projeto de reconhecimento de curso, a advogada que cuida da questão das normas ela disse que ficou encantada porque é lindíssimo de ver aquilo, de ler aquilo, ela falou que tá tudo diretinho (CP).

As vozes ausentes são mencionadas com certa frustração, pois destacam que a instituição teve a preocupação em efetivar vários convites e conversas sensibilizadoras, visando à participação dos profissionais da área no processo de construção da proposta. Porém, ficou evidente na fala do entrevistado que não houve o impacto esperado.

Talvez pudessem ter participado mais pessoas, mas foram convidados, conforme eu disse, acho que a gente tem até a ata, o número, eu acho que eram 120 médicos que vieram naquela reunião, mas não teve a manifestação de nenhum, que dissesse eu me disponho a ajudar (CP).

Com o apoio institucional e a participação dos professores envolvidos nesse processo algumas estratégias foram revistas, conforme relatam os entrevistados da UNOCHAPECÓ:

Fizemos um trabalho inverso, a gente listou um currículo tradicional, e em cima desse currículo tradicional, a gente propôs outro currículo, eu confesso que foi bem difícil (CP).

Antes mesmo de iniciar o internato, uma reunião de planejamento, a gente via assim: a Saúde Pública, “como vai ser a saúde pública”, “o que é preciso ter na Saúde Pública?”, “que tipo de conhecimento?”, “que tipo de habilidade eles precisam ter?”. E todos os coordenadores dos módulos, discutiam item por item (PP1).

Quando abriu o internato no hospital e nas unidades a gente começou a fazer essa negociação para conseguir entrar no hospital, óbvio que com dificuldade, pois eles não queriam a medicina lá dentro. E aí a gente começou a rever todo o e mentário do currículo, se estava adequado, se não estava adequado, o que seria necessário mudar, ou não. Foi se construindo (PP1).

Entendemos que a organização de um currículo expõe seus construtores numa perspectiva de desafios que estão voltados para a transformação. A busca dessa transformação no curso de medicina das duas instituições requer a formação de um novo perfil profissional, entretanto, se tem a clareza de que esse processo exige mudanças nos diferentes estilos de pensamento dos formadores, e o seu comprometimento na implementação das propostas.

5.4 UMA QUESTÃO DE MÉTODO OU PERFIL DOCENTE?

Em relação ao processo ensino aprendizagem os professores entrevistados da UFSC trouxeram à discussão concepções, e estilos de pensamentos diferentes.

5.4.1 Metodologias ativas

Algumas metodologias de ensino são concebidas como Metodologias Ativas de Aprendizagem. Estas metodologias são aquelas em que o estudante tem um papel ativo, participativo, e o professor assume o papel de mediador e orientador durante o processo de construção do conhecimento.

A maioria dos entrevistados das duas escolas ressaltam a importância de desenvolver metodologias ativas, entre elas apontam: a) Aprendizagem Baseada em Problemas – ABP, como uma possibilidade de integrar teoria e prática e, b) a metodologia da problematização que tem como ponto de partida e de chegada a realidade social, contribuindo significativamente com os princípios da proposta curricular do curso.

Embora tenhamos constatado que ABP ou PBL tem sido uma das influências internacionais no contexto das mudanças curriculares ela não prevaleceu como organização curricular, tampouco como uma metodologia nas escolas investigadas. Podemos identificar que apenas alguns professores da UFSC enfatizam o PBL, como ressalta um dos entrevistados.

O pessoal ligado a educação, na Saúde Pública, professores da pediatria, pessoal da clínica, da gineco compram o discurso da reforma curricular e cumprem os preceitos metodológicos, mas daí é PBL, aí é Mastrich. Para eles o método é mais importante (PF1).

Também observamos que há uma discussão sobre a questão de método pedagógico no processo de mudança curricular.

O método não é o que importa. O PBL pode ser um monumento, desde que tu tenhas uma imagem objetiva que é essa que nós estamos discutindo o tempo todo, que é da Reforma Sanitária, de transformar o médico em outro jeito (PF1).

A problematização é a que melhor motiva o aluno para organizar esse conhecimento. Então a problematização, o aprender fazendo, ou seja, metodologias ativas de aprendizagem começaram a ser mais importantes do que as chamadas aulas expositivas que dominavam 80% do curso (PF2).

Todo aluno ficava sonhando em chegar no Internato para daí aprender Medicina. Medicina é no Internato que a gente vai aprender, agora é só marcar passo para chegar ao Internato. A gente já sabia que, na verdade, o aprender fazendo e a problematização que é o que o aluno fazia no Internato, é o mecanismo mais eficiente para ele aprender (PF2).

Entretanto, no Projeto Pedagógico do Curso de medicina da UFSC, está ressaltado novas propostas didático-pedagógicas de ensino-aprendizagem entre elas: a problematização; trabalhos interdisciplinares; seminários multidisciplinares de integração; Aprendizagem Baseada em Problemas; e casos clínicos. No caso

do internato, o processo ensino aprendizagem está baseado em casos clínicos e no treinamento em assistência, tanto na comunidade como em nível ambulatorial e hospitalar.

Porém, ao questionarmos acerca da metodologia no processo ensino aprendizagem, identificou-se que ainda prevalece no contexto da prática o modelo tradicional nas duas escolas médicas. Os relatos descrevem que muitos professores desconhecem outras possibilidades metodológicas, perpetuando as práticas docentes com ênfase na aula expositivas, na lógica conteudista desvinculada do contexto social. Como afirma um dos entrevistados da UNOCHAPECÓ, “eles acham que professor bom é aquele que vai lá e dá um baita resumo, você estuda todas as páginas e tira um dez” (PP4).

Mas as críticas também estão relacionadas ao PBL, *Problem-based Learning*, vejamos o que entrevistado abaixo relata:

O Problem-based Learning é um caso clínico fictício que gera uma discussão e o aluno vai atrás da informação, modelo absolutamente biomédico. PBL é um embuste. E ainda a gente faz um PBL em Santa Catarina irresponsável, desqualificado. Porque MacMaster, para fazer PBL, tem toda uma formação. E aqui não. Então a gente tem que repensar isso (PF4).

Eu tenho dois tipos de professores: um professor que vai para a sala de aula e dá uma aula dialogada com o aluno, problematizando o modelo biomédico, com vistas ao modelo da integralidade, isso é uma coisa; agora ter um professor que vai para a sala de aula, tutorial, com oito alunos, para usar um problema clínico como eixo de trabalho, mas continua vendendo o modelo biomédico. Prefiro o primeiro, Marcia (PF4).

Se eu vou, na minha faculdade de Medicina, vender o peixe do modelo biomédico, eu não preciso problematizar. Por quê? Porque o que é hegemônico, ele se dá por inércia. Eu não preciso problematizar o modelo biomédico para ensinar medicina. Você entende onde eu quero chegar? Agora se eu quero vender a imagem de que eu tenho que formar um médico com o eixo da integralidade, eu preciso problematizar

um modelo onde ele está assentado, que é o modelo biomédico (PF4).

A Aprendizagem Baseada em Problemas - ABP, ou *Problem-based Learning* - PBL, requer outra organização curricular, sem a necessidade de ter disciplinas, além de uma nova concepção do processo ensino aprendizagem. Para Ribeiro (2010) a proposta é usar o problema para motivar, focar e iniciar a aprendizagem numa perspectiva de desenvolver o pensamento crítico e habilidades de solução de problemas sobre os conceitos essenciais da área em questão. Além de promover a construção dos conhecimentos Aprendizagem Baseada em Problemas objetiva o desenvolvimento de habilidades e atitudes tidas como importantes para uma prática profissional efetiva.

Entendemos que a implementação do PBL pode ser uma proposta de organização curricular de um curso, a espinha dorsal do currículo, mas também pode ser implementada como uma estratégia metodológica, isto é, pode ser desenvolvida em determinados momentos dentro de um currículo. É o caso do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina em que alguns professores adotaram o PBL como o propósito de integrar o conhecimento vinculado a processos de solução destes problemas, portanto, não se trata de uma organização curricular em PBL.

A questão em debate é que, embora se tenha iniciativas de mudanças curriculares, e possibilidades de práticas metodológicas diferenciadas, permanece no contexto do ensino, a concepção biomédica no pensar dos professores, o que contradiz com uma proposta curricular que se apóia no ideário da Integralidade. Para Pinheiro e Mattos (2003) a Integralidade não é apenas diretriz; é uma bandeira de luta, e parte de uma imagem-objetivo desejável. Abarca um conjunto de ações de promoção, prevenção, recuperação e

restauração da saúde que se articula para realização do cuidado à saúde. Implica, sobretudo, à afirmação de valores da integralidade do ser humano.

Outro aspecto evidenciado nessa pesquisa é que há um consenso entre os entrevistados da UFSC que as metodologias ativas podem contribuir com a aprendizagem, mas elas por si só não garantem a efetivação da mudança, há outros aspectos que devem ser considerados.

o problema da educação médica hoje não é de método. O problema é: que médico nós vamos formar? Que cara é esse que nós vamos formar? Isso que a faculdade tem que ter claro, ela tem que definir muito claramente qual é o médico que ela quer formar. Depois, a gente vai escolher que metodologia a gente vai fazer para formá-lo daquele jeito, mas você colocar a metodologia na frente é um absurdo. E, de fato, eu acredito nisso até hoje. Método é processo. Médico que eu quero formar é produto. Então eu não posso colocar o processo com objetivo. Objetivo não é método. Você entende o que eu quero te dizer? (PF4).

O método dialógico para mim é o método, entende. Se tu vais usar reflexão, teoria e ação, tu tens que pensar em cidadania, tu tens que pensar nas outras coisas, eu acho que Paulo Freire é fundamental (PF1).

Foi bastante difícil isso também, porque cada professor tinha a sua metodologia de ensino, na realidade, muitos professores sequer conheciam da área básica como da área profissionalizante e isso precisou de todo um processo adaptativo para que isso funcionasse (PF3).

Percebe-se, portanto, que as propostas de currículo integrado têm uma perspectiva pedagógica voltada para um processo de auto-aprendizagem, num contexto de aprendizagem significativa e interativa em pequenos grupos. Propõem-se alternativas metodológicas mais ativas, desprendendo-se de um modelo que visa apenas à transmissão de conteúdos, informações e o desenvolvimento de habilidades para o exercício da profissão. Dessa forma entendemos que as metodologias nas duas propostas médicas assumem múltiplas características na prática curricular, cada qual com seus princípios

orientadores. Concordamos que as metodologias ativas contribuem no processo de formação de forma intencionada nas propostas de integração curricular, porém a partir das análises realizadas entendemos que um currículo integrado abarca um conjunto de elementos que ultrapassam a dimensão teórico-metodológica.

5.4.2 A profissionalização docente

A grande maioria dos profissionais docentes do Ensino Superior, em especial na área médica, não possuem uma formação pedagógica, suas referências remontam aos professores com os quais vivenciaram em sua formação. Nesse sentido tanto os professores como os acadêmicos são sujeitos de um processo de aprendizagem. Concordamos “que não é um trabalho fácil, pois, exige uma reconstrução do perfil habitual dos professores universitários” (ZABALZA, 2004, p.31). Essa reconstrução docente se dá pela via das experiências das práticas pedagógicas, dos espaços de formação permanente e em serviço, para que possam adequar suas ações às novas exigências para a formação de profissionais.

A gestão do curso de medicina da UNOCHAPECÓ, na medida em que foi implementando o currículo integrado, teve a preocupação em garantir que os docentes iniciantes conhecessem e compreendessem a proposta. Dessa forma legitimou-se institucionalmente que durante o processo seletivo docente, os candidatos tivessem acesso previamente a proposta curricular do curso. Partindo do pressuposto que todos os profissionais ao conhecer a proposta teriam maiores condições de desenvolver sua prática docente, o processo seletivo passou a compor também elementos constitutivos do Projeto Pedagógico do curso, como podemos constatar nos seguintes registros:

Para entrar aqui, mesmo para contratação emergencial, você presta uma prova e nessa prova você tem que saber as Diretrizes do SUS, tem que saber do currículo daqui, a sua proposta pedagógica. Quem entra aqui tem que ter lido o currículo (PP4).

Um dos itens do processo seletivo é o próprio projeto do curso, então a gente dispõe uma súmula do projeto, o candidato estuda o Projeto, e aí depois ele relaciona a área dele de atuação com o projeto do curso. Quando ele começa a trabalhar ele já começa a fazer algumas relações, é bem interessante. Assimila os processos metodológicos e a questão do currículo integrado como foi construído (CP).

Os entrevistados da UNOCHAPECÓ destacam que os espaços de profissionalização docente foram possibilitados na medida em que o curso foi se desenvolvendo, contribuindo dessa forma na compreensão da proposta.

No início se fazia muito formação dos professores da Medicina, até para explicar o que era esse Currículo Integrado, qual era o objetivo dos módulos. Mas desde que eu entrei não teve mais, não sei se foi meio que uma desmotivação por não ter aderência, por faltar vínculo, porque o professor vinha dar hoje a aula de duas horas, e não vinha mais naquele semestre (PP2).

a gente está formando então um núcleo de profissionalização, e que a gente quer reativar, de uma forma mais presencial, esse planejamento. Está no projeto do curso que fosse a cada semana, a cada 15 dias, só que isso de fato ocorre principalmente no início e no final do semestre. Parte dele ficou no planejamento virtual, mas que de fato a gente precisaria fazer adição desse pessoal (CP).

Sempre a gente tem que ter uma capacitação, uma profissionalização, que a gente chama de profissionalização docente, e sempre isso é tratado (PP1).

De acordo com Masetto (2009) há necessidade de “compreender essas novas propostas curriculares e aprender como assumir suas responsabilidades de formação dos atuais profissionais integram sua formação pedagógica” (p.17). Neste cenário de profissionalização a assessoria pedagógica ocupa papel de relevância, como ressaltado por diversos entrevistados da UNOCHAPECÓ.

Tínhamos assessoria pedagógica que liderava inclusive as oficinas de profissionalização bastante interessantes, elas traziam diversos materiais para lermos de avaliação, de ensino do adulto, livros, referências (PP3).

Essa profissionalização visa principalmente os fundamentos teóricos, essa parte pedagógica, então por um bom período nós fizemos reuniões aos sábados de manhã ou nos finais de semana, aonde havia este aprofundamento assim mais pedagógico (PP4).

Desde o início a gente teve uma pedagoga, se a gente tem uma dificuldade, quer desenvolver uma metodologia que fosse mais eficaz para uma determinada situação, ela sempre propõe muitas. Então essa parte pedagógica somos muito bem assessorados, só que não há procura de todos os professores (PP2).

Outra possibilidade mencionada foi à participação dos professores na pós-graduação em docência como perspectiva de formação visando qualificar as práticas pedagógicas. Assim o caráter profissional da docência no Ensino Superior vai sendo construído, fortalecendo sua identidade.

[...] a Universidade sempre convidou, dentro da própria área, todos os Coordenadores de cursos que já existiam, a Assessoria Pedagógica, além de Pedagogos que tem na área da Educação, e também os professores que fizeram formação em Pós-Graduação de Docência, eu mesmo fiz essa Pós-Graduação, mas tem outros professores que fizeram e eles acabaram sendo Representantes Pedagógicos, foi bastante gente, e, além disso, a assessoria externa (CP).

Observa-se que a preparação do profissional docente contribui significativamente no desenvolvimento da proposta, destacado principalmente na escola de medicina UNOCHAPECÓ. No currículo integrado, estimula-se a participação ativa dos discentes no processo ensino aprendizagem, além disso, se faz necessário tempos e espaços de trocas de experiências e planejamento integrado entre os docentes. Concordamos com o pensamento de Batista (2004), que considera que a formação docente é um processo que não se restringe a

territórios disciplinares, pois se inscreve em um contorno de permanente (re)construção de saberes e fazeres. Assim, a constituição da docência, portanto, exige uma ampla compreensão de saberes a serem colocados em prática pelo professor, e o espaço de formação permanente é um dos lugares em que essas relações e interações se estabelecem.

Assim, reafirma-se a necessidade da profissionalização docente diante desse novo paradigma curricular, que exige além dos saberes científicos, saberes docentes que configuram a criticidade e reflexividade sobre as suas práticas, a dialogicidade entre seus pares, e a compreensão de qual perfil profissional se deseja formar.

5.5 CURRÍCULO INTEGRADO NOS CURSOS DE MEDICINA DA UFSC E DA UNOCHAPECÓ

Buscamos identificar nessa pesquisa os fundamentos teóricos, as principais características e as ênfases da integração que nortearam a construção da proposta curricular das duas escolas médicas a partir da percepção dos entrevistados.

Em relação às referências teóricas educacionais, no que tange as mudanças curriculares na área médica, deixam evidências de não terem sido suficientemente discutidas. Nesse sentido os entrevistados da UFSC também frisam a falta de envolvimento dos docentes no processo de construção da proposta.

Que teóricos foram discutidos e fundamentados na proposta? Essa é uma excelente pergunta, sabe por quê? Porque do ponto de vista de proposta pedagógica, ninguém. Quando foi feita a proposta, foi feita como toda proposta de edital, toque de caixa. Foi feita assim. Existe uma verba e foi feito da noite pro dia. Pra falar bem a verdade. Então se eu te disser assim, houve um processo de debate, de

discussão, de seminários, de fóruns de construção coletiva pra atender o edital, mentira, não houve nada disso. Houve sim, meia dúzia de pessoas importantes, que eu já citei, que viram o edital e viram no edital a oportunidade de fazer uma mudança, se juntaram e fizeram o que puderam, e fizeram o melhor deles, então eles não tiveram tempo de democratizar nada (PF4).

Então, como é que esse grupo de discussão permanente, como é que cada um deles fez a sua fundamentação teórica para defender aquela posição durante o currículo? Isso eu não consigo perceber (PF2).

Embora os fundamentos teóricos não tenham sido explicitamente apresentados pelo coletivo de professores das duas escolas, alguns dos entrevistados destacam a perspectiva construtivista como base teórica, principalmente relacionada ao processo de ensinar e aprender. Outros entrevistados citam alguns autores da literatura educacional que ao longo da discussão e produção de texto foram referenciados. Destacam também os princípios das políticas de saúde no Brasil e das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação de medicina como os principais norteadores da construção da proposta.

Os eixos que fizeram a construção da nossa proposta foram os princípios norteadores da formação construtivista. A gente usou essa parte construtivista para poder fazer um currículo integrado (PF3).

Usamos muito a bibliografia sobre a história dos Currículos da Medicina no Brasil, os documentos oficiais do Conselho Nacional de Educação, as Diretrizes do MEC. Utilizamos as Políticas de Saúde do Brasil, isso para fundamentar, caracterizar a Medicina no Brasil e ver como é que ela vinha vindo e porque exigiria mudança. Em relação a questão teórica, os elementos determinantes para um currículo globalizante, então alguns autores como Morin, Boa Ventura Santos, Luckesi, Vasconcelos, entre outros (CP).

As Diretrizes Curriculares Nacionais também foram identificadas na construção do Projeto Pedagógico do curso de medicina da UNOCHAPECÓ, também como um referencial, compreendendo-a além dos aspectos legais, os princípios que as fundamentam, produto de discussões e de reivindicações da categoria.

a gente seguiu muito as Diretrizes Curriculares adaptamos alguma terminologia, principalmente na questão da própria fundamentação teórica do projeto, mas basicamente foram as Diretrizes (CP).

Outras referências na área da saúde são mencionados como a OPAS e o processo IDA, as quais trouxeram elementos que fundamentam a mudança curricular da área médica.

a gente olhava mais aqueles artigos da OPAS sobre Diretrizes Curriculares, a produção nacional sobre o processo IDA, a desencadeação, motivada pela OPAS, que é a motivação do docente assistencial, que deu origem agora aos conceitos modernos (PF2).

A concepção de avaliação formativa, processual, também é caracterizada como perspectiva teórica definida no Projeto Pedagógico dos dois cursos, como revela um dos entrevistados, “discutimos *toda a fundamentação teórica, do que é avaliação formativa, e a importância da avaliação na construção do currículo*” (PF2). Embora os entrevistados também tenham explicitado as dificuldades de materializar essa concepção na prática docente, como veremos mais adiante, percebe-se que há fragilidades no campo teórico.

As perguntas que nortearam essa categoria referiam-se a concepção de currículo integrado e as suas principais características desse currículo. É importante ressaltar que as características concebem diferentes formas de integrar um currículo, e não estão desvinculadas de concepções teóricas que implicam o

pensar e o fazer docente. Nesse sentido, destacamos a seguir, algumas dessas características encontradas na pesquisa.

5.5.1 A organização curricular modular e a teoria da aprendizagem espiral

Uma das características principais do currículo integrado dos cursos investigados é a organização modular, direcionadas por um conjunto de saberes relacionados de forma gradual. Ambas as escolas optaram por essa organização modular por entenderem que esta perspectiva consolidaria a base da integração do currículo. Assim os módulos foram organizados em complexidade crescente e ascendente, com o objetivo de estabelecer correlações e aprofundamentos dos conhecimentos fundamentais da Medicina.

Entretanto, a implementação dessa organização mobiliza outras logísticas pedagógicas e institucionais. Nesse sentido os entrevistados da UNOCHAPECÓ apresentam suas avaliações, dificuldades e perspectivas a respeito dos módulos.

Eu não conheço as outras formas de currículo integrado, mas por módulos pode dar conta, o nosso problema é que a gente tem as questões históricas, o que os professores tem na cabeça é a disciplina, e também as normas da universidade tratam de disciplinas e blocos e não de módulos (CF).

a implementação do currículo na forma de módulos eu acho que ela está muito bem encaminhada, porém como é muito diferente a gente depende de um tempo para conhecer, por isso que hoje ainda precisa refinar no módulo, mas daqui a pouco o módulo vai estar tão integrado que dá para começar a pensar em integrar entre outros módulos, isso é um processo (PP2).

Na proposta curricular modular uma das principais características delineadas diz respeito ao seu desenho curricular longitudinal, ou seja, representado como uma espiral crescente de complexidade.

Então o nosso currículo foi organizado em módulos temáticos. Não houve aprendizado baseado em problemas, porque não foi possível implementar, mas as principais características foram os módulos integrados, principalmente em termos de integração de conhecimento de área básica e área clínica, numa espiral crescente de complexidade (PF3).

Quando estou trabalhando um assunto, ou um aspecto, por exemplo, no módulo ser humano saudável, então eu sei que está sendo tratado isso nas Especificidades do Gênero que seria ginecologia e obstetrícia, e em outras áreas todas estão estudando ser humano saudável nas diferentes abordagens, visando a promoção a saúde, ou seja, o que é normal?, o que é um ser humano saudável? Depois entramos no adoecer, antigamente era tudo estanque, todas as áreas estão trabalhando nessa proposta (PP3).

De acordo com Jerome Bruner (1973), que aborda a teoria da aprendizagem em espiral, o autor defende que o processo ensino aprendizagem se dá de forma contínua, cíclica e não de forma etapista ou linear. Bruner (1973) defende a tese de que “os fundamentos de qualquer assunto podem, de alguma forma, ser ensinados a quem quer que seja em qualquer idade” (p.11). O foco da aprendizagem está em perceber como os saberes se relacionam. Sua intenção é sublinhar um ponto essencial de que as ideias básicas são tão simples como complexas, e exige constante aprofundamento e compreensão e que pode ser trabalhado progressivamente a sua complexidade. Assim, as ciências básicas são estudadas integradamente com as disciplinas profissionalizantes.

Nesse sentido podemos identificar nas falas do Coordenador da UNOCHAPECÓ a materialização dessa perspectiva curricular.

a gente fez um Currículo que possui uma base que são formadas por seis dimensões e essa base ela forma um eixo central que percorre também todo o curso. Então nós temos aqui, seis dimensões, uma delas é Ética, a outra Saúde, Sociedade e Meio Ambiente, Fundamentos Clínicos Morfológicos Funcionais do Ser Humano, Manejo de Informação para construção do conhecimento, a outra é a

Prática de Atenção e Cuidado, e a outra é Ser estudante de Medicina, tornar-se médico (CP).

Essas dimensões, elas percorrem durante todo o curso, de uma forma ascendente e crescente, uma forma inicial menos aprofundada, depois ela vai se aprofundando e também em termos de quantidade e de conteúdo abordado ela vai crescendo (CP).

Para Bruner (1973) um currículo pode ser organizado por grandes temas, pois “um currículo, na medida em que se desenvolve, deve voltar repetidas vezes a essas ideias básicas, elaborando e reelaborando-as, até que o aluno tenha captado inteiramente a sua completa formulação sistemática” (p.12). Como podemos observar nas seguintes narrativas das duas escolas:

O meu módulo é só pediatria, mas nas aulas vc pode convidar profissionais de outras áreas como psicólogo, sei que os outros módulos também estão lidando com questões relacionadas (PP3).

Desde o primeiro dia em sala de aula o aluno entra em contato com o seu espaço de atuação. Ele vai, desde o primeiro dia de aula, delimitando a realidade dele, problematizando isso. Isso era o nosso eixo central inicial, Saúde e Sociedade e que ajuda no desenvolvimento dos módulos (PF2).

Como apresentamos, no capítulo anterior, a lógica da organização do conhecimento na perspectiva espiral está evidenciada como uma das concepções de currículo integrado nos Projetos Pedagógicos dos dois cursos investigados. O currículo integrado do curso de medicina da UFSC está apresentado por uma espiral, “que demonstra um fluxo contínuo tanto ascendente como descendente, fazendo a integração entre os módulos nas fases e as fases entre si, tendo como eixo de integração a Interação Comunitária” (UFSC, 2005, p.11-12). Ainda no Projeto Pedagógico do curso de medicina da UFSC a construção do currículo “segue uma espiral ascendente de complexidade dos níveis de atenção, procurando estabelecer uma imagem espelho entre os conhecimentos

apreendidos e sua correlação com as necessidades sociais de saúde encontrados na população em seus diferentes níveis de atenção” (UFSC, 2005, p.12). Da mesma forma foi previsto no PPC do curso de medicina da UNOCHAPECÓ que a proposta do currículo integrado terá:

módulos seqüenciais com construção de conhecimentos em nível de complexidade crescente (representados na figura como uma espiral ascendente), procurando estabelecer correlação e aprofundamento entre os conhecimentos apreendidos e as necessidades sociais de saúde encontrados na população em seus diferentes níveis (UNOCHAPECÓ, 2005, p.45).

Identificou-se que os entrevistados compreendem que a construção curricular das suas respectivas escolas médicas foram pensadas e organizadas em módulos temáticos, objetivando uma prática docente que pudesse promover uma aprendizagem mais significativa. Para Masetto (2009) “aprendizagem entende-se como um processo vital de crescimento e desenvolvimento, ao longo da vida (life long learning), com uma dimensão significativa que explicita o significado e a importância do que se aprende” (p.08). Podemos constatar claramente essa perspectiva apontada pelo coordenador do curso de medicina da UNOCHAPECÓ.

Nós fizemos um Currículo que possui uma base que são formadas por seis dimensões e essa base ela forma um eixo central que percorre também todo o curso Essas dimensões, elas percorrem durante todo o curso, de uma forma ascendente e crescente, uma forma inicial menos aprofundada, depois ela vai se aprofundando e também em termos de quantidade e de conteúdo abordado ela vai crescendo (CP).

Esta perspectiva, portanto, está fundamentada na teoria da aprendizagem em espiral de Jerome Bruner. O objetivo visa favorecer a vivência de aprendizagens relacionais, num movimento em espiral, onde temas,

problemáticas, conceitos fundantes da área são abordados e aprofundados por diversos docentes em diferentes fases de sua formação.

Porém, as críticas em relação à execução dos módulos são evidenciadas nas falas dos entrevistados das duas escolas.

Agora, as nossas aulas, os nossos módulos, eu tenho que dizer a verdade, em minha opinião é ridículo, a gente não fez mudança, a gente fez reforma. Isso é uma diferença muito grande no currículo médico. Uma coisa é você fazer reforma curricular, outra coisa é fazer mudança curricular. A reforma curricular eu posso até remanejar: “Olha, não é mais disciplina, agora é módulo. Olha! eu tiro tantas horas desse assunto e tiro da sexta fase e boto na oitava”. Isso é reforma (PF4).

Deveria avançar mais na integração dos professores nos módulos; integração das aulas teóricas e práticas deveria haver uma padronização tanto de objetivos, como de avaliação, e de conteúdo dado. Está avançando nesse sentido, mas precisa mais (PP3).

a dificuldade é de transformar em prática, pois já se vem bem viciada no modelo tradicional (PP4).

De acordo com Orvalho e Alonso (2009) a estrutura curricular modular implica em diversos elementos, entre eles: princípios estruturantes; finalidades; critérios para a organização e articulação dos componentes do currículo; assim como perspectivas de desenvolvimento curricular. Do ponto de vista de sua operacionalização, envolve ainda: planejamento das atividades e metodologias; organização dos tempos e espaços; regime de docência, avaliação do processo ensino aprendizagem, entre outros elementos. Outro aspecto a ser considerado é o trabalho coletivo, principalmente para trocas e busca de soluções pedagógicas..

As ações integrativas relacionadas à avaliação da aprendizagem nos módulos é uma das características do currículo integrado, como podemos observar nas falas do gestor do curso da UNOCHAPECÓ,

Dentro do módulo, foi difícil, mas a gente conseguiu, ter um diário só, tanto é que quem gera as notas é o Coordenador

de módulos, então tem módulos com 10 professores, mas quem gera a nota é só o coordenador (CP).

A gente tem algumas avaliações pontuais dentro do módulo, mas elas são diluídas com as avaliações maiores que são as integradas, as que pesam mais são as integradas, que são todos os professores que fazem. Cada módulo tem sua metodologia, de acordo com o Coordenador de módulo (CP).

Entende-se que os módulos é uma das possibilidades de organizar o ensino, e que esta proposta necessita de novos papéis a serem desempenhados pelos professores e alunos. A partir desses elementos pode-se verificar que as duas escolas médicas pesquisadas ainda estão em processo de efetivar a organização modular, cada qual no seu tempo e concepções. E que a avaliação da aprendizagem como veremos mais adiante, é um dos principais desafios a serem superados no desenvolvimento da proposta pelas duas escolas médicas.

5.5.2 Interação Comunitária como eixo articulador do currículo integrado

Nas duas propostas curriculares de medicina o eixo norteador do currículo é a Interação Comunitária. Concordamos com Troncon (1999) ao afirmar que,

a proposta de desenvolver parte considerável do ensino clínico, no curso de graduação em Medicina, nos serviços de saúde da comunidade, significando, portanto, um maior engajamento da escola médica em atividades extramurais, integra, também, um novo paradigma educacional (p.336-337).

Em diversos momentos da entrevista, em especial nas falas dos professores da UFSC, o eixo articulador aparece em grande destaque, caracterizando-o assim como elemento fundante e inovador da proposta. Pois, é no contexto social que o acadêmico de medicina se insere desenvolvendo, desde as primeiras fases do curso, atividades de Atenção Básica.

Desde o primeiro dia em sala de aula o aluno entra em contato com o seu espaço de atuação. Ele vai, desde o primeiro dia de aula, delimitando a realidade dele, problematizando. Isso era o nosso eixo central inicial, Saúde e Sociedade e que ajudaria no desenvolvimento dos módulos (PF2).

A Interação Comunitária era para ser, do ponto de vista pedagógico, uma prática social e pedagógica, com interfaces da Atenção Básica. Então teoricamente, a gente teria que fazer o seguinte: “Qual é a realidade objetiva que ocorre no território?” Isso daqui vai fundamentar o desenvolvimento de conteúdos (PF4).

Um dos pressupostos da Interação Comunitária é que o aluno fique seis anos na mesma comunidade para criar vínculo durante os seis anos de curso dele. Ele vê uma criança nascendo e quando ele sair do Internato, a criança tem seis anos, está indo para a escola. Esse é o desenho pedagógico, da Interação Comunitária da UFSC, que pode ser entendido como: Aprendizagem Baseada em Comunidade, Community Based Learning. Agora, o Community Based Learning deve servir às necessidades sociais (PF4).

Observa-se, portanto, de que se trata de uma recontextualização, quando é apontado Aprendizagem Baseada na Comunidade, como uma das possibilidades de integração entre a academia e a Rede Básica de Saúde. Essa possibilidade de integração favorece ao acadêmico uma visão mais próxima dos desafios da realidade profissional. Para Souza, Coelho e Trevisan (2005) a proposta enfatiza a postura cidadã, e autocrítica do acadêmico na inserção da comunidade e “também representa uma mudança no modelo pedagógico, uma vez que permite maior associação entre teoria e prática (p.172).

Mas também são ressaltados pelo coordenador da UFSC os desafios em consolidar a proposta.

Teoricamente o eixo integrativo do currículo seria a integração comunitária, que é aquela questão de colocar o aluno desde a primeira fase nos postos de saúde, só que não se criou uma estrutura para dar sustentação a integração comunitária (CF).

o eixo integrativo, não se criou uma estrutura real capaz de dar conta, esse é o nosso grande problema. O departamento de saúde pública que poderia assumir ele não se preocupa, tem uma situação bem ambivalente quando convém diz que é, e quando não, diz que não é; O departamento de saúde pública é sanitarista, alguns setores assumem e outros não, é uma questão histórica (CF).

Entendemos que uma organização curricular tendo como eixo a Interação Comunitária necessita essencialmente de um grupo de profissionais que estejam efetivamente integrados e envolvidos com a dinâmica da proposta, o que implica em comunicação entre os pares e planejamento integrado para que as atividades estejam interligadas. O perfil profissional dos docentes que assumem esse eixo integrador também fará diferença na qualidade e sucesso dessa proposta curricular. Observa-se, entretanto as dificuldades de ter professores atuantes na proposta com esse perfil.

5.5.3 Flexibilização curricular

A flexibilização curricular tem se destacado como uma das possibilidades a serem agregadas nas mudanças na área médica, sendo este um desafio na forma de conceber e desenvolver um currículo. Há amparos legais que propõem mudanças curriculares com ênfase na flexibilização pressupondo a utilização de uma dinâmica flexível, na qual a autonomia durante a formação do estudante é fundamental. Incluem, entre outros aspectos, os princípios da ampla liberdade na composição da sua carga horária, unidades de estudos a ser escolhido pelos estudantes.

A flexibilização curricular busca, portanto, substituir a lógica tradicional de organização dos currículos da grade fixa e determinada, viabilizando um currículo mais aberto e complementar. A este propósito, Alves (1999) argumenta que é

necessário ultrapassar a lógica de um currículo com racionalismo acadêmico, como repertório de saberes, para um currículo acadêmico integralmente mais plural e flexível.

Nesse sentido alguns aspectos são apontados pelos entrevistados que dão entendimento de um currículo mais flexível, como: a) quebra de pré-requisitos; b) eixos temáticos, contextualizados e articulados com as demais áreas; c) carga horária docente flutuante; d) disciplinas eletivas.

eu sou absolutamente contra a crença de pré-requisitos para se ensinar Medicina. Isso não se sustenta do ponto de vista pedagógico. Qual garantia que eu tenho de que um aluno, no primeiro ano de curso, ele não possa já se relacionar com o paciente? (PF4).

Então eles vão entender que aquela pessoa que tem amidalite é uma pessoa que sofre, que tem família, que tem contexto, que não é só uma amidalite sozinha. Isso, só começa a ter no quinto semestre. O aluno entra na Medicina, ele quer desde a primeira fase entender. E eu também não estou dizendo que ele tem que ser só habilidade clínica, ele tem que ter tudo. Ele tem que fazer o que a Atenção Básica faz. (PF4).

se tu olhares aqui, dia 30/07, isso aqui é uma segunda-feira, se for na outra segunda provavelmente não será o mesmo professor, porque a lógica do conteúdo é que vai sendo trabalhada A questão do horário é bem difícil, mas como já é instituído o professor vai ter que se adaptar. A carga horária no Currículo Integrado é flutuante (CP).

Outra possibilidade de flexibilizar é utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao acadêmico conhecer e vivenciar situações variadas de vida social e cultural, da organização do trabalho em equipe multiprofissional, e do processo saúde doença.

qual é a ideia de dar aula pro aluno, de antropologia? Já que ele vai trabalhar na comunidade durante doze semestres, dar pra esse aluno condições pra ele entender “olha existe cultura existe jeito de pensar que é popular” é uma comunidade, ela se constitui porque ela tem grupos sociais,

tem crenças, tem representações sociais. Essa era a função. Então quer dizer, dar um instrumento mínimo para o aluno ir para a comunidade e entender que existem diferenças culturais. E isso é importante para o entendimento do processo de saúde e doença (PF4).

Aí ele vai fazer territorialização, vai fazer grupo de apoio junto com o médico, vai também com o agente comunitário até a casa do paciente e aí ele vai ver, o médico vai dizer: “Aqui fulano, isso aqui é amidalite. Está vendo?”. “Olha, ele faz placas de pus”. “Olha, isso aqui é desencadeado por uma estreptococco betomolítico. Você está vendo que tem umas? isso aqui é característico de quando é bactéria, não é vírus”. “Como é que eu trato isso aí professor?”. “Você trata com a penicilina”. “Como é que eu faço a receita da penicilina?”. Vamos fazer a receita da penicilina. O aluno vai para casa, vai estudar e nunca mais vai esquecer amidalite (PF4).

a gente construiu um Currículo Integrado, ele é um Currículo que depois do seu ponto de vista prático ele é bem interessante, a gente tem que entender que cada estudante ele é aberto, ele é receptivo a determinadas maneiras de aprender, de determinadas maneiras de ser avaliado (CP).

Embora, alguns entrevistados tenham apontado elementos que possam ser considerados como aspectos flexibilizadores do currículo entende-se que a flexibilização aparece sem muita ênfase nas propostas analisadas. Podemos identificar que o currículo integrado, pode se fechar nele mesmo, sem oportunizar aos estudantes outras escolhas, objetivando o aprofundamento de determinadas áreas de conhecimento, como também a possibilidade de incluir, e ampliar seu repertório de formação.

5.5.4 A ênfase da integração curricular nos cursos de medicina

Nessa unidade procuramos sistematizar as principais ênfases da integração curricular apontadas pelos entrevistados cujas falas estão representadas no Quadro 10.

<p style="text-align: center;">INTEGRAR O CONHECIMENTO</p>	<p><i>A ênfase da integração está mais no conteúdo e em alguns lugares se conseguiu quebrar as especialidades e em outras não, não se trata de uma questão administrativa, é uma questão quase espiritual (CF).</i></p> <p><i>Vimos a idéia de integrar prático e profissionalizante, então na verdade, os conteúdos passaram a ser o centro da organização do currículo, os grandes temas de saúde, um tema transversal que era Saúde e Sociedade, que passou a ser o tema do primeiro dia de aula. Antes eram algumas coisas assim emblemáticas que a gente levava. A recepção dos alunos de Medicina não pode continuar mais sendo a missa do cadáver. Então o foco era uma creche, uma escola, trabalhando a idéia da promoção da saúde e não a missa do cadáver como emblemática (PF2).</i></p> <p><i>Eu acho que o que ele mais integra é o conhecimento, no momento (PF3).</i> <i>A forma de abordar é completamente diferente. Você não vai ter assim: “Hoje nós vamos estudar pneumonia!”, “Vamos estudar tal coisa!”, “É tosse, vamos discutir tosse”. É dessa forma: “O que pode dar tosse no paciente?”, pode ser o aparelho cardiocirculatório, aparelho respiratório, aparelho digestório, tem questões de meio-ambiente que podem causar isso também (PP1)</i></p> <p><i>Assim, basicamente um currículo integrado o que ele visa integrar é o conhecimento, se você integra o conhecimento, você consegue na verdade integrar, interagir as diversas áreas, os diversos conhecimentos e chegar num resultado. Então é uma somatória, é vetorial quase (PP4).</i></p> <p><i>A Medicina ela não é dividida em pedacinhos, em capítulos, ela só está didaticamente assim para a gente conseguir se organizar (PP4).</i></p> <p><i>pela característica do curso, a gente passa muito mais tempo com o paciente e tivemos que integrar, foi preciso uma compreensão maior com relação as outras áreas (PP2).</i></p> <p><i>eu diria que são alunos estão conseguindo interrelacionar os assuntos, porque muitas vezes eles estão falando de uma coisa no adulto e puxam uma coisa de criança, puxam um coisa da gineco, a gente observa isso (PP4).</i></p>
---	--

Quadro 10 - Ênfases da Integração Curricular
 Fonte: Da autora

Como se observa nas falas dos entrevistados das duas escolas médicas a articulação do conhecimento é um dos aspectos centrais da organização do currículo integrado. Está contido explicitamente também nos documentos das duas escolas médicas a necessidade de integrar as diversas áreas que compõem um currículo, e que por sua vez contribuem com a perspectiva de formação profissional voltada para uma visão mais global.

A ideia de religar saberes tem a ver com restaurar conhecimentos que historicamente foram fragmentados e organizados linearmente. Para Morin (2002) o princípio da separação, defendido por Descartes, “separa o objeto conhecido do sujeito conhecedor. Ele leva ao princípio da especialização, que adquiriu uma dimensão extraordinária pela organização das disciplinas e revelou-se fecundo para numerosas descobertas” (p.560). Com essa perspectiva, foi se perdendo a dimensão do todo.

Nesse sentido Beane (2003) faz uma distinção quanto ao conhecimento, o autor defende a tese de que:

[...] quando o conhecimento é visto como uma simples coleção de fragmentos e retalhos de informação e destrezas organizados por disciplinas separadas, a sua utilização e o seu poder estão confinados pelas suas próprias fronteiras e, por isso mesmo, diminuídos (p.97).

Entretanto, quando o conhecimento se dá de forma integrada, “torna-se possível definir os problemas de um modo tão amplo tal como existem na vida real, utilizando um corpo abrangente de conhecimento para abordá-los” (BEANE, 2003, p.97). Assim, entendemos que nas propostas de currículo integrado das duas escolas médicas o foco está reunir o conhecimento, interligar seus saberes, contribuindo na compreensão da complexidade do ser humano, na sua integralidade, na dimensão de um corpo saudável e de um corpo que necessita de

cuidados. Considera-se ser essa a principal temática de estudo da área médica: o cuidado do ser humano contextualizado.

Os recortes das respectivas narrativas dos professores da UNOCHAPECÓ, no Quadro 11, demonstram significativamente a necessidade de integrar o conhecimento estabelecendo uma correlação entre teoria e prática, a vida profissional e a realidade social. Segundo Garanhan *et al.* (2005) explicam que existem três princípios fundamentais à orientar um currículo integrado, são eles: a interdisciplinaridade, a totalidade e a relação teoria e prática.

<p>INTEGRAR TEORIA E PRÁTICA</p>	<p><i>Agora o que está integrando? Esta é uma pergunta que eu nunca tinha me feito. Isso depende do módulo, depende do semestre. No início do primeiro ano você agrega conhecimento, se eu for avaliar a integração que há, é bem o conhecimento, no segundo ano é teoria e prática e depois ele começa a ser bem interessante (CP).</i></p> <p><i>Se você pegar um dos nossos programas de aprendizagem, você vai ver lá que, um exemplo: hoje é dia dezoito, e no módulo de Saúde do Adulto e do Idoso, ele vai ter sintomas como tosse, dispnéia e dor torácica. Aí, quando ele vai estar em EG-Especialidades de Gênero, que seria gineco, ele vai ver questões de dispnéia e tosse na gestação. Na pediatria vai ser abordada também essa questão. A professora que vai tratar de Farmacologia, vai ser dentro do módulo de Saúde do Adulto e do Idoso, ela vai abordar ao mesmo tempo o que está sendo tratado dessa situação, vai vir todos os outros suportes para isso (PP1).</i></p> <p><i>Têm algumas coisas que perpassam o curso o tempo todo, que é: a ética, a questão de ser estudante de medicina, da ética – sociedade - meio-ambiente, que é trabalhado muito isso. Eles têm um embasamento, antes de começar a questão das doenças, de como é que é o ser humano, como é um ser humano saudável, aí eles vão ver o processo saúde-doença na teoria e na prática (PP1).</i></p> <p><i>Basicamente um currículo integrado ele visa uma melhoria de qualidade do ensino. Isso é bem forte, e quando eu falo na integração, eu já estou pensando ao mesmo tempo, a teoria e a prática, é pensando no todo que a gente tem feito muito isso. Então, essa integração prática com a teoria, isso é constante para eles (PP4).</i></p>
--	--

Quadro 11 - Correlação entre teoria e prática
Fonte: Da autora

A relação teoria e prática constituem-se como uma unidade indissolúvel, ou seja, os saberes devem ser trabalhados simultaneamente, “na qual a prática não é simplesmente a aplicação da teoria, mas constitui-se o ponto de partida e o ponto de chegada. A teoria passa a ser formulada a partir das necessidades concretas da realidade à qual busca responder” (GARANHANI *et al* 2005, p. 39). Nesse sentido concordamos com Sanchez Vásquez (1967) ao se referir que a teoria e a prática são elementos que constituem a práxis, portanto, são indissociáveis, constitui-se num processo dialético, pois a teoria depende da prática e esta funda-se na teoria.

Outra ênfase da integração está ligada na relação entre ensino e serviços conforme Quadro 12. Percebe-se que essa possibilidade de integração está mais enraizada na proposta do curso de medicina da UFSC, o que justificaria pelo seu tempo histórico na busca dessa parceira, é o que reflete nas falas abaixo:

<p style="text-align: center;">INTEGRAR</p> <p style="text-align: center;">ENSINO E</p> <p style="text-align: center;">SERVIÇOS</p>	<p><i>Outra coisa que eu queria destacar, que foi muito importante para que o nosso currículo integrado funcionasse, foi a parceria com a Prefeitura Municipal de Florianópolis. Nós tivemos juntos com o Professor Cândido, que é o Secretário Municipal de Saúde e que também é professor da UFSC, um apoio muito grande e ele viabilizou que nós expandíssemos de oito unidades de saúde, na época, para vinte e quatro unidades de saúde e deu todo o apoio para fazer esse tipo de atividade (PF3).</i></p> <p><i>Então essa interação ensino-serviço ela é uma coisa a ser buscada. Mas, sem dúvida para mim, a integração entre a área básica e a área clínica foi fundamental. Isso a gente conseguiu bem, tanto é que nós temos professores da área básica inseridos até a 7ª, 8ª fase. Ensino, pesquisa e extensão também nós tivemos mais alunos fazendo suas pesquisas nas áreas básicas e atividade de extensão também (PF3).</i></p> <p><i>Então a integração é difícil e os caminhos que a gente tem achado são apenas caminhos, a gente vai descobrindo caminhos. A integração com a rede reforça muito (PF1).</i></p> <p><i>Qual a ênfase da integração? Entre o ensino e os serviços sim, eu acho que aí a gente teve ganhos. A gente conseguiu colocar nossos alunos na prefeitura. A prefeitura conseguiu entender</i></p>
--	--

	<i>que a unidade de saúde que tem alunos, ela é mais bem avaliada pelo usuário. Então isso é uma coisa importante (PF4).</i>
--	--

Quadro 12 - Articular trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade

Fonte: Da autora

Denota-se que a perspectiva desse currículo visa articular trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade, ultrapassando a visão meramente tecnicista e conteudista. Segundo Davini (2005) um currículo integrado é uma opção educativa que permite uma efetiva integração entre ensino e prática profissional, a real integração entre prática e teoria buscando soluções para diferentes situações que “deveriam impulsionar a prática para as mudanças no sentido de reflexão sobre a produção de cuidados e aprendizados de todos os envolvidos” (FINCO; KIELWAGEN; MORAES, 2010, p.36). Ainda nas palavras de Troncon (1999) é neste contexto de mudanças,

o desenvolvimento de atividades clínicas na comunidade pode ser visto como altamente favorável à aquisição de conhecimento vinculado a problemas reais de saúde, inseridos em situações pessoais, familiares e sociais realistas. Pode, também, ser apropriado à aquisição de habilidades clínicas básicas e ao desenvolvimento dos padrões de atitudes necessários à atuação em um novo modelo de exercício da Medicina (p.338).

Observamos nas narrativas dos entrevistados da UNOCHAPECÓ que essa perspectiva vem sendo ainda conquistada ao longo do processo de implementação da proposta, estabelecendo-se parcerias com a gestão municipal, aproximação com os profissionais da Rede Pública e com a comunidade com objetivo de qualificar os processos de ensino e aprendizagem, e essencialmente o cuidado do ser humano.

5.6 OS EFEITOS DA PROPOSTA

As narrativas dos entrevistados dessa pesquisa revelaram que o processo de construção e consolidação do currículo integrado é recontextualizado por diferentes atores sociais, com histórias de vida que acumulam experiências que marcaram suas identidades e diferenças na forma de ver, compreender e produzir uma proposta curricular médica. Entendemos que um currículo além de ser uma prática pedagógica por excelência, intimamente relacionada com o perfil da profissionalidade docente, é também expressão de vários agentes sociais e determinações políticas, culturais e ideológicas. Nesse campo de recontextualização há um universo de questões e conflitos que abarcam uma proposta curricular. Uma das questões que procuramos compreender *quais foram os efeitos que esse currículo produziu até o momento?*

Nesse sentido ressaltamos no item a seguir as principais dificuldades e desafios da construção e implementação do currículo integrado nas duas escolas médicas, suas limitações e sua evolução.

5.6.1 As fronteiras da construção do currículo integrado

O processo de construção de um currículo se constitui por concepções distintas, posições opostas, de certa forma uma arena de conflitos e lutas. Concordamos com Pacheco (2005) quando ressalta que a construção do currículo é uma prática pedagógica que resulta da interação e confluência de várias estruturas, sejam elas políticas, administrativas, econômica, culturais, sociais, acadêmicas “na base das quais existem interesses concretos e responsabilidades compartilhadas” (p.27). Da mesma forma Feuerwerker (2002) chama atenção ao dizer:

é importante saber que consenso não é unanimidade, não é um fenômeno espontâneo, portanto tem que ser ativamente construído. Também é importante saber que processos de mudança não são estáticos, ao contrário: quem está de um lado hoje pode estar do outro amanhã (p. 46).

Encontramos nessa pesquisa elementos que expressam conflitos, relações de poder, e que dificultam a construção de um currículo integrado, e essencialmente a resistência à mudança de paradigmas já consolidados. Segundo Pereira (2011) aclarado por Kuhn (1997) “um paradigma é uma construção social com caráter convencional e contingente e se comporta como um sistema hermenêutico, dessa forma oferece uma sensação de estrutura, de certeza, de verdade” (p.205).

A partir desse olhar sobre currículo, destacamos no Quadro 13 categorias que representam ou sinalizam algumas dessas fronteiras e paradigmas que envolvem a construção de um currículo integrado enfatizados pelos atores sociais das duas escolas médicas.

CULTURA DO PROCESSO DE FORMAÇÃO MÉDICA E A CONCEPÇÃO DE ESPECIALISTA	<p><i>Como é que se forma um currículo integrado com especialistas? E esse foi o nosso grande problema. E como é que se faz um currículo integrado contando com especialistas? A gente sempre imaginou que isso seria mais fácil em uma Universidade privada, manda todo mundo pra rua e contrata outras pessoas (PF2).</i></p> <p><i>Nós tínhamos Padrometrologia, noventa candidatos por vaga e temos dificuldade de preencher as dez vagas que temos de Saúde da Família. Então mostra também, porque o aluno na sociedade também é valorizado enquanto especialista. Essas fragilidades são percebidas no aluno (PF2).</i></p> <p><i>As pessoas desenvolveram concepção de especialista, que pra dar aula de diarreia tem que ser gastro, pra dar aula de vacina tem que ser infectologista, é um equívoco absoluto (CF).</i></p> <p><i>Então são difíceis essas áreas especializadas, são pesadas, não abrem mão, quando abre concurso eles não abrem para ser mais aberto. Quando abriam para ser mais aberto, que foi o caso da Pediatria, eles contrataram doutores especialistas no</i></p>
---	--

	<p><i>dedo mindinho (PF1).</i></p> <p><i>A gente tem um pouco de dificuldade e um complicador em especial, que até eu ouvi dos alunos, não dos nossos, mas em um congresso com alunos lá de Porto Alegre, e que é bem isso, passam anos trabalhando a questão da importância do ser humano, do meio-ambiente, do todo, de uma visão global e tal, e aí eles começam a fazer estágio com os super especialistas e modifica totalmente (PP1).</i></p> <p><i>Nós temos alguns alunos que vão para a Rede, por exemplo, e querem ficar dentro do carro escutando música porque não querem estar dentro da Rede. Então nós temos todas essas coisas. Temos a origem sociocultural do aluno. Temos a cultura da população. Ou seja, essas são fragilidades que estão presentes, está na cultura do processo de formação médica, que não desapareceu. Isso não se muda de uma hora para outra, entendeu? Não se muda. Isso ainda está tudo muito frágil, muito frágil ainda (PF2).</i></p> <p><i>Tem alguns alunos que você percebe que, em contato com os especialistas eles desviam um pouco dessa questão e começam a valorizar outras questões (PPI).</i></p>
--	--

Quadro 13 - Fronteiras na construção do currículo integrado

Fonte: Da autora

Constatamos, outrossim, que o perfil docente das duas escolas médicas são na sua maioria profissionais especialistas, o que configuram uma formação específica de um determinado objeto de estudo. Nesse sentido esse perfil acaba contradizendo com o modelo de currículo proposto, e o perfil profissional que se deseja formar.

A pesquisa de Arcoverde (2004) sobre a formação médica e a (des)construção do sentido da profissão, revela que embora um currículo oficial possa estar voltado para uma formação geral, humanista, fundamentada na prevenção, no coletivo e nas ações básicas de saúde, o estudante de medicina absorve influências do perfil e da prática médica dos seus docentes. Nesse sentido demonstra que a representação social do corpo discente sobre a profissão

médica vai se modificando ao longo do curso, a partir do perfil de docentes que passam pela sua formação:

no início da graduação tem um núcleo figurativo humanista ancorado na prática idealista e coletiva da profissão médica. Esta representação vai sendo modificada na medida que as relações sociais e as interações vão se intensificando, quando o aluno muda o seu referencial leigo da profissão médica para o referencial docente-profissional. O núcleo figurativo passa a ser tecnicista-cientificista, ancorado na prática médica hospitalar, facilitadora da especialização (ARCOVERDE, 2004, p.107).

Entendemos que o perfil docente é um dos aspectos relevantes a serem considerados no desenvolvimento de uma proposta curricular. A dificuldade nesse contexto abrange dois aspectos:

a) como ampliar o olhar do profissional especialista para dimensões de um currículo que visa à formação de médicos generalistas?

b) como esse profissional, que atua em diversos segmentos, pode absorver o contexto universitário, e o papel da docência?

Pois, além do perfil especialista, nos deparamos, principalmente, na escola médica da UNOCHAPECÓ, professores que atuam prioritariamente em suas clínicas privadas, e dedicam apenas determinadas horas à docência universitária.

Desse modo, há um descompasso entre a proposta curricular das duas escolas, com perfil de docentes que atuam no curso como podemos identificar no Quadro 14.

<p>COMPROMETIMENTO E PERFIL DOCENTE</p>	<p><i>É uma arte conseguir fazer e comprometer cada um, e de cada departamento (CF).</i></p> <p><i>A fragilidade é que nós não temos um corpo docente totalmente convencido disso, nós não temos um mercado lá fora convencido disso, entendeu? Essa grande mudança curricular, visando o médico generalista (PF2).</i></p> <p><i>Você precisa de um professor, que oriente os teus alunos, tem que ser um indivíduo comprometido, que estude. Este tipo de profissional é muito bom na área de atuação dele, enquanto profissional, e ele é solicitado lá fora, mas enquanto docente falta comprometimento (PP4).</i></p> <p><i>O desafio é a interação dos professores, porque a gente tem muitos professores indiferentes neste processo, uns mais comprometidos, uns menos, ou por causa da área ou por visão mesmo (PP4).</i></p> <p><i>O que acontece é que a grande maioria desses profissionais são médicos não estão aqui pela questão financeira, não estão, aqui para desenvolver a questão acadêmica, continuar fazendo pesquisa, continuar estudando, trabalhando com os alunos. Então ainda a gente não tem esse perfil (CP).</i></p> <p><i>A gente sempre esbarra no perfil do docente que sempre vai ter aquela limitação por mais que se discuta e se fale sobre isso (PP2).</i></p> <p><i>a proposta é muita ativa e carga horária é pequena, temos dificuldades de ter profissionais que queiram realmente investir na carreira docente (PP3).</i></p> <p><i>A questão é justamente colocar em prática o currículo, eu acho que um dos problemas, é a formação das pessoas que estão trabalhando com o Currículo (CP).</i></p>
--	---

Quadro 14 - Descompasso entre a proposta e o perfil docente
Fonte: Da autora

Nesse contexto observam-se situações distintas entre as duas escolas médicas. De modo geral, os profissionais médicos da UNOCHAPECÓ fazem concurso público universitário e outros são convidados para atuar como docentes, sem passar pelo processo seletivo. Ambas as situações carecem de formação pedagógica. Segundo Zeferino e Barros Filho (2004) os médicos tornavam-se

professores a partir de suas competências técnicas, pois “a função do professor de medicina era baseada nos conhecimentos técnicos, e raramente se questionavam atributos didáticos” (p.225). Nesse cenário encontramos, portanto, profissionais da área médica atuando como docentes seguindo o modelo com o qual se formou, ou seja, tradicional, e sem uma reflexão crítica do seu papel como docente no contexto educacional.

<p>APEGO AO MODELO TRADICIONAL</p>	<p><i>E, os próprios médicos, diziam: “Isso funciona?”, “E vai funcionar esse negócio? que médico vai sair?”, “Cadê a anatomia?”, “Cadê isso, cadê aquilo?” Então ele vai ver sistema respiratório, mas ele já viu um pouco da fisiologia, então, é trazido um pouco desse conhecimento da fisiologia, da anatomia, da patologia, e é tudo trabalhado junto. Porque a gente aprendeu tudo separadinho. Parece que não vai dar certo, que o conhecimento que eles vão ter não é suficiente (PP1).</i></p> <p><i>o ponto fraco é quando de fato não se consegue a adesão dos atores, as vezes por preconceito ou as vezes por não entender a proposta, e as vezes até entendem, sabem tudo, mas que é mais fácil fazer no modelo tradicional, pois, essa proposta dá muito trabalho, então essa é a parte negativa (CP).</i></p> <p><i>há coisas primárias, estão preocupados com o conteúdo e não com as habilidades e posturas e atitudes, conteúdo tem em qualquer livro, seria o menos importante.(CF).</i></p> <p><i>existem alguns colegas que não têm claro a proposta, por mais que se trabalhe, por mais que se converse, mas ele vai lá dá a matéria dele e ele chama a área de conhecimento como uma matéria dentro do módulo, por mais que os alunos já sabem que ele está falando errado, existe isso (CP).</i></p> <p><i>eu me lembro que nessa época eu comecei com as práticas, a gente teve profissionalizações para falar do formato do curso, qual era o objetivo. E nós mesmos, professores, tivemos um pouco de dificuldade de nos despirmos desses conceitos, que a gente sempre tem a referência de como foi a nossa faculdade: “Ah, quando eu me formei”, “Quando eu fiz”. Só que não é mais para ser assim. (PP1).</i></p> <p><i>Nós começamos a ter dificuldade em um período, trabalhamos com um currículo tradicional, terminando, e começando o outro, mais ou menos dois currículos diferentes convivendo com o</i></p>
---	---

<p>RESISTÊNCIAS A MUDANÇA</p>	<p><i>mesmo grupo de professores (PF2).</i></p> <p><i>Mas sempre existe um preconceito do desconhecido, no momento que a pessoa não conhece, então teve resistência externa como também provavelmente teve resistência interna, não foi fácil nesse aspecto. Sempre vai ter presente em qualquer espaço (CP).</i></p> <p><i>a gente tem ainda bastante dificuldade justamente pela formação de alguns professores que tem resistência em mudar se criou uma situação complicada, porque os profissionais médicos da cidade e da região tinham uma rejeição. Eles não queriam o curso aqui e achavam que isso não ia dar certo, e aquela aflição toda. Então, todo aquele esforço que se faz para integrar, para colocar os alunos para trabalhar desde o início, ver o todo e tal, quando eles começavam a ter contato com as especialidades, era muito fácil de desfazer (PP1).</i></p> <p><i>A gente tem ainda bastante dificuldade justamente pela formação de alguns professores que tem resistência em mudar, então a gente passou por inúmeras discussões, inúmeras profissionalizações, inúmeros trabalhos de sensibilização, de construção de instrumentos de avaliação, mas mesmo assim ainda encontramos dificuldades (CP).</i></p>
--------------------------------------	---

Quadro 15 - O modelo tradicional e as resistências as mudanças

Fonte: Da autora

Conforme constatamos no Quadro 15 o apego ao modelo tradicional é fortemente representado no contexto das duas escolas médicas. Entretanto, as propostas curriculares integradas têm como essência outra concepção de currículo e propõem novas possibilidades de organizar o conhecimento, reorganizando assim tempos e espaços de aprendizagens para consolidar o perfil profissional que se deseja.

Concordamos com Bernstein (1996) ao afirmar que um currículo não é um campo neutro, passivo, é um instrumento de regulação, desempenha papéis, de produção de cultura, de sujeitos sociais. Nesse sentido há necessidade de garantir formação docente permanente, para que se compreenda a concepção e lógica curricular que está sendo proposta. Entendemos que o docente universitário desempenha um papel importante na configuração desse perfil profissional que se

quer formar. No entanto, percebe-se que as escolas investigadas têm enfrentado dificuldades de mudar as práticas docentes e suas convicções tradicionais, por acreditarem no modelo tradicional como uma única proposta pedagógica viável a formação médica. Nessa convicção estão representadas a ideia de grade curricular, a lógica disciplinar e as aulas meramente expositivas ilustradas na sua maioria por recursos visuais.

Para Arroyo (2000) é ainda muito presente a cultura tradicional que gira nessas polarizações materializadas nas grades curriculares e assim, “viciamos nosso olhar docente, social e político. Gerações de docentes carregam esse olhar viciado que dificulta enxergar a totalidade do social, do conhecimento, de cultura e de docência” (p.211). A consciência política e profissional da docência é, portanto, uma das grandes dificuldades encontradas nas duas escolas investigadas. Nesse sentido gera resistência a mudança, e o receio de quebrar a cultura presente em suas formações e experiências como docentes, representados como transmissores de conhecimentos técnicos científicos. As tensões, assim, estão presentes nas propostas de mudanças curriculares, que desvelam o apego a cultura pragmática do conhecimento, a defesa da especificidade de seu saber-fazer, e as dúvidas e incertezas em relação às mudanças e ao novo.

Formar uma nova cultura que envolve o rompimento das grades, a possibilidade de integrar o conhecimento e sua relação com a realidade social é um processo lento, de restauração de concepções, de práticas mais reflexivas. Nesse aspecto concordamos com Arroyo (2000) ao afirmar que “nesta dinâmica social e cultural todo currículo será um texto provisório e a postura será uma permanente procura dos significados da cultura, será uma permanente opção político-cultural” (p.231).

5.6.2 Os principais desafios

Diante das dificuldades sobre a construção e implementação do currículo integrado, sistematicamente apresentado no texto anterior, os entrevistados também vislumbram desafios que necessitam ser conquistados. Além da necessidade dos docentes terem a clareza dos princípios pedagógicos que norteiam a proposta de um currículo integrado, há de se compreender a opção da organização curricular feita pelas escolas médicas investigadas, como aponta um dos entrevistados: *“hoje a gente tem uma noção mais clara, porque para mim também foi difícil quando entrei, por mais que teoricamente eu sabia sobre módulos, e o porquê ele era construído dessa forma, e mesmo assim era difícil aplicar” (PP2).*

Outra necessidade é ter docentes que operacionalizem o processo, ou seja, docentes, gestores e coordenadores que acompanhem a dinâmica que envolve a organização de um currículo integrado, como afirma o coordenador da UNOCHAPECÓ:

Para um currículo integrado funcionar bem ele tem que ter uma ótima coordenação, na prática mostrou que é uma pessoa chave, porque nessa proposta há uma tendência, que determina uma filosofia, um princípio e tudo mais, porém, sem esse mediador, com o passar do tempo há uma tendência de voltar aos moldes tradicionais (CF).

Além desses pontos destacamos no Quadro 16, 17 e 18 três grandes desafios, indicados pelos entrevistados como aspectos de maior ênfase, que envolvem a proposta de currículo integrado.

PLANEJAMENTO INTEGRADO	<i>A gente desenvolveu um software de planejamento, um software bastante extenso, é um programa de aprendizagem. O que acontece, os professores que trabalham com módulo e os Coordenadores de módulo eles alimentam o software em relação como vai ser feito a avaliação. Seria o Plano de Ensino, mas é o Plano de Ensino integrado, então a gente fazia reuniões dos grupos para fazer esse planejamento, sem o software não</i>
-------------------------------	---

	<p><i>tem mais como fazer atualmente, não tem como você conseguir organizar os horários sem dar choque de horário (CP).</i></p> <p><i>O Currículo Integrado, em minha opinião, sem a ajuda não tem como, então com o tempo acabou se fazendo mais planejamentos, porém, de uma forma distante, que também é uma coisa interessante, mas de certo modo se perde a identidade da conversa, presencial (CP).</i></p> <p><i>Os encontros que temos durante o semestre acho que são bem poucos, as práticas na UBS abrangem todo o módulo, então a gente pergunta quando é que vocês terão aula de amamentação? A gente tenta integrar seria bom se mais gente tivesse acesso a programação dos outros, mas na prática é difícil conversar por causa do tempo dos profissionais, alguns horários podem os outros não, alguma coisa nos comunicamos por e-mail (PP3).</i></p> <p><i>Deveria ser obrigatório fazer parte do planejamento no mínimo uns três encontros com os profissionais por semestre, todos presentes, as vezes você faz uma reunião vem três, quatro e falta outro tanto, deveria ser já previsto, porque no momento não se tem horas previstas, para essas reuniões para garantir essa integração (PP3).</i></p> <p><i>Deveria avançar mais na integração dos professores nos módulos; integração das aulas teóricas e práticas, deveria haver uma padronização tanto de objetivos, como de avaliação, e de conteúdo dado. Está avançando nesse sentido, mas precisa mais (PP3).</i></p> <p><i>Ainda temos algumas dificuldades, por exemplo, o planejamento de provas, hoje ainda não se constrói as provas no mesmo momento, sou eu que crio, mas os outros já inserem, já entenderam de que é importante de que tenha as visões diretas para não ficar com a cara de um professor (PP2).</i></p>
--	---

Quadro 16 - Planejamento integrado

Fonte: Da autora

O sentido e o significado de planejamento podem ser compreendidos por diferentes olhares compondo conceitos amplos como: “é um processo de busca e equilíbrio entre meios e fins, entre recursos e objetivos, na busca da melhoria do funcionamento do sistema educacional” (DIAS SOBRINHO, 1994, p.3); “é um processo de reflexão, de tomada de decisão, enquanto, processo ele é

permanente” (VASCONCELLOS, 1995, p.43); “é um processo que se preocupa com ‘para onde ir’ e ‘quais as maneiras de chegar lá tendo em vista a situação presente e possibilidades futuras” (COROACY, 1972, p.79). Estes, e tantos outros autores definem o planejamento como um *processo* contínuo que envolve tomada de decisões inter-relacionadas com os objetivos que se quer alcançar coletivamente. Constitui-se, portanto, num processo político, que se caracteriza pela integração dos sujeitos envolvidos.

Entendemos que na proposta de currículo integrado o planejamento permanente entre as áreas, módulos, eixos temáticos, em consonância com os princípios do Projeto Pedagógico do curso, passa a ser um dos aspectos mais importantes para concretizar a proposta. O planejamento é, portanto, uma atividade educativa intrínseca na implementação da proposta. Os tempos e espaços desse planejamento necessitam ser pensados e previstos nas propostas.

No curso de medicina da UNOCHAPECÓ ficaram evidenciadas as tentativas de planejamento, inclusive o uso de novas tecnologias, para a efetivação dos Programas de Aprendizagem. Nesse sentido Anastasiou (2004) distingue os Programas de Aprendizagem dos Planos de Ensino. Para a autora no contexto tradicional os Planos de Ensino são concebidos individualmente, cada docente realiza seu plano de acordo com sua disciplina. Enquanto que nas propostas de currículo integrado “os Programas de Aprendizagem ganham dimensão essencial, associando conhecimentos de diferentes áreas na busca de solução dos problemas colocados” (p.58). O objetivo está em estabelecer um planejamento mais significativo para os docentes envolvidos na proposta, melhorando o entendimento da ação de ensinar e de aprender, traçando um quadro teórico-prático integrativo.

Através das narrativas dos entrevistados percebe-se que ainda há necessidade de estabelecer encontros periódicos para avaliar e planejar as ações pedagógicas, de forma coerente com a proposta.

Outro desafio refere-se a concepção e operacionalização da avaliação da aprendizagem nas propostas de currículo integrado nas duas escolas médicas investigadas.

AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM	<p><i>Essa foi a primeira prova que eles fizeram a professora integrou todas as áreas do conhecimento. Claro que isso aqui é um processo de amadurecimento, são cinco anos de construção, então no início era um pouco mais truncado hoje ela já é uma avaliação integrada (CP).</i></p> <p><i>O processo de implementação da proposta curricular eu acho que ela deve ser voltada agora para a questão de integração ensino-serviço e para a avaliação, que são dois problemas que nós temos ainda. Avaliação ainda continua sendo uma coisa difícil (PF3).</i></p> <p><i>A gente tem na verdade um grande problema que é o sistema de avaliação da Instituição, que esse é um problema sério, que ele não foi feito para um Currículo Integrado, então a gente teve que se adaptar ao sistema acadêmico, e isso gera uma série de problemas também (CP).</i></p> <p><i>Hoje a gente faz uma avaliação integrativa, que na verdade é integrativa apenas para os Coordenadores porque não tem tanta adesão, mas isso deveria acontecer em vários momentos, deveria conhecer a demanda de conteúdos e especificidade dos demais (PP2).</i></p> <p><i>É muito complicado para você fazer uma avaliação integrada se as questões chegam na manhã que vai ser aplicada a prova, e isso acontece, integrar parece difícil, e eles dizem: se fosse individual eu fazia na hora que eu queria, do jeito que eu queria (PP2).</i></p> <p><i>Todas as questões da prova são subjetivas. Sempre vão ter várias interpretações, avaliar é a pior parte da aula. É um desafio (PP4).</i></p> <p><i>No ponto de vista de avaliação, a ideia é que essas avaliações fossem feitas no processo, avaliações de processo, que se rompesse com tipo de provas que só avaliam cognitivamente o aluno e que fossem integradas. Isso estava lá no projeto. Nada</i></p>
----------------------------------	--

	<p><i>disso ocorreu. As provas são cognitivas, muitas vezes de múltipla escolha e o núcleo articulador é o grampeador (PF4).</i></p> <p><i>Nossa dificuldade é avaliar o nosso aluno na atividade prática, talvez porque se prioriza a parte teórica, porque se tem parâmetros, existe uma tendência da gente super valorizar o aluno que é prestimoso, educado, simpático. Na pratica você não consegue avaliar, se um aluno ficar com você duas semanas talvez você pudesse ter um instrumento, agora 8 alunos passar contigo uma semana é impossível (CF).</i></p>
--	---

Quadro 17 - Avaliação da aprendizagem

Fonte: Da autora

Avaliar numa perspectiva formativa, sempre foi um desafio para os profissionais docentes nos seus diferentes níveis de ensino e nas diferentes formas de organizar um currículo. No caso do Ensino Superior, e ainda quando se propõe um currículo integrado, o desafio acaba sendo ainda mais incisivo. Implica em uma tessitura complexa de relações, concepções e proposições dos sujeitos envolvidos no ato de avaliar. Consideramos que a avaliação no contexto educativo nos remete a escolhas, valores, visões de mundo e de conceber o processo formativo. Como afirma Dias Sobrinho (2002), “a avaliação é pluri-referencial. Então, é complexa, polissêmica, tem múltiplas e heterogêneas referências” (p.15).

As propostas analisadas trazem a perspectiva teórica de avaliação formativa, ou seja, uma avaliação de processos. Porém, constatou-se que a maior parte dos entrevistados ao falar de avaliação refere-se à prova, sendo esse o principal instrumento de avaliação utilizado. Observou-se também que ainda há uma fragmentação dos saberes na proposta modular, e por suas vez as provas também não estão integradas. Dessa forma *o grampeador* acaba sendo o *núcleo articulador das questões* das provas integradas.

Sabemos que as provas foram historicamente incorporadas como sistema de medidas e de seleção. De acordo com Andrade (2006) herdamos culturalmente uma avaliação das pedagogias historicamente construídas, assim como a

influência da sociedade burguesa (século XVI e XVII) e que perdura até hoje no pensar e fazer pedagógico. Porém, há um reconhecimento que essa perspectiva avaliativa, na lógica classificatória, não condiz com a proposta de um currículo integrado. Entendendo por sua vez que o ato de avaliar é uma dimensão intrínseca do ato de conhecer, fazendo assim parte da ação educativa.

Há uma expectativa dos docentes entrevistados dessas escolas que a prova, como um dos instrumentos avaliativo, seja elaborada de forma coletiva, fruto de um processo ensino aprendizagem intencionalmente planejado. Dessa forma, a avaliação estaria diagnosticando o processo, como investigação sobre a natureza da aprendizagem do estudante e do trabalho docente. Entendemos, portanto, que é necessário que se tenha a compreensão que os processos de avaliação são também processos de aprendizagem.

Além dos aspectos pedagógicos que necessitam ser reorganizados na proposta de currículo integrado, há também uma relação direta com a necessidade da institucionalização do SUS conforme alguns entrevistados da UFSC apresentados no Quadro 18.

<p>INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS</p>	<p><i>Para que as coisas possam acontecer mais fluidamente, está na gestão do SUS, não está no MEC, nem nas Universidades. Então se a gestão do SUS ela fosse o que a gente imagina que deveria ser o SUS seria fascinante. E se o SUS fosse fascinante era mais fácil seduzir a Universidade. E aí os gestores não fazem o que tem que fazer, aplica mal os recursos, pagam mal os profissionais, então aí tu não consegues encantar as pessoas (PF1).</i></p> <p><i>Eu considero que a gente só muda a realidade de saúde desse país pelo processo educativo. Vai ser muito difícil a gente institucionalizar o SUS, botar o Programa de Saúde da Família para funcionar se nós não tivermos profissionais voltados para essa área. Da mesma forma que o governo precisa entender que o médico que está no Programa de Saúde da Família tem que ter um plano de cargos e salários crescente, que permita que ele fique no Programa, fique mais bem remunerado, uma questão temporal (PF3).</i></p> <p><i>Então eu acho que o Programa de Saúde da Família é</i></p>
--	---

	<p><i>excelente. O Sistema Único de Saúde da Família acha que é um dos melhores sistemas da saúde que existem no mundo, eu sou defensor disso, mas ele precisa ser institucionalizado com formação de recursos humanos para isso. Está na Constituição, isso tem que fazer (PF3).</i></p> <p><i>Estava no bojo das discussões da época, formar alguém com todas as características das Diretrizes Curriculares, do Pró-Saúde, ou seja, um homem médico, capaz de trabalhar interdisciplinarmente, não só com doença, mas também com saúde, que entenda de determinação social e não só de desencadeador biológico, que tenha intervenções das ações integradas de saúde, e acima de tudo, uma formação centrada na integralidade para a Atenção Básica (PF3).</i></p>
--	---

Quadro 18 - A institucionalização do SUS
 Fonte: Da autora

Entre os aspectos dessa consolidação envolve: a) a formação de recursos humanos, sendo o Ensino Superior um dos agentes formadores; b) integralidade como um dos princípios e eixo orientador da mudança na formação; c) aproximação e intervenções na realidade social; d) valorização dos profissionais, plano de carreira, que atuam essencialmente na Atenção Básica; e) fortalecimento das políticas para mudança das práticas em saúde. Nesse sentido está incluída a estratégia de integração docente assistencial, sendo este objeto de discussões de longa data nas principais conferências nacionais.

A estratégia de integração docente assistencial, também denominada integração ensino-serviço, pode se constituir num importante mecanismo de reorganização dos serviços vindo a contribuir de forma efetiva para a implantação e consolidação do novo sistema de saúde, principalmente tendo em vista suas prioridades de aproximar o ensino da realidade social, transformando, por um lado, a forma de prestar serviços, e por outro, as práticas das instituições de ensino (CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, 1986, p. 35).

Nota-se que as mudanças curriculares no campo da saúde envolvem aspectos pedagógicos, políticos, sociais e legais. Evidencia-se que mais do que integrar conhecimentos há necessidade de fortalecer elos entre universidade, serviços e as políticas de saúde. Por sua vez destaca-se a necessidade da gestão pública de saúde de intensificar as políticas de formação profissional e valorização do mesmo em prol da qualidade e consolidação das práticas em saúde.

5.6.3 Um novo perfil profissional

As evidências de formar um novo perfil profissional estão presentes nas produções dos dois Projetos Pedagógicos dos Cursos e expressas nas entrevistas dos docentes entrevistados, como podemos observar nas seguintes falas a seguir:

O que se espera, que ao término desses seis anos tenhamos outro tipo de profissional (PP2).

Eu posso dizer que o eixo principal da proposta é formar um profissional com senso de ética, que tenha um foco generalista e que tenha uma capacidade de resolução da maioria dos problemas mais comuns que se apresentam no dia-a-dia das pessoas (PP1).

Um profissional que pense na transformação da sociedade, não há a menor dúvida disso. Que não seja só clínico. Que seja clínico, que seja humano e que pense na transformação da sociedade, porque se não vale a pena. Então tem que ser crítico. E para ser crítico ele tem que ser autônomo e desde a graduação tem que ser estimulado a ser crítico e não dependente, passivo. Tem que ser ativo social (PF1).

É aquele desenho que eu te fiz. Independente da especialidade que o médico escolhe, ao final do sexto ano do curso de Medicina, se ele passou pela vivência da comunidade ele sai um médico com: educação em saúde, com comprometimento em relação à coordenação do cuidado com o usuário e surpreendentemente, ao contrário do que dizem os conservadores, uma melhor performance diagnóstica e terapêutica (PF4).

o nosso egresso deve ser formado para esse foco, para o médico de formação generalista, ética, crítica e reflexiva. Com capacidade técnica de resolução de 80% dos problemas de saúde. O que a gente tem que fazer é isso. Na real eu sempre fui um defensor disso. Eu nunca fui a favor da especialização precoce. E eu sou especialista, hiper especialista (PF3).

As principais características desse perfil profissional generalista, apresentada nessa pesquisa, visam um profissional com:

- *foco generalista;*
- *capacidade de resolução dos problemas mais comuns;*
- *visão clínica com foco no ser humano biopsicossocial,*
- *crítico, autônomo; ético; reflexivo de suas práticas;*
- *perspectivas de educação em saúde;*
- *comprometimento em relação ao cuidado do usuário;*
- *melhor performance diagnóstica e terapêutica.*

De acordo com os entrevistados a partir da implementação do currículo integrado já é possível constatar algumas características desse perfil conforme demonstramos no Quadro 19:

<p>Aspectos atitudinais</p> <p>Ética profissional e criticidade</p>	<p><i>Um efeito colateral que houve nesse currículo integrado foi que nós tivemos muitos alunos que se recusaram a fazer técnico-operatória, porque entraram na justiça questionando a questão de conflito de consciência em fazer cirurgia em animais e da mesma forma em participar de atividades cirúrgicas. Então eu acho que o processo de mudança curricular trouxe alguns efeitos colaterais, principalmente relacionados à ética profissional (PF3).</i></p> <p><i>Esse currículo busca também interferir nesses aspectos atitudinais (PP2).</i></p> <p><i>Passa muito pela atitude do acadêmico que vai ser o profissional tem que partir dele a intenção de integrar, de ver o outro integrado (PP2).</i></p> <p><i>Na Saúde Comunitária eles têm essa outra prática de relacionar</i></p>
---	--

	<p><i>com o paciente, de manter o contato, formar o vínculo, os alunos acabam achando que essa é a postura para ser médico de família ou comunidade, porém se eles forem um especialista, eles podem ser do outro jeito, associam a uma prática porque o professor tem a prática diferente, então eles vinculam ao lugar (PP2).</i></p> <p><i>Eu acho que eles têm claro como funciona o Sistema de Saúde no Brasil, como é que eles vão estar inseridos no Sistema de Saúde (PP3).</i></p> <p><i>Então eu estou convencido que formar o meu aluno em cima da realidade da população, levando ele precocemente para o bairro, para fazer diagnóstico comunitário e atender clinicamente, precocemente, as pessoas, eu tenho certeza que eu vou formar um melhor médico, independente se ele for endocrinologista, cardiologista, seja o que for (PF4).</i></p> <p><i>O que se diz no conselho dos professores é que esses nossos novos alunos são muito mais críticos, não têm paciência para ficar sentados escutando aula expositiva. Sempre que o professor vai dizer que vai dar aula expositiva eles já ficam se mexendo na cadeira, incomodados. Têm muito maior capacidade de buscar e co-relacionar conhecimento do que os antigos, que ficavam esperando apostila, aquela coisa toda. Têm mais autonomia (PF2).</i></p> <p><i>o que se percebe é que eles têm um censo crítico em relação ao que acontece na volta. Eles fazem os relatos: “deveriam ter feito isso”, “deveriam ter feito aquilo”. Têm muitos que já passaram em concursos públicos na região, têm trabalhos publicados, congressos e tal, são sempre trabalhos de interação e não uma questão de fazer sozinhos (PP1).</i></p>
<p>Aspectos cognitivos/ Raciocínio interativo</p>	<p><i>Eu observo que eles têm uma forma de raciocínio interativo muito melhor, mas você tem que estimular, eu observo que se você questioná-los, eles conseguem interagir muito bem, se não a gente cai no risco de trabalhar nas caixinhas (PP4).</i></p> <p><i>Eles poderiam ser inclusive Secretários da Saúde, por exemplo, eles têm esse entendimento do processo da doença, têm esse entendimento do diagnóstico de saúde em uma população, estariam preparados para dar conta da demanda de atendimento primário, tem o perfil para saber quando encaminhar, como encaminhar, o sistema de referência e contra referência (CP).</i></p> <p><i>Tem esse embasamento de pelo menos poder resolver ou saber direcionar encaminhar e identificar uma situação, em especial, saber trabalhar em equipe, e além de saber trabalhar em equipe</i></p>

	<p><i>saber fazer essa referência e essa contra-referência, essa comunicação com os outros especialistas e com os outros membros das equipes e também a respeito do seu paciente. (PP1).</i></p> <p><i>Eu percebo que as habilidades de comunicação, de percepção do paciente como ser integral, eles tem muito mais do que a gente teve na nossa formação, mas a questão de atuação temos que avançar mais. Precisamos melhorar alguns aspectos, raciocinar sobre os dados percebidos (PP3).</i></p> <p><i>quando eu estava na coordenação, eu tinha testemunhos muito interessantes de egressos nossos que foram trabalhar na rede e encontrei com eles e eles disseram: “Oh, professor, o Senhor tinha razão. A gente tem condições de tocar a rede, sem problemas, de tanto que a gente freqüentou as unidades de saúde durante o curso” (PF3).</i></p> <p><i>“a gente tem o retorno de alguns pacientes, e eles dizem, ‘nós fomos muito bem atendidos, a gente visualiza isso um pouco também, quando eles passam no Internato, na Oncologia também, a gente vê na forma como eles fazem a história, quando examinam um paciente (CP).</i></p>
--	---

Quadro 19 - Características identificadas no perfil do acadêmico

Fonte: Da autora

O processo ensino aprendizagem implica não somente em apreender conceitos, e a sua relação com as práticas do saber-fazer, mas o sentido que se dá a essas aprendizagens no seu campo profissional e social. Para Almeida Filho (2008) essa formação mais geral, humanística, com um olhar mais interdisciplinar acaba desenvolvendo habilidades que “conferem autonomia para a aprendizagem ao longo da vida, bem como uma inserção mais plena na vida social, em todas as suas dimensões” (p. 201).

Dessa forma um currículo integrado, que propõe um perfil profissional com formação para integralidade do ser humano, tem, portanto, o desafio de possibilitar tempos e espaços de aprendizagem, articulando saberes essenciais, e a suas relações. Zabala (1998) traz contribuições quando defende que a aprendizagem dos conteúdos apresentam características e relações específicas

para cada tipologia. O autor classifica quatro tipos de conteúdos: a) os factuais; b) procedimentais; c) atitudinais e, d) os conceituais.

Em relação aos conteúdos factuais, o autor entende que é o “conhecimento de fatos, acontecimentos, situações, dados e fenômenos concretos e singulares” (ZABALA, 1998, p. 41). Já os conteúdos procedimentais referem-se “[...] as regras, as técnicas, os métodos, as destrezas ou habilidades, as estratégias, os procedimentos – é um conjunto de ações ordenadas e com um fim, quer dizer, dirigidas para a realização de um objetivo” (ZABALA, 1998, p. 43).

Os conteúdos atitudinais englobam “uma série de conteúdos que por sua vez podemos agrupar em valores, atitudes e normas” (ZABALA, 1998, p. 46). Já a aprendizagem de conceitos e princípios “[...] implica uma compreensão que vai muito além da reprodução de enunciados mais ou menos literais. [...] a aprendizagem quase nunca pode ser considerada acabada, já que sempre existe a possibilidade de ampliar ou aprofundar seu conhecimento, de fazê-la mais significativa” (ZABALA, 1998, p. 43). Na fala de um dos entrevistados a perspectiva dessas aprendizagens fica bem evidenciada.

Então o curso, ele precisa ter o que a gente chama de currículo nuclear, que é dar um conjunto baseado na prevalência, um conjunto de conhecimentos, atitudes, habilidades de comunicação que normalmente não se dá em outros, para que no final de seis anos ele tenha uma boa prática sanitária na Atenção Básica, que ele seja resolutivo em 80 a 90% da clínica (PF4).

Entendemos que essas aprendizagens acontecem de forma articulada, num processo de complexidade contínua e crescente. Nos dois Projetos Pedagógicos dos Cursos de Medicina da UFSC e UNOCHAPECÓ evidencia o desenvolvimento dos conteúdos nas suas diferentes dimensões, sustentando a ideia que eles constituem como fundamentos para formação do profissional médico visando à integralidade da assistência à saúde.

5.6.4 Aspectos evolutivos no processo de integração curricular

Identificamos nas narrativas dos entrevistados vários registros que sinalizam uma evolução no processo de integrar um currículo apesar das dificuldades intrínsecas apresentadas nessa pesquisa:

- **O Currículo Integrado é um avanço** “porque tem muito mais lógica, o aproveitamento é muito maior para o aluno, então acho que isso facilita bastante, porque o professor está falando um aspecto daquele tema o outro vai falar também daquele tema numa outra perspectiva” (PP2);
- **Diferença entre currículo tradicional e currículo integrado:** “a grande diferença do currículo integrado em relação ao currículo tradicional é a importância que é dada aos fatores biopsíquicos relacionados ao adoecer. Essa visão mais ampla, e o fato de poder dialogar com as outras áreas também, poder fazer atividades em conjunto, atividades integrativas, faz a diferença” (PP3);
- **A lógica do Currículo espiral** “No início do curso eles estão vendo o ser humano normal, na saúde do adulto e idoso III começa a ver os agravos da saúde. Primeiro ele aprendeu na imunologia, na saúde do adulto e idoso II como responde o sistema imune normal, como se espera que o organismo responda pro indivíduo, este é um movimento cíclico” (PP4);
- **Organização modular** “a gente percebe que hoje no terceiro ano o nosso módulo está funcionando melhor, tem sido desconstruído um pouco essa segmentação em decorrência da estrutura, por não ser disciplina, por estar sempre chamando conteúdos das outras áreas, então por mais que todos os profissionais sejam ainda bem fragmentados, o aluno teve a oportunidade de relacionar, pela forma de avaliação, estimulado a pensar de outra forma (PP2);
- **Intencionalidade pedagógica:** na verdade integrar não tem muito a ver com essa coisa de “vou fazer de qualquer jeito, vou deixar o pensamento surgir”, não, ele tem que ser direcionado, porém um direcionado que permita ao aluno pensar, por isso pesa muito esta questão de caso clínico, colocar a pensar (PP4);
- **A integralidade do ser humano** Esse currículo tenta dar conta basicamente do todo, da Medicina que se espera, entender que ele como ser humano, é integrado, mas não é só a saúde, é o indivíduo que tem uma profissão, tem emoção e família e tem um agravo ou não, então para o aluno pensar assim ele tem que ter isso integrado. Acho que você consegue humanizar um pouco melhor e melhorar a qualidade (PP4); “já

temos um avanço muito grande, eu acho que o principal benefício que se tem é mesmo essa desconstrução dos segmentos, dos fragmentos assim, seja no que for, nos conteúdos, no indivíduo” (PP2);

- **Correlação dos saberes:** Então, a cada semestre nós reuníamos o grupo de professores que iam ministrar aula no semestre seguinte, professores da área básica e da área clínica, que discutiam e organizavam o cronograma dos conteúdos sempre que possíveis, da forma mais integrada possível, para fazer uma correlação entre conhecimentos da área básica e da área profissionalizante (PF2);
- **Cenários de práticas:** Eu acho que a diferença está quando a gente coloca o nosso aluno desde o primeiro semestre na Atenção Básica, nós estamos oferecendo para ele a chance de desenvolver o seu papel de aluno em um cenário de prática. E isso é favorecedor para formar um novo médico (PF4);
- **Metodologias ativas** O nosso currículo ele é integrado, a nossa metodologia é muito interessante, porque tem teatro, tem cinema, tem cada coisa! Você não tem noção do que os professores fazem, e os professores acabam se animando, tem aquela aula tradicional, que também tem o seu lugar, tem experiências bem interessantes, assim como tem coisas que tem que ser trabalhadas. (CP); “nós temos o curso de teatro que faz simulações, e tem dado certo, e tentamos ampliar, as vezes durante o ano fazemos no próprio módulo, nas atividades integrativas, os alunos são os próprios atores e avaliam a relação médico paciente, habilidades de comunicação e sociais, orientação e atenção ao paciente, tudo isso é bem interessante como é trabalhado no curso (PP3); Usamos muito o caso clínico, a gente sempre contextualiza, mesmo que no final tu vai perguntar que tipo de fibra muscular é (PP2);
- **Estrutura administrativa:** A gente conseguiu escapar um pouco do sistema acadêmico, depois de milhões de discussões, a gente chegou a fórmula, que talvez ela não seja ideal, mas que talvez se adeque ao nosso currículo em relação ao sistema acadêmico que é a média harmônica então a gente não faz média aritmética, a gente faz média harmônica (CP);
- **Registros no processo de aprendizagem:** Sobre portfólios, tem alguns módulos que trabalham, alguns professores gostam disso. Desde o início das práticas, eles fazem relatórios para socializar com os colegas e depois, quando fazem as práticas individuais com atendimento ao paciente, eles têm que trazer a tese para ser corrigida em cada prática (PP1);
- **Avaliação:** A gente tem avaliações integradas e avaliações pontuais. As integradas são dos módulos. A avaliação pontual, elas tem um peso bem menor na nota semestral, mas elas podem ser feitas para avaliar mais especificamente um assunto, ela é isolada por isso que a gente não enfatiza tanto ela, e nem valoriza tanto em termos de nota. E a integrada é quando a gente tem um tema todo, por exemplo, terminou um Sistema, a gente faz a avaliação de todos os enfoques das cinco áreas para esse sistema (PP2); “Todos têm instrumentos avaliativos. Nas práticas eles são

avaliados, a gente montou um instrumento, ele não está perfeito ainda, mas esse instrumento de avaliação ele visa ver assim, assiduidade, como ele se comportou, como ele se comunicou com o paciente, que hipóteses ele levantou, e nós estamos tentando integrar tudo isso que ele fez na teoria para a prática, integrar aquilo que ele está vendo” (PP4);

- **Auto-avaliação:** *eles se auto avaliam, avaliam a idéia do dossiê, se foi fácil ou difícil conseguir material, que sugestões eles davam para mim, que críticas eles faziam. Pela leitura do portfólio parece que eles se sentiram importantes, que estão sendo ouvidos, e eles podiam falar o que eles quisessem, então claro, a maioria fala o que a gente quer ouvir, o que o professor quer ouvir, mas eu achei que foi importante para eles se sentirem ouvidos e a intenção disso é que eles permitam também escutar, que no momento que alguém tiver que se queixar ou sugerir que eles também possam ouvir (PP2);*
- **Avaliação do processo** *“Talvez a coisa mais relevante que a gente tenha nesse período todo, são os nossos seminários de avaliação promovidos pelo centro acadêmico e alguns professores que participam. Todo semestre tem o que é uma resposta muito clara da avaliação do curso” (PF4);*
- **Integração Ensino e serviços** *“um dos efeitos foi uma aproximação da Rede com a Universidade, a interdisciplinaridade está mais fácil, não que ela esteja dada, mas há uma aproximação” (PF1). “Avançamos bastante, nessa questão da relação ensino-serviço com a delimitação dos espaços e de alguma maneira uma institucionalização desse espaço, não mais espaços consentidos, mas espaços bem feitos” (PF2);*
- **Percepção humanística:** *“Essa proposta torna o acadêmico, mais sensibilizado, porque nada parte de um livro que distribui todo um sistema, na verdade você parte de situações da vida, então isso também deve sensibilizar mais”; (PP2); “Vejo que na pediatria desenvolveu-se uma percepção humanística, bem clara, uma exploração bem interessante dos conteúdos biopsicosociais das causas, enfatizando bem o relacionamento médico e paciente, vejo que o conteúdo é bem prático, está na vivência” (PP3).*
- **Mudança de perfil:** *“Eu acho que a gente está aos poucos mudando. Eu observo mudanças nos colegas novos, bastante. Pessoas entusiasmadas, fazendo as coisas assim de uma forma muito cautelosa, dentro de alguns princípios, eu percebo isso nas pessoas que estão se formando, já houve uma mudança” (PP4).*

A partir desses aspectos evolutivos mencionados pelos atores sociais das duas propostas consideramos que há um processo de mudança curricular em curso.



Clínica Gross. Thomas Eakins, 1875
Jefferson Medical College, Philadelphia

6 RECONTEXTUALIZAÇÃO DO CURRÍCULO INTEGRADO

“Ora, só será possível transcender o modelo biomédico, se estivermos dispostos a mudar também outras coisas; isso estará ligado, em última instância, a uma completa transformação social e cultural” (CAPRA, 2001, p. 155)

Essa pesquisa foi delineada num contexto de mudanças, a partir de questões, reflexões sobre as práticas de um currículo integrado, e essencialmente sobre o desejo de transformar um perfil profissional.

As principais questões que motivaram a pesquisa foram: *como a integralidade curricular é recontextualizada nos cursos de medicina da UFSC e UNOCHAPECÓ? Quais as principais características dos currículos integrados? Quais os caminhos pelos quais se expressam?* O desafio foi investigar as descobertas, fronteiras, conquistas e expectativas de um currículo projetado para INTEGRAR. Assim, a pesquisa teve como objetivo geral compreender o processo de construção e recontextualização do currículo integrado nas duas escolas médicas citadas.

Na busca deste objetivo, empreendemos estudos teóricos sobre: currículo; o ciclo de políticas; dispositivo pedagógico, e o contexto da mudança na educação

médica. No campo de recontextualização oficial foi necessário investigar as principais políticas e programas de incentivo a mudanças curriculares na área médica, e quais delas exerceram maior influência na construção do currículo integrado.

Da mesma forma, no campo pedagógico, foram realizadas leituras das produções dos projetos pedagógicos dos dois cursos de medicina. Os textos das propostas curriculares difundem códigos de sua organização constituídos de culturas, concepções e valores. Entretanto, “o texto curricular não é a realidade dos efeitos convertidos em significados aprendidos, (...). Toda a proposta de texto é traduzida pelos leitores. Ao interpretá-la, pode ser enriquecida e até subvertidas as suas intenções” (GIMENO SACRISTAN, 2007, p.118). Nesse sentido buscamos a interlocução com diferentes docentes protagonistas da construção da proposta, que revelaram suas percepções e concepções sobre um currículo integrado nos diferentes contextos institucionais.

Enfatizamos que a análise dos documentos e as entrevistas com os atores foram fundamentais na compreensão das propostas. As narrativas dos atores sociais foram longas, ricas em detalhes e entrelaçam discursos. No sentido de Bakhtin o discurso de outrem está sujeito e submetido a diversas interpretações, reconsiderações enfim, a transformações de sentido, já que não podemos “separar os procedimentos de elaboração deste discurso dos procedimentos de seu enquadramento contextual (dialógico): um se relaciona indissolúvelmente ao outro” (BAKHTIN, 1998, p.141).

Embora as representações pedagógicas estejam expressas nos projetos, há descompassos entre a produção textual das propostas curriculares e o desenvolvimento do currículo em ação. Confirmam-se assim as palavras de Feuerwerker (2004),

normalmente, existe uma diferença entre o que se pretende fazer e o que se faz na prática, tanto que se pode compreender o currículo como processo: o currículo prescrito (o que foi aprovado, que expressa os princípios); o planejado (plasmado nos manuais, guias, ementas); o organizado (recursos educacionais, infra estrutura, apoio administrativo); e o que se concretiza no currículo desenvolvido (o que acontece na prática, durante as atividades de ensino-aprendizagem) e no currículo avaliado (revelador do que é na verdade valorizado no processo ensino-aprendizagem (p.20).

Portanto, essa pesquisa nos dá a dimensão da complexidade da construção de um currículo que desafia os atores sociais a rever: as concepções do processo ensino aprendizagem e de formação profissional; a lógica da organização dos componentes curriculares; as práticas metodológicas e avaliativas; e ainda as relações que estabelecem nesse processo. Ratificamos as constatações de Feuerwerker (2002) ao afirmar que são mudanças profundas, “que implicam a transformação não somente de concepções e práticas, mas também de relação de poder dentro das universidades, dos serviços de saúde, do território local, e também no espaço social, no campo das políticas” (p.288).

No caso das propostas pesquisadas esses elementos estão explicitamente presentes desde o processo de construção das propostas à consolidação do currículo integrado as quais procuramos sistematizar neste trabalho a partir dos campos de recontextualização oficial e pedagógico. Concordamos com Lopes e Macedo (2011) quando registra que,

a recontextualização, como processo social, não é desenvolvida por uma pessoa, o professor, por exemplo. Existe um contexto recontextualizador que reposiciona e refocaliza os diferentes textos sociais produzidos. Na recontextualização, os diferentes textos são simplificados, condensados e reelaborados. Partes são aproveitadas, outras são desconsideradas, releituras são feitas e ideias inicialmente propostas são inseridas em contextos outros, que permitem sua ressignificação (p.104).

No campo de recontextualização pedagógica apontamos os elementos constitutivos dos projetos pedagógicos dos cursos de medicina da UFSC e UNOCHAPECÓ como:

- a) concepções filosóficas, teórico metodológicas;
- b) metas e objetivos;
- c) perfil profissional;
- d) concepções de currículo e desenho da matriz curricular;
- e) formas e instrumentos de avaliação.

Embora as duas escolas médicas tenham identidades históricas distintas, observamos que nas produções dos projetos que há diversas semelhanças entre as escolas investigadas, as quais eram desconhecidas anteriormente a pesquisa. Entre elas, destacamos no que se refere: a) ao perfil do egresso; b) a concepção de currículo integrado; c) sua organização modular e espiral; d) além dos princípios que motivam e fundamentam as propostas.

Nesse sentido, evidenciamos que as consultorias, comuns aos dois processos, tiveram fortes influências na construção de ambas as propostas.

As duas escolas médicas ressaltam a importância de um novo perfil profissional, ao proporem que o acadêmico seja um sujeito ativo do processo de construção do conhecimento, motivado pelo professor que atuará como mediador dessa construção. Cabendo ao docente proporcionar possibilidades de aprendizagens ativas, que estimule o pensamento crítico, ético e reflexivo ao desenvolver habilidades para solucionar problemas do cotidiano profissional de forma autônoma. Dessa forma o papel do professor será, de interagir com os acadêmicos no nível metacognitivo, ou seja, questionando-os, refletindo sobre a sua própria construção. Estão assim de acordo com Bruner (1973) quando afirma

que “não há nada mais fundamental para uma área de conhecimento que sua maneira de pensar, para aprendê-la” (p.148). Bruner (1973) em seus estudos enfatizou que o estudante é um solucionador de problemas e aprende pela descoberta. Sua teoria realça o papel da curiosidade e a possibilidade de resolver as questões propostas.

Nesse sentido, detectamos que o perfil profissional que se deseja, nos dois projetos, está em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina no que toca a formação generalista, humanística, crítica e reflexiva, pautada em princípios éticos no processo de saúde e doença. Ambas as escolas explicitam as Diretrizes Curriculares Nacionais como importantes referências e influências na construção do Projeto Pedagógico do Curso. Mas também recontextualizam esse perfil trazendo outras características fundamentais como a visão mais integrada do ser humano, na sua dimensão biopsicossocial como elementos indissociáveis, o raciocínio interativo, melhor performance diagnóstica e terapêutica, entre outros identificados no decorrer dessa pesquisa.

Em relação ao currículo, ambas as escolas propõem a integração curricular numa perspectiva espiral. Estão organizadas em módulos temáticos, seguindo uma espiral ascendente, sendo a interação comunitária o eixo central da integração no currículo. Os conteúdos de ensino abordados foram categorizados de acordo com as referências de Zabala (2002) que classifica em conteúdos cognitivos, procedimentais e atitudinais. As propostas curriculares possibilitam a integração teoria e prática, como também objetiva integrar o saber-fazer em diversos cenários de prática, ampliando sua capacidade de inserção no campo social desde as primeiras fases do curso.

Além de articular os saberes e as práticas, as propostas objetivam superar o pensamento disciplinar ainda presente no contexto docente e institucional. Portanto, recontextualizam a representação do currículo, enfatizando a integração

das áreas de conhecimentos, diferentemente das tradicionais grades tão conhecidas nas instituições de Ensino Superior brasileiras.

Lembramos que as questões norteadoras e iniciais dessa pesquisa indagavam: *por que construir um currículo integrado? qual o sentido da integração curricular na área médica? e quais foram as principais motivações e influências que envolveram as propostas?*

A partir dessas questões obtivemos relatos pessoais enriquecedores que narravam um pouco de sua história de vida nesse contexto de mudanças. Também revelaram suas influências, motivações e expectativas em transformar o ensino médico, e conseqüentemente um novo perfil profissional. Essas narrativas nos levaram a refletir que os sujeitos sociais emergem da associação do contexto coletivo com o individual. Estes enunciados são plenos de “ecos e ressonâncias de outros enunciados com os quais está ligado pela identidade da esfera de comunicação discursiva” (BAKHTIN, 2003, p.297). Representam desejos individuais e significados de expressão social. Desse modo um currículo é uma intenção, resultado de escolhas, seleções, princípios e concepções, produzido, e recontextualizado num determinado contexto.

Assim, as respostas a essas perguntas iniciais se entrelaçam com tantas outras feitas nessa pesquisa, como também emergem reflexões que surgem no decorrer do diálogo. Na percepção dos atores sociais o contexto da mudança curricular na área da saúde se inscreve num momento histórico, sendo uma das interfaces a Reforma Sanitária. A perspectiva dessa mudança está na consolidação de um novo modelo de saúde, o que representa uma projeção de uma proposta de formação profissional que atenda essencialmente aos princípios e necessidades do Sistema Único de Saúde Brasileiro - SUS. Como podemos resgatar na fala de um dos entrevistados:

se eu faço uma projeção de um Sistema Nacional de Saúde, que tem uma visão interdisciplinar mais orgânica, do ponto de vista de pensar o outro, dentro do que a gente foi chamar depois de integralidade. Eu tenho ainda uma formação tão disciplinar, e tão voltada para a doença. Existe uma contradição entre a projeção que o modelo da Reforma Sanitária traz e a forma como os profissionais de saúde estavam sendo formados (PF4).

Portanto, há de superar, na área médica, o modelo de formação biomédico motivado pelas influências do complexo médico industrial. Sabemos que para superar o modelo centrado na doença e na assistência médica curativa é preciso muito mais do que mudanças curriculares. Nos dizeres de Perim (2007) “é preciso uma transformação profunda na prática e na formação profissional, na organização e no financiamento dos sistemas e dos serviços de saúde” (p.94).

Da mesma forma, a concepção de currículo, o desafio está em ultrapassar a visão fragmentada do conhecimento, e no caso da área médica, também a visão de ser humano, que estrutura uma proposta curricular dividindo o funcionamento do seu corpo biológico. Sendo esse, portanto, outro foco da necessidade da mudança curricular destacada pelos atores sociais. De acordo com o Projeto de Reconhecimento do curso de medicina da UNOCHAPECÓ (2011), a proposta curricular tem como ponto chave “a visão de homem como um ser histórico, determinado e determinante do seu contexto, inserido na complexidade e complementaridade de uma teia de inter-relações” (p.13).

Nesse sentido, a mudança curricular nasce de influências, sejam elas a partir da dimensão internacional, dos movimentos sociais, das políticas nacionais indutoras de mudanças, das políticas locais e culturais, assim como outros contextos como o das próprias experiências de mudanças das escolas médicas.

Sabemos que muitas experiências de inovação curricular foram socializadas em eventos da educação médica, em publicações, em consultorias e

que estes produzem discursos curriculares nos vários contextos em que eles circulam. Portanto, temos um *contexto de influência*, que reflete, por sua vez, no *contexto de produção* dos textos, *de projetos, e das práticas*. Porém, tais influências são recontextualizadas e reinterpretadas como podemos observar nas produções textuais das propostas como também nas práticas curriculares expressas pelos entrevistados. Concordamos com a teoria do dispositivo pedagógico de Bernstein (1996) quando explicita que os meios discursivos estabelecem suas próprias representações e identidade social. Nos dizeres desse autor “sempre que um discurso se move, há espaço para a ideologia atuar” (BERNSTEIN,1996, p.24).

A partir desse cenário as novas propostas curriculares apresentadas foram delineadas e implementadas por sujeitos sociais. Vimos que a construção do documento foi produzida por diversos olhares e vozes. Algumas vozes mais presentes do que outras. Nesse sentido foi diagnosticado que a participação dos docentes ficou aquém do esperado. Apesar do investimento financeiro, formações pedagógicas, reuniões nas instâncias internas, avaliações, a participação docente foi insuficiente. Compreendemos que há diferentes fatores que podem justificar o não envolvimento pela causa, entre eles a própria história e cultura da formação médica, concepções e princípios sobre saúde, perfil médico, e visão de ensino.

Apesar das resistências e conflitos que se apresentaram em cada escola, cada uma seguiu com sua proposta curricular. Contaram inicialmente com os profissionais que já estavam envolvidos, tanto na construção da escrita como na implementação, e posteriormente envolvendo consultores externos e os demais professores que foram, gradativamente, compreendendo e assumindo a proposta.

Os dados da pesquisa ressaltam que há diferentes estilos de pensamentos do profissional médico docente nas duas escolas investigadas. Segundo Cutolo (2001) os estilos de pensamento que predominam nos docentes de Medicina, é o

estilo organicista e biologicista com marcada influência na prática curricular, o que caracteriza as resistências e as dificuldades de compreender uma proposta curricular integrada, e principalmente em ressignificar suas práticas pedagógicas descoladas do contexto social.

Outro aspecto no contexto pedagógico é que as duas propostas analisadas incentivam o desenvolvimento de metodologias ativas, com o objetivo de tornar o processo ensino aprendizagem ainda mais significativo na formação do acadêmico. Conseqüentemente também defendem um mecanismo de avaliação formativa, ou seja, um olhar avaliativo para o processo e não somente para os resultados dessa aprendizagem.

Diante dessa perspectiva há um conflito a ser resolvido, entre as práticas pedagógicas condizentes com o modelo curricular e o perfil docente em cada escola médica. Na percepção dos entrevistados a profissionalização docente seria uma das alternativas à consolidação destas práticas pedagógicas.

Em relação aos fundamentos teóricos da proposta do currículo integrado, visualizamos princípios e perspectivas apresentadas nos documentos das escolas médicas e nas narrativas das entrevistas. Os princípios explicitados estão relacionados ao paradigma da integralidade, que se expressam nas diferentes políticas de saúde, assim como diversas conferências mundiais e nacionais realizadas ao longo da história. Esses eventos tinham como propósito discutir sobre as necessidades de mudanças na educação superior e as demandas da área da saúde.

Já no âmbito educacional ressalta-se a perspectiva construtivista fundamentada na aprendizagem significativa. Em relação à formulação da organização curricular, evidencia-se a organização modular e a lógica do modelo espiral. Percebe-se que há uma junção de perspectivas teóricas na organização curricular. Como vimos anteriormente, os módulos são organizações didático-

pedagógicas que buscam a inter-relação de conceitos e a organização de atividades integrativas a partir de objetivos comuns. Enquanto que no modelo espiral, como uma teoria da aprendizagem cognitiva, o conhecimento é retomado em níveis crescentes, e através de diferentes estratégias metodológicas, busca aproximações com a realidade. Podemos entender que as propostas de currículo integrado passam por processos híbridos. De acordo com Feuerwerker (2004),

é comum que os processos de mudança levem à produção de propostas híbridas, que combinam aspectos parciais de várias proposições político- pedagógicas. Muitas vezes, não há como escapar da situação, mas é importante saber dos riscos envolvidos (p.19).

Um dos desafios nesse caso é a operacionalização da proposta, pois, implica uma força tarefa pedagógica, e principalmente dedicação dos docentes nos aspectos de organização, planejamento das ações e interlocuções com os demais sujeitos envolvidos. Outra dimensão evidenciada é que as duas propostas prevêm a interação comunitária como o eixo central do currículo, possibilitando aos acadêmicos a vivência no âmbito da comunidade, uma aprendizagem mais real, estabelecendo a relação entre teoria, prática e contexto social.

A partir dos dados analisados consideramos que as principais características e ênfases do currículo integrado, nas duas propostas, estão configuradas na:

- organização curricular : modular e espiral;
- integração das áreas de conhecimento;
- indissociabilidade entre teoria, prática e realidade social;
- articulação entre os docentes;
- ações pedagógicas integrativas: planejamento, metodologias e avaliação;
- flexibilização curricular;

- visão do cuidado integral do ser humano;
- inserção do acadêmico na comunidade;
- integração entre academia e serviços.

Também foi possível analisar os principais efeitos que esse currículo integrado produziu até o presente momento, assim como algumas reflexões, manifestos e pistas, sobre os desafios a serem ainda conquistados. Entendemos que a construção de novas formas curriculares produz efeitos de ordem dos processos de formação profissional, pedagógica e cultural. Nesse sentido revelam relações de poder, resistências, conflitos, que emergem da diversidade de concepções.

Entre as fronteiras da construção do currículo integrado estão: a) a cultura do processo de formação médica; b) a concepção de especialista; c) a falta de comprometimento com o ensino; d) o perfil docente; e) o apego ao modelo tradicional.

Para compreender essas fronteiras oriundas das reformas e inovações curriculares é preciso desvelar as razões e discursos nos quais se baseiam essas resistências a mudança e que geram tantos conflitos. Um espaço que ainda necessita de aprofundamentos teóricos, e pesquisas no campo dos estudos culturais.

Já os desafios necessários para a consolidação do currículo integrado também são nitidamente apontados pelos entrevistados, e estão relacionados entre si:

l) No campo pedagógico, estão focados os seguintes elementos: a) superar a lógica do pensamento disciplinar; b) planejar integradamente incluindo os processos metodológicos e avaliativos; c) qualificar o perfil docente;

II) No campo da saúde, a institucionalização do SUS passa a ser determinante na mudança curricular, como: a) superar o modelo biomédico e hospitalocêntrico nas práticas de ensino; b) qualificar os profissionais de saúde; c) enfatizar a integralidade como um dos princípios nas práticas dos serviços de saúde; d) valorizar o plano de carreira dos profissionais que atuam na atenção básica; e) fortalecer as políticas para mudança das práticas em saúde.

As reflexões sobre a proposta de currículo integrado durante a entrevista contribuíram para que os entrevistados trouxessem um olhar sobre os acadêmicos em processo de formação desse currículo. *Seria possível identificarmos algumas das características esperadas no perfil profissional desejado, fruto de uma proposta curricular integrada?*

Considerando que esse perfil desejado teria como um foco: *generalista; com capacidade de resolução dos problemas mais comuns; crítico, autônomo; reflexivo de suas práticas; comprometido com o cuidado integral do ser humano, entre outras características previstas nos projetos*, na percepção dos docentes entrevistados é visível uma mudança desse perfil. Os entrevistados destacam em especial os aspectos atitudinais principalmente relacionados à ética profissional e criticidade das práticas, assim como aspectos cognitivos que envolvem o raciocínio interativo. Como se pode observar nas narrativas apresentadas no capítulo anterior, há, portanto, características que apontam para um novo perfil profissional. Porém, há necessidade de analisar esse perfil profissional com maior profundidade. Apontamos que esse seria um campo fértil para futuras pesquisas: investigar o perfil do egresso exercendo sua prática profissional.

Por fim, destacamos que, além da sinalização da mudança da formação do futuro profissional, identificamos que há aspectos evolutivos no processo da proposta curricular integrada analisada nas duas escolas médicas. Apesar da cultura do modelo tradicional instaurada no Ensino Superior, e da forte influência

do modelo biomédico, são perceptíveis os aspectos evolutivos da proposta. Os entrevistados reconhecem que:

- a proposta de um currículo Integrado é um avanço pedagógico, e pode ser uma das alternativas para as mudanças necessárias na área da educação médica;
- um currículo integrado diferencia-se muito da organização curricular disciplinar. Desde seus princípios que propiciam uma visão mais ampla dos processos educativos, a operacionalização das práticas pedagógicas mais interativas;
- a lógica da organização curricular integrada, modular e espiral, propostas nas duas escolas médicas, estabelece uma correlação dos saberes essenciais da formação de um profissional, e interliga teoria, prática e contexto social;
- a importância do planejamento integrado como prática pedagógica, que requer a previsão de metodologias ativas e processos avaliativos condizentes com a proposta curricular integrada;
- um currículo integrado além de desenvolver uma visão ampla dos processos de ensinar e aprender visa estabelecer a integralidade do ser humano como princípio educativo;
- a proposta curricular tem como propósito ampliar os cenários de práticas, possibilitando a inserção do acadêmico nos diferentes contextos da realidade social, compreendendo os diversos níveis de atenção da sua prática profissional;
- a construção de um currículo integrado requer uma estrutura administrativa institucional que assegure as necessidades de implantação da proposta, possibilitando tempos e espaços para planejamento e formação docente, entre outros aspectos;
- implica na integração entre as interfaces da academia com os serviços da rede pública, como parceiros, na efetivação da qualidade do cuidado do ser.

Embora as duas escolas médicas tenham semelhanças no processo construção das propostas, com características e princípios comuns, como foi possível apresentar nesse trabalho, são escolas essencialmente diferentes. Observamos que há especificidades em cada proposta. Estas caracterizam a

identidade de cada escola médica, construída em um determinado contexto e tempo histórico. Assim, uma das especificidades está na própria natureza de cada curso. A criação do curso de medicina da UFSC remonta aos anos de 1960, sendo que o modelo curricular que o caracterizava era a divisão entre ciclo básico, clínico e internato médico. Entretanto, muitos professores acompanharam o movimento histórico da Reforma Universitária, e dos movimentos da Reforma Sanitária. De acordo com Pereima (2005) “nestes movimentos inserem-se as primeiras tentativas de formação médica voltada às necessidades de saúde da população” (p.19).

É nesse cenário que o curso de medicina da UFSC, se diferencia, pois, no decorrer de sua trajetória, passou por reformas curriculares na perspectiva de uma formação médica menos especializada. Porém, como apresentamos anteriormente, a constituição do currículo integrado se deu apenas nos anos de 2002, quando do lançamento do edital do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares para as escolas médicas - PROMED. Esse programa disponibilizou recursos financeiros para garantir o processo de formação dos docentes e produção de materiais. Nesse sentido, no teor das entrevistas, os docentes desta escola revelaram a vivência dessa história. Ressalta-se ainda a importância da mobilização estudantil e dos docentes líderes que impulsionaram o processo de mudança e consolidação da proposta curricular.

O curso de medicina da UNOCHAPECÓ não vivenciou efetivamente reformas curriculares, já que a proposta de currículo integrado nasce simultaneamente com a implantação do curso. A proposta foi alinhada com as Políticas Nacionais vigentes e o contexto normativo, considerando também o movimento histórico das mudanças curriculares na área médica. Embora a implementação do currículo integrado tenha ocorrido no ano de 2006, ressalta-se que os movimentos sobre a construção da proposta se deram em anos anteriores.

Outro aspecto foi a participação ativa de um grupo de professores nas discussões da construção das Diretrizes Curriculares Nacionais, promulgadas no ano de 2001. Podemos observar também, nesse cenário, a forte influência, do campo oficial, que esse evento teve sobre a construção da proposta do curso de medicina da UNOCHAPECÓ.

Neste mesmo evento, foi possível verificar a realidade da grande maioria das escolas médicas do Brasil, onde grandes mudanças deveriam ser realizadas para responder o que as novas Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em Medicina preconizavam. Partindo da necessidade de um novo perfil médico para atender as demandas de saúde no país e na região oeste de Santa Catarina, foi proposta a construção de um Projeto Pedagógico baseado nas novas diretrizes, onde o modelo disciplinar biomédico fosse substituído por um modelo curricular integrado (UNOCHAPECÓ, 2011, p.26).

No percurso da construção das propostas das duas Instituições, destacam-se também a influência das consultorias externas que impulsionaram discussões teórico-metodológicas nas formações docentes. Ainda na fase de suas construções, foram analisadas experiências de outras instituições. Vale ressaltar que a pesquisa não teve a intenção de comparar as propostas pedagógicas dos dois cursos, nem tampouco de analisar quais currículos estavam mais integrados. Nosso objetivo foi compreender como duas propostas de currículo integrado na área médica foram concebidas pelos sujeitos sociais envolvidos em diferentes contextos históricos e sociais. Assim, buscamos identificar as características e ênfases do currículo integrado idealizado, assim como também a vivência desse currículo na prática. De acordo com Pacheco (2000),

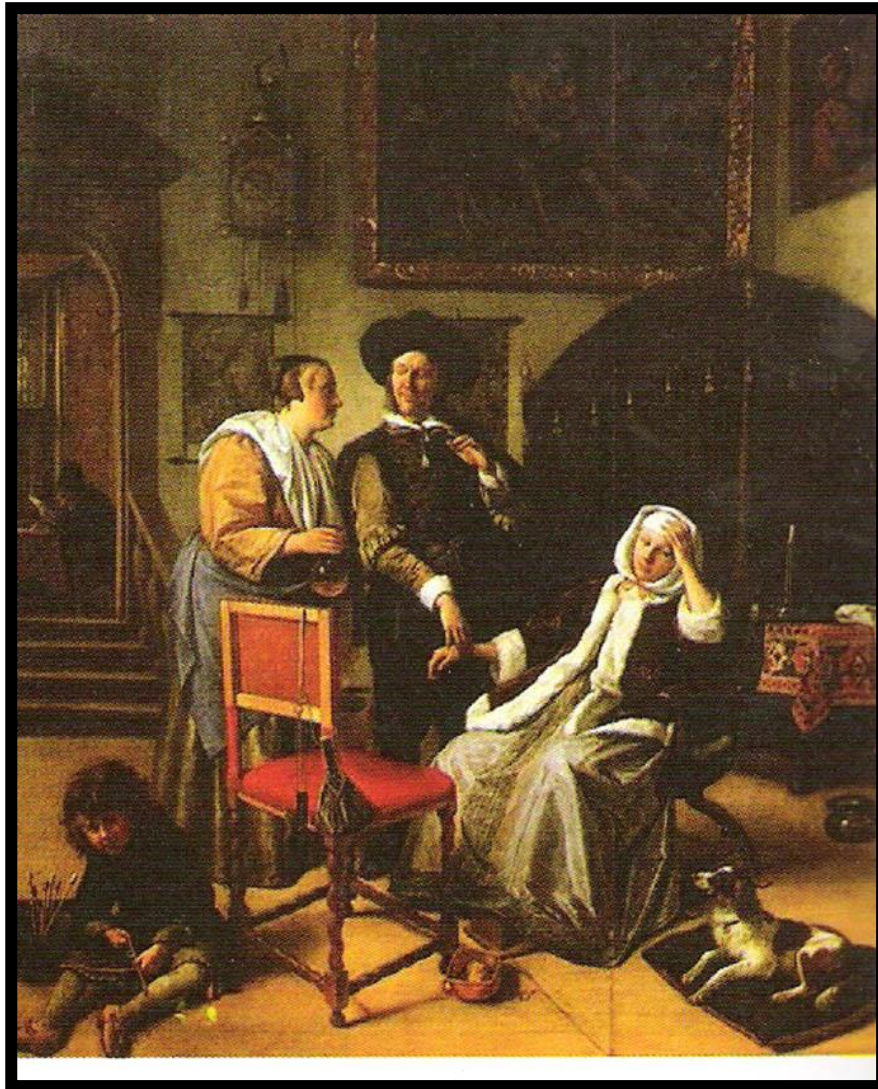
questionar o currículo como prática representa concebê-lo a partir de um processo que admite uma lógica de desconstrução, com a introdução de sucessivos discursos cujo significado se apreende pela hermenêutica da *prática*, e

optar por uma abordagem processual que faz a inter-relação das duas componentes intrínsecas presentes em qualquer projeto curricular: o que se pretende (expectativas e intenções curriculares) bem como o quê e onde ocorre (realidade curricular) (p.07).

Nesse sentido observa-se que as escolas médicas, ao produzirem seus planos curriculares à luz das políticas, das manifestações de mudanças, não as reproduziram mecanicamente, mas, recontextualizaram, criaram alternativas próprias e peculiares, de acordo com o seu contexto social e realidade institucional. Seguem sua história, seu rumo, pois compreendemos que a organização curricular em ação, se dá na medida em que vai sendo executado, construindo novas formas, ressignificando novos sentidos.

Porém, analisamos que nas duas propostas há um objetivo comum que se quer alcançar: a transformação na área da saúde. E espera-se que as novas propostas curriculares possam contribuir nessa transformação a partir dos saberes essenciais da formação médica, com o propósito de integrar o conhecimento, articulando teoria, prática e contexto social, assim como a compreensão do ser humano nas suas diversas dimensões.

Acreditamos que essa pesquisa ao analisar duas experiências curriculares possa ter trazido algumas reflexões e contribuições para futuras propostas de currículo integrado. Compreendendo que cada proposta ao ser idealizada, construída, implementada será recontextualizada pelos seus atores sociais, a partir dos seus sentidos e significados enquanto cidadão construtor dessa história.



A visita do médico. Jan Steen, 1662

Apsley House, Londres

REFERÊNCIAS

ABEM. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DAS ESCOLAS MÉDICAS. **Avaliação e acompanhamento das mudanças nos cursos de graduação das escolas brasileiras da área da saúde: objetivos, metodologias e resultados preliminares 2006 – 2009.** Rio de Janeiro: ABEM, 2009.

ABREU, R. G. **A integração curricular na área de ciências da natureza, matemática e suas tecnologias nos parâmetros curriculares nacionais para o Ensino Médio.** 2002. 114f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

AIRES, J. A. Integração Curricular e Interdisciplinaridade: sinônimos? **Educ. Real.**, Porto Alegre, v. 36, n.1, p. 215-230, jan./abr., 2011. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/edu_realidade>. Acesso em: 29/08/2011.

ALMEIDA FILHO, N. de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.26, n.12, pp. 2234-2249.

_____. Universidade Nova no Brasil. In: SANTOS, B de S; ALMEIDA FILHO, N. de. **A universidade no século XXI: para uma universidade nova.** Coimbra: Edições, Almedina, 2008.

ALMEIDA, M. J. de *et al.* Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em Medicina no Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica.** [online]. Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, pp. 156-165, 2007.

_____. FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. (Orgs.). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança.** São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: UEL, 1999. 2v.

ALVES, N. Tecer conhecimento em rede. In: ALVES, N.; GARCIA, R. L. (Orgs.). **O Sentido da escola.** Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

_____; OLIVEIRA, I. B. **Pesquisa no/do cotidiano das escolas: sobre redes de saberes.** Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

AMORIM, D. de S. **Abraham Flexner**: modelo de educador, a burocracia e a filantropia. Ribeirão Preto: Holos, Editora, 2012.

ANASTASIOU, L. das G. C.; ALVES, L. P. **Processos de ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 3. ed. Joinville: UNIVILLE, 2004.

ANASTASIOU, L. das G. C. A re-organização curricular: do currículo grade ao integrado. In: PEREIRA M. J. L.; COELHO, E. B. S.; ROS, M. A. (Orgs.). **Da proposta à ação**: currículo integrado do curso de graduação em Medicina da UFSC. Florianópolis, SC: UFSC, 2005.

_____. Grade e matriz curricular: conversas em torno de um desafio presente na Educação Superior. In: FREITAS, A. L. S. de (Org.). **Capacitação Docente**: um movimento que se faz compromisso. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. 205 p.

ANDRADE, M. R. S. Ética e avaliação da aprendizagem: processos e interfaces. In: SILVA, N. M. A.; ZOBOLI, F. **Educação e ética**: historicidade, práxis e processos formativos. 1. ed. Blumenau, EdiFURB, v.1, p. 124-187, 2006.

_____; BAGNATO, M. H. Políticas de formação para os profissionais da área da saúde ou Políticas de mudanças na formação na área da saúde. In: SILVA, N. de M. A.; RAUSCH, R. B. (Orgs.). **Formação de Professores**: políticas, gestão e práticas. Blumenau: Edifurb, 2010.

ARCOVERDE, Tarcísio Lins. **Formação médica**: (des)construção do sentido da profissão : a trajetória da representação social. 2004. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Regional de Blumenau, FURB, Blumenau.

ARROYO, M. G. **Ofício de mestre**: imagens e auto-imagens. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

ASSAD, M. A. do C. **A interdisciplinaridade na área de saúde da Universidade Estadual de Londrina**: análise de um programa. 1999. 215f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual de Londrina – UEL, Londrina.

AZEVEDO, J. M. L. de. **A educação como política pública**. Campinas, SP: Autores Associados, 1997.

BALL, S. J.; BOWE, R. El currículum nacional y su “puesta en práctica”: el papel de los departamentos de materias o asignaturas. **Revista de Estudios del Currículum**, v. 1, n. 2, p. 105-131, 1998.

BALL, S. J. **Education reform: a critical and post structural approach**. Buckingham: Open University Press, 1994.

_____. Cidadania global, consumo e política educacional. In: SILVA, L. H. (Org.). **A escola cidadã no contexto da globalização**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 121-137

_____. Diretrizes políticas globais e relações políticas locais em educação. **Currículo sem Fronteiras**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, pp. 99-116, jul/dez. 2001.

_____. **Education Plc: understanding private sector participation in public sector education**. London: Routledge, 2007.

BAKHTIN, M. M. **Questões de literatura e de estética: (a teoria do romance)**. 4. ed. São Paulo : Ed. da Unesp : Hucitec, 1998.

BAKHTIN, M. **Estética da Criação Verbal**. São Paulo: Martins Fontes. 2003.

BEANE, J. A. **Integração curricular: a concepção do núcleo da educação democrática**. Lisboa: Didática Editora, 1997.

_____. Integração curricular: a essência de uma escola democrática. In: **Currículo sem fronteiras**. v. 3, n. 2, pp. 91-110, jul/ Dez 2003. Disponível em: <<http://www.curriculosemfronteiras.org/vol3iss2articles/beane.pdf>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2011.

BERBEL, N. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu - SP, v.2, n.2, 1998.

BERNSTEIN, B. Codes, modalities and the process of cultural reproduction: a model. **Language and Society**, 10, 327-363, 1981.

_____. **A estruturação do discurso pedagógico: classe, códigos e controle**. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. A pedagogização do conhecimento: estudos sobre recontextualização. **Cad. Pesquisa**. [online]. São Paulo, n.120, pp. 75-110, 2003.

BHABHA, H. **O local da cultura**. Belo Horizonte: UFMG, 1998.

BOURDIEU, P. Systems of education and systems of thought. **Knowledge and Control**. New York: Macmillan, 1981.

_____. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus, 1996. 231 p.

BOWE, R.; BALL, S. J.; GOLD, A. **Reforming education & changing schools**: case studies in Policy Sociology. London: Routledge, 1992.

BRASIL. **Decreto nº 2.208 de 17 de abril de 1997**. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional Brasília, 1997.

_____. **Resolução CEB n. 03 de 26/06/98**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio. Brasília, CNE/CEB, 1998.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: ensino médio. Brasília: MEC/SEMTEC, 1999. 4v.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina**. Resolução CNE/CES 4/2001. Brasília: Ministério da Educação, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Organização Panamericana da Saúde. PROMED** – Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2002. (Edital de Convocação)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde**: enfermagem; núcleo estrutural; proposta pedagógica; avaliando a ação 8. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 103 p

_____. **Portaria Interministerial no 610/GM de 26.03.2002**. Institui o Programa Nacional o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS**: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Pró-saúde**: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Parecer n. 16, de 5 de outubro de 1999**. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. CNE/CEB. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/cne/parecer.shtm>>. Acesso em: 25/03/2011.

_____. **Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico Área da Saúde**. 1999, Brasília, Ministério da Educação, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/diretrizes_curriculares.pdf>. Acesso em: 12/06/2011.

BRISTOT, L. S. O Centro de Ciências da Saúde e suas histórias. In: NECKEL, Roselane; KÜCHLER, Alita Diana Corrêa, organizadoras. **UFSC 50 anos**: trajetórias e desafios. Florianópolis: UFSC, 2010. 480 p.

BRUNER, J. S. **O processo da educação**. 3. ed. São Paulo : Nacional, 1973. 87p. (Coleção cultura, sociedade, educação, v.4). Tradução de: The process of education.

BUSNARDO, F. G.; LOPES, A. C. Os discursos da comunidade disciplinar de Ensino de Biologia: circulação em múltiplos contextos. **Ciência e Educação** (UNESP), São Paulo, v. 16, p. 87-102, 2010.

CAMPOS, F. E.; MAGRO FILHO, J. B. Internato rural. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 31-46, out, 1979.

CAMPOS, C. A. de. **Os desafios da implementação do currículo integrado no Projea em Rio Verde-GO**. 2010. 141f. Dissertação (Mestrado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Goiás. Disponível em: <<http://forumeja.org.br/pf/sites/forumeja.org.br/pf/files/Camila%20Campos%20completa1.pdf>>. Acesso em: 30 de maio de 2011.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**: A ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 2001.

CARVALHO, C. H. de; CARVALHO, L. B. de O. B. de. O Ensino Superior Brasileiro: desafios e perspectivas diante da flexibilização (1995-2001). **Cadernos de História**, Uberlândia, n.15, v. 1, p 83-98, set.2006/set. 2007.

CATANI, A. M. *et al.* **Mudanças no mundo do trabalho e reforma curricular dos cursos de graduação no Brasil**. Trabalho apresentado na 23ª Reunião Anual da ANPED realizada em Caxambu de 24 a 28 de Setembro de 2000. (cd hom).

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, pp. 1400-1410, 2004.

CHERRYHOLMES, L. Power and criticism, Poststructural investigations in education. New York: Teachers College Press, 1988. p. 149

CHRISTOFOLLI, D. A. S. (Coord.). **Análise prospectiva do curso de graduação em enfermagem da Universidade Estadual de Londrina**: relatório final da fase diagnóstica. Londrina: UEL, 1990.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, 1, Relatório final, Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Recursos Humanos, 1986.

CORAGGIO, J. L. Propostas do Banco Mundial para a Educação: Sentido oculto ou problemas de concepção. In: WARDE, M. J. *et al.* **O banco mundial e as políticas educacionais**. São Paulo: Cortez, 1996. p. 75-123

COROACY, J. O planejamento como processo. **Revista Educação**, Brasília, Ano I, n. 4, 1972.

COSTA, T. A. A noção de competência enquanto princípio de organização curricular. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 29, p. 52-62, 2005.

CRUZ, K. T. **A formação médica no discurso da CINAEM** – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Campinas,SP: [s.n.], 2004.

CUTOLO, L. R. A. **Estilo de pensamento em educação médica**: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC. 2001. 227f. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

CUTOLO, L. R. A.; DELIZOICOV D. Contextualizando as políticas de educação médica **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 32. n. 3, 2003.

CYRINO, E. G.; RIZATTTO, A. B. P. Contribuição à mudança curricular na graduação da faculdade de medicina Botucatu. **Revista Brasileira de Saúde Matern. Infant.**, Recife, 4(1) 59:69, jan. mar., (2004).

DALLA, M. D. B. **Mudança na educação médica através da interação comunitária**. 2002. 152 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação/Mestrado em Educação – Centro de Ciências da Educação, Universidade Regional de Blumenau, Blumenau.

DA ROS, M. A. A ideologia nos cursos de medicina. In: MARINS, J. J. N. (Orgs.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004.

DAVIES, B. Bernstein, Dukheim e a sociologia da educação na Inglaterra. **Cad. Pesquisa**. [online]. São Paulo, n.120, pp. 51-74, 2003.

DAVINI, M. C. Currículo integrado. In: ROSSI, S. S. (Org.). Ministério da Saúde (BR). **Projeto MultiplicaSUS**: oficina de capacitação pedagógica para a formação de multiplicadores. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

DELLAROZA, M. S. G.; VANNUCHI, M. T. O. (Orgs.). **O currículo integrado do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina**: do sonho à realidade. São Paulo: Hucitec, 2005.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. In: **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, set./dez. 2001.

DIAS, R. E. **Competências**: um conceito recontextualizado no currículo para a formação de professores no Brasil. 2002. 160f. Dissertação (Mestrado em Educação), UFRJ. Rio de Janeiro.

_____. **Ciclo de políticas curriculares na formação de professores no Brasil (1996-2006)**. 2009. 250 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.curriculo-uerj.pro.br/imagens/pdfTeses/CICLO.pdf>>. Acesso em: 08 de outubro, 2010.

DIAS, R. E; LÓPEZ, S. B. Conhecimento, interesse e poder na produção de políticas curriculares. **Currículo sem Fronteiras**, v. 6, n. 2, p. 53-66, Jul/Dez

2006. Disponível em: <<http://www.curriculosemfronteiras.org/vol6iss2articles/dias-lopez.pdf>>. Acesso em: 30 de junho de 2009.

DIAS SOBRINHO, J. (Org.). **Avaliação institucional da UNICAMP**: processo, discussão e resultados. Campinas: UNICAMP, 1994.

_____. Campo e caminhos da avaliação: a avaliação da educação superior no Brasil. In: FREITAS, L. C. (Org.). **Avaliação**: construindo o campo e a crítica. Florianópolis: Insular, 2002. p. 13-62

DOMINGOS, A. M.; BARRADAS, H.; RAINHA, H. *et al.* **A teoria de Bernstein em sociologia da educação**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1986.

DOMINGUES, J. L. **O cotidiano da escola de primeiro grau**: o sonho e a realidade. Goiânia: EDUC, 1988.

DOMINGUES, R. C. L.; AMARAL, E.; ZEFERINO, A. M. B. Conceito global: um método de avaliação de competência clínica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 33, pp.148-151, 2009.

DUSSEL, I. O currículo híbrido: domesticação ou pluralização das diferenças? In: LOPES, A. R. C.; MACEDO, E. (Orgs.). **Currículo**: debates contemporâneos. São Paulo: Cortez, 2002. p.55-77

FERREIRA, J. R. PROMED: da utopia à realidade, **Boletim ABEM**, Rio de Janeiro, 30(6): 6-8, 2002.

_____. A interface entre o PROMED e o Pró-Saúde. **Cadernos ABEM**, Rio de Janeiro, v. 2, Junho de 2006.

_____. A formação do médico generalista: contextualização histórica. **Cadernos ABEM**, Rio de Janeiro, v. 2, Junho de 2006a.

FEUERWERKER, L. C. M. Gestão dos processos de mudança na graduação em medicina. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B. *et al* (Orgs.). **Educação Médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica**: os casos de Londrina e Marília. 2002. n. 416. Tese (Doutorado em Prática de Saúde Pública). USP, São Paulo.

FINCO, M.; KIELWAGEN, S. A.; MORAES, J. F. B. de. Perspectivas da gestão frente à integração ensino/serviço. In: ANDRADE, M. R. S. *et al.* (Orgs.). **Formação em saúde: experiências e pesquisas nos cenários de prática, orientação teórica e pedagógica.** Blumenau: EdiFURB, 2010.

FLECK, L. **La génesis y el desarrollo de un hecho científico.** Madrid: Alianza Editorial, 1986.

FLEXNER A. Medical education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Science; 1910. <http://www.carnegiefoundation.org/files/elibrary> (acessado em 02/Jun/2010).

GADAMER, H. G. **Verdade e metodo:** tracos fundamentais de uma hermeneutica filosofica. Petropolis: Vozes, 1997.

GARANHANI, M. L. *et al.* Princípios pedagógicos e metodológicos do currículo integrado de enfermagem. In: DELLAROZA, M. S. G.; VANNUCHI, M. T. O. (Orgs.). **O currículo integrado do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina:** do sonho à realidade. São Paulo: Hucitec, 2005.

GARCIA CANCLINI, N. **Culturas híbridas:** estratégias para entrar e sair da modernidade. 4. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.

_____. **Consumidores e cidadãos:** conflitos multiculturais da globalização. 5. ed. Rio de Janeiro: UFRJ, 2005.

GIMENO SACRISTÁN, J. **A Educação que ainda é possível:** Ensaio sobre uma cultura para a educação. Porto Alegre: Artmed, 2007.

_____. **O currículo:** uma reflexão sobre a prática. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GOODSON, I. F. **Currículo:** teoria e história. Petrópolis: Vozes, 1995.

_____. **A construção social do currículo.** Coletânea de textos de Goodson organizada por António Nóvoa. Lisboa: Educa, 1997.

_____. **O currículo em mudança:** estudos na construção social do currículo. Porto (Portugal): Porto, 2001.

GROSSEMAN, S. Um olhar sobre o processo de mudança curricular na Educação Médica. In: **Síntese do Projeto do curso de graduação em medicina com respectivo projeto político pedagógico.** UNOCHAPECÓ - Universidade

Comunitária Regional de Chapecó - Reitoria. Centro de Ciências da Saúde. Curso de graduação em medicina. 2005

_____. Um olhar sobre o processo de mudança curricular do curso de medicina: do contexto global ao contexto da Universidade Federal de Santa Catarina. In: PEREIRA, M. J. L.; COELHO, E. B. S.; DA ROS, M. A. (Orgs.). **Da proposta à ação**: currículo integrado do curso de graduação em Medicina da UFSC. Florianópolis, SC: UFSC, 2005a.

GROSSEMAN, S; PATRICIO, Z. M. **Do desejo à realidade de ser médico**: a educação e a prática médica como um processo contínuo de construção individual e coletiva. Editora da UFSC, Florianópolis, 2004.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, L. (Org.). **Interdisciplinaridade**: para além da filosofia do sujeito. Petrópolis: Vozes, 1995.

_____. Interdisciplinaridade e práxis pedagógica: tópicos para discussão sobre possibilidades, limites, tendências e alguns elementos históricos e conceituais. In: Jornada de Educação na Bahia. **Anais...** Salvador, 2002.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Mago, 1976.

JULIA, D. A. Disciplinas escolares: objetivos, ensino e apropriação. In: LOPES, A.; MACEDO, E. (Org.). **Disciplinas e integração curricular**: história e políticas. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p. 37-72

KEMP, A.; EDLER, F. C. A. reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, v. 11(3): 569-85, set.-dez. 2004.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação Médica no Brasil**: tipologia das escolas. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. Educação em saúde no Brasil: para não perder o trem da história. **Cadernos ABEM**, Rio de Janeiro, v. 2, Junho de 2006.

_____. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**: tipologia das escolas. 2. ed. São Paulo: Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2009.

_____. *et al.* **Avaliação e acompanhamento das mudanças nos cursos de graduação das escolas brasileiras da área da saúde**: objetivos, metodologias e resultados preliminares – 2006/2009. Rio de Janeiro: ABEM, 2009.

LOPES, A. R. C. **Conhecimento escolar**: ciência e cotidiano. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1999.

_____. Organização do conhecimento escolar: analisando a disciplinaridade e a integração. In: MAZZOTTI, A. J. *et al.* **Linguagens, espaços e tempos no ensinar e aprender**. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

_____. **Currículo e epistemologia**. Ijuí: UNIJUÍ, 2007.

LOPES, A. C. **Políticas de Integração curricular**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2008.

_____. Por que somos tão disciplinares? Dossiê. Área Temática: Educação Visual, Linguagens Visuais e Arte. Quelle: **ETD - Educação Temática Digital**, Campinas, v. 9, n. esp., p. 201-212, out. 2008a.

_____. Política de Currículo: Recontextualização e Hibridismo. **Currículo sem Fronteiras**, v. 5, n. 2, p. 50-64, Jul/Dez. 2005. Disponível em: <www.curriculosemfronteiras.org>. Acesso em: 03 de março de 2010.

_____. Políticas curriculares: continuidade ou mudança de rumos? **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, n. 26, p. 109-118, maio/ago. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n26/n26a08.pdf>>. Acesso em: 14 de abril, 2010a.

_____; MACEDO, E. O pensamento curricular no Brasil. In: LOPES, A. R. C.; MACEDO, E. (Orgs.). **Currículo**: debates contemporâneos. São Paulo: Cortez, 2002. p.13-54

_____; MACEDO, E. **Teorias de currículo**. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. Apresentação. In: LOPES, A. R. C.; MACEDO, E. (Orgs.). **Políticas de currículo em múltiplos contextos**. São Paulo: Cortez, 2006. p.7-12

MACEDO, E. Currículo e competência. In: LOPES, A. R. C.; MACEDO E. (Org.). **Disciplinas e integração curricular**: história e políticas. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p. 115-144

_____. Parâmetros curriculares nacionais: a falácia de seus temas transversais. In: MOREIRA, A. F. (Org.). **Currículo**: políticas e práticas. Campinas: Papirus, 1999.

McLAREN, P. O etnógrafo como um Flâneur pós-moderno: reflexividade crítica e o pós-hibridismo como engajamento narrativo. In: McLAREN, P. **Multiculturalismo revolucionário**: a pedagogia do dissenso para o novo milênio. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 83-117

MAIA, J. A. O currículo no ensino superior em saúde. In: BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. (Orgs.). **Docência em saúde**: temas e experiências. São Paulo: SENAC, 2004.

MAINARDES, J. A. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. In: **Educação e Sociedade**, São Paulo: Cortez; Campinas, CEDES, v. 2, n. 94, 2006.

MAINARDES, J.; MARCONDES, M. I. Entrevista com Stephen J. Ball: um diálogo sobre justiça social, pesquisa e política educacional. **Educação & Sociedade**, São Paulo: Cortez; Campinas, CEDES, v.30, n.106, p.303-318, jan./abr. 2009.

_____; STREMEL, S. A teoria de Basil Bernstein e algumas de suas contribuições para as pesquisas sobre políticas educacionais e curriculares. **Revista Teias**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 22, p. 1-24, maio/ago. 2010.

MARCONDES, E. Integração horizontal e vertical: os conjuntos de disciplinas na graduação médica. In: MARCONDES, E; GONÇALVES, E. (Orgs.). **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 115-129

MASETTO, M. T. Formação pedagógica dos docentes do ensino superior. **Revista Brasileira de Docência, Ensino e Pesquisa em Administração** – Edição Especial, Cristalina: GO, v. 1, n. 2, p. 04-25, Julho/2009.

_____. Inovação curricular no ensino superior. **Revista e-curriculum**, São Paulo, v.7, n.2, agosto/2011. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum>>. Acesso em: 07/04/2012.

MATOS, M. do C. de; PAIVA, E. V. de. Hibridismo e currículo: ambivalências e possibilidades. **Currículo sem Fronteiras**, v. 7, n. 2, pp.185-201, Jul/Dez 2007.

_____. **Currículo integrado e formação docente:** entre diferentes concepções e Práticas. Vertentes (UFSJ), v. 33, p. 124-138, 2009.

MEC – Ministério da Educação. Sistema e-MEC. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br>. Acesso em abr/2011.

MERHY, E. E.; ACIOLE, G. G. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em medicina. **Pro-Posições**, Campinas, SP, v. 14, n. 1(40), jan/abr. 2003.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2008

_____. *et al.* **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MOREIRA, A. F. Políticas de currículo: repercussões nas práticas. In: SANTOS, L. L. de C. P. *et al.* (Orgs.). **Convergências e tensões no campo da formação e do trabalho docente.** Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

_____; SILVA, T. T. (Orgs.). **Currículo, cultura e sociedade.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

_____; Sociologia do currículo: origens, desenvolvimento e contribuições. **Em Aberto.** Brasília, ano 9. n. 46. abr jun. 1990.

MORIN, E. **O desafio do século XXI:** religar os conhecimentos. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

_____. **A religação dos saberes:** o desafio do século XXI. 2. ed. São Paulo: Bertrand Brasil, 2002.

_____. **A cabeça bem-feita:** repensar a reforma, reformar o pensamento. 10. ed., Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

_____. **Educação e complexidade:** os sete saberes e outros ensaios. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NEVES, L. M. W. **Educação e política no Brasil de hoje.** São Paulo: Cortez, 1999.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 3(2): 5-21, 1994.

OLIVEIRA, N. A. de; *et al.* Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do PROMED. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, [online]. v. 32, n. 3, pp. 333-346, 2008.

OPITZ, S. P. *et al.* O currículo integrado na graduação em enfermagem: entre o ethos tradicional e o de ruptura. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS), jun; 29 (2):314-9, 2008.

ORVALHO, L. ALONSO, L. Estrutura modular nos cursos profissionais das escolas secundárias públicas: investigação colaborativa sobre mudança curricular. **Actas** do Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia, 10. Braga: Universidade do Minho, 2009.

OZGA, J. **Investigação sobre políticas educacionais**. Porto: Porto, 2000.

PACHECO, J. A. (org). **Políticas de integração curricular**. Porto Editora, LDA, Porto, Portugal, 2000.

_____. **Escritos curriculares**. São Paulo: Cortez, 2005.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, n. 32 (4), p.492 – 499, 2008.

PENIN, S, T. de S. Didática e cultura: o ensino comprometido com o social e a contemporaneidade. In: CASTRO, A. D.; CARVALHO, A. M. P. de (Orgs.). **Ensinar a ensinar**: didática para a escola fundamental e média. São Paulo: Pioneira, 2001.

PEREIRA, M. J. L.; COELHO, E. B. S.; DA ROS, M. A. (Orgs.). **Da proposta à ação**: currículo integrado do curso de graduação em Medicina da UFSC. Florianópolis, SC: UFSC, 2005.

PEREIRA, E. M. de A. Implicações da Pós-Modernidade para a Universidade. **Revista Avaliação**, ano 7, v. 7, n.1 mar/2002.

_____. Educação geral: com qual propósito? In: PEREIRA, E.M.de A. **Universidade e educação geral**: para além da especialização. Editora Alínea, Campinas, SP, 2007.

_____. Universidade e currículo: paradigmas e estruturação. In: ALMEIDA, M. de L. P de; PEREIRA, E. M de A (Orgs.). **Políticas educacionais de ensino**

superior no século XXI: um olhar transnacional. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2011.

PERIM, G. L. **Avaliação da educação superior:** uma realidade na educação médica. 2007. 363fs. Tese (Doutorado em Educação). UNICAMP, Campinas, SP.

PIAGET, J. La epistemologia de las relaciones interdisciplinarias. Em L. Apostel, G. Bergel, a. Briggs e G. **Michaud:** Intediscipliriedad. Problemas de la Enseñanza y de la investigación en las Universidades. 1a. reed. México: Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza superior, 1979. pp.153-171

PINAR, W. **Curriculum:** new identities. New York: Peter Lang, 1998.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

PIT, P. R. **As estratégias competitivas das universidades comunitárias:** um estudo de caso da UNOCHAPECÓ. 2005.181f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2005. Disponível em: <http://www.bc.furb.br/docs/TE/2005/296799_1_1.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2008.

PONDÉ, M. et al. Proposta metodológica para análise de dados qualitativos em dois níveis. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.16, n.1,jan.-mar. 2009, p.129-143.

POPKEWITZ, T. S. **Reforma educacional:** uma política sociológica de poder e conhecimento em educação. Trad. Beatriz Afonso Neves. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 294 p.

PRING, R. Knowledge out of control. **Education for Teaching**, Londres n. 89, p. 19-28, 1972.

RAMOS, M. N. Pereira. Currículo Integrado. In: BRASIL, I.; LIMA, J. C. **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2. ed. rev. ampl., Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

_____. Educação Profissional pela Pedagogia das Competências e a Superfície dos Documentos Oficiais. **Educação e Sociedade.** Campinas, v. 23, n. 80, setembro/2002, p. 401-422. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 09/08/2011.

Relatório do I Seminário Nacional do Pró- saúde II 1º Encontro Nacional dos Coordenadores do PET-Saúde 25 e 26 de março de 2009, Brasília – DF, 456p.

Relatório do II Seminário Nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró – Saúde, 29 e 30 de maio de 2008, Brasília – DF, 35p.

RIBEIRO, L. R. C. **Aprendizagem baseada em problemas**: uma experiência no ensino superior. 2. ed., São Carlos: EdUFSCar, v. 1, 151p., 2010.

RODRIGUES, R. M.; BAGNATO, M. H. S. Educação Superior em Enfermagem: formar para que competência? In: Seminário Nacional - Estado e Políticas Sociais no Brasil, 2003, Cascavel. **Anais Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil**. UNIOESTE/NEPPS/NIT, v.1, p.1 -15, 2003.

RODRIGUES, I. A UFSC na década de 1960: outras histórias.... In: NECKEL, R.; KÜCHLER, A. D. C. (Orgs.). **UFSC 50 anos**: trajetórias e desafios. Florianópolis: UFSC, 2010.

ROMANO, R. A. T. **Da reforma curricular à construção de uma nova práxis pedagógica: a experiência da construção coletiva de um currículo integrado**. 1999. 197f. Tese (Mestrado do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde). UFRJ, Rio de Janeiro.

SANCHEZ VASQUEZ, A. **Filosofia de la práxis**. México: Grijalbo, 1967.

SANTA CATARINA. Relatório da Oficina Estadual FNEPAS – SANTA CATARINA. **Integralidade e qualidade na formação e nas práticas em saúde**: estratégias de ações no Estado de Santa Catarina, 2007. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/relatorio_oficina_sc2007.pdf/>. Acesso em: 15 de julho de 2009.

SANTOS, B de S. A Universidade no Século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória. In: SANTOS, B de S; ALMEIDA FILHO, N. de A. **A universidade no século XXI**: para uma universidade nova. Coimbra: Edições, Almedina, 2008.

SANTOS FILHO, J.C.dos. Educação geral na universidade como instrumento de preservação da herança cultural, religação de saberes e diálogo de culturas. In:PEREIRA, E. M. de A. **Universidade e educação geral**: para além da especialização. Editora Alínea, Campinas, SP, 2007.

SANTOS, K. S. A UFSC sob o regime militar: do Centro de Estudos Básicos aos Movimentos Estudantis. In: NECKEL, R.; KÜCHLER, A. D. C. (Orgs.). **UFSC 50 anos: trajetórias e desafios**. Florianópolis: UFSC, 2010.

SANTOS, L. L. de C. P. Bernstein e o campo educacional: relevância, influências e incompreensões. **Caderno de Pesquisa**. São Paulo, [online]. n.120, pp. 15-49, 2003.

SCHWAB, J. J. Science, curriculum and Liberal Education. In: WESTBURY, I.; WILKOF, N. **Chicago The University of Chicago Press**. Chicago, 1978.

SHIROMA, E. O.; MORAES, M. C. M. de; EVANGELISTA, O. **Política educacional**. 4. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007.

SILVA, T. T. da. **Identidades Terminais**: as transformações na política da pedagogia e na pedagogia da política. Petrópolis/RJ: Vozes, 1996.

_____. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

SIQUEIRA, B. P. Formação do médico geral: a experiência da Faculdade de Medicina da UFMG. **Divulgação Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, Cebes, p. 29-34, 1991.

_____. **Cinaem**: um pouco de sua história Cadernos ABEM, Rio de Janeiro, v. 2, Junho de 2006.

SISSON, M. C. Integração ensino e serviços em Florianópolis. In: PEREIRA, M. J. L.; COELHO, E. B. S.; DA ROS, M. A. (Orgs.). **Da proposta à ação**: currículo integrado do curso de graduação em Medicina da UFSC. Florianópolis, SC: UFSC, 2005.

SOBRAL, D.T. Três casos de inovação curricular no panorama recente (1964-1988) da educação médica brasileira: subsídios de um retrospecto baseado na revisão de documentos, **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1/3, p. 11-17, 1991.

SOUZA JÚNIOR, M. & GALVÃO, A. M. O. História das disciplinas escolares e história da educação: algumas reflexões. *Educação e Pesquisa*. São Paulo, v. 31, n. 3, p. 391-408, set./dez. 2005.

SOUZA, P. Repercussões do programa de incentivo às mudanças Curriculares nos cursos de medicina (PROMED) nas Escolas médicas. 2010. 167f. Tese (Doutorado em área), Unicamp, Campinas.

SOUZA, P. A de; COELHO, E. B. S; TREVISAN, E. M. B. M. Interação comunitária: um desafio em construção. In: PEREIRA, M. J. L.; COELHO, E. B. S.; DA ROS, M. A. (Orgs.). **Da proposta à ação**: currículo integrado do curso de graduação em Medicina da UFSC. Florianópolis, SC: UFSC, 2005

_____; ZEFERINO, A. M. B.; DA ROS, M. A. Currículo integrado: entre o discurso e a prática. **Revista Brasileira de Educação Médica**. [online]. Rio de Janeiro, v. 35, n.1, pp. 20-25, 2011.

STELLA, R. C. de R.; CAMPOS, J. J. B. de. Histórico da construção das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em medicina no Brasil. **Cadernos ABEM**, Rio de Janeiro, v. 2 , Junho, 2006.

TEITELBAUN, K.; APPLE, M. Clássicos: John Dewey. **Currículo sem Fronteiras**, v.1, n. 2, pp. 194-201, Jul/Dez 2001. Disponível em: <<http://www.curriculosemfronteiras.org/classicos/teiapple.pdf>>. Acesso em: 30 de maio de 2011.

TORRES SANTOMÉ, J. **Globalização e Interdisciplinariedade**: o currículo Integrado. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda, 1998.

TRONCON L.E.A. Prefácio in: AMORIN, D. de S. **Abraham Flexner**: modelo de educador, a burocracia e a filantropia. Ribeirão Preto: Holos, Editora, 2012.

TRONCON L.E.A. Ensino clínico na comunidade. **Medicina**, Ribeirão Preto, 32: 335-344, jul./set. 1999.

UFSC. **Projeto Pedagógico do Curso**. 2005. (mimeo)

_____. **Plano de Desenvolvimento Institucional 2010-2014**. Versão homologada pelo Conselho Universitário em 8 de dezembro de 2009. Correções finalizadas em 8 de março de 2010, Florianópolis, 2009.

UNOCHAPECÓ. Universidade Comunitária Regional de Chapecó - Reitoria. Centro de Ciências da Saúde. Curso de graduação em medicina. **Síntese do Projeto do curso de graduação em medicina com respectivo projeto político pedagógico**, Chapecó, 2005.

_____. Universidade Comunitária Regional de Chapecó - Reitoria. **Regimento Geral da Universidade Comunitária da Região de Chapecó**. Unochapecó. Resolução n. 35/CONSUN/2010, Chapecó, 2010.

_____. Universidade Comunitária Regional de Chapecó - Reitoria. Centro de Ciências da Saúde. Curso de graduação em medicina. **Projeto de Reconhecimento do curso de graduação em medicina**, Chapecó, 2011.

VASCONCELLOS, C. dos S. **Planejamento**: plano de ensino-aprendizagem e projeto educativo. São Paulo: Libertad, 1995.

VEIGA-NETO, A. J. **A ordem das disciplinas**. 1996. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

VIANNA, C. M. de M. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. **Physis**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p.375-390, dez/2002.

WILLIAMS, R. **The long revolution**. London: Harmondsworth / Penguin Books, 1984.

ZABALA, V. A. **Enfoque globalizador e pensamento complexo**: uma proposta para o currículo escolar. Porto Alegre: ArtMed, 2002.

ZABALA, A. **A prática educativa**: como ensinar. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda., 1998.

ZABALZA, M. A. **O ensino universitário, seu cenário e seus protagonistas**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ZEFERINO, A. M. B.; BARROS FILHO, A. de A. Capacitação docente: experiência da pós graduação em saúde da criança e do adolescente com a disciplina Pedagogia Médica e Didática Especial na FMC/Unicamp. In: BATISTA, N.A; BATISTA, S. H. (Orgs.). **Docência em saúde**: temas e experiências. São Paulo: SENAC, 2004.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE

1. Identificação do Projeto de Pesquisa

Título do Projeto: *A Recontextualização no Processo de Construção do Currículo Integrado na Área Médica*

Área do Conhecimento: currículo

Curso: Doutorado em Educação- UNICAMP

Nome Pesquisador: Marcia Regina Selpa de Andrade

Nome Orientador: Maria Helena Salgado Bagnato

2. Identificação do Pesquisador Responsável

O pesquisador abaixo se responsabilizará em fazer a entrevista e fará a apresentação do TCLE e a obtenção do consentimento

Nome: Marcia Regina Selpa de Andrade	CPF: 61962740900
Endereço: Rua Heloy Dalsasso, 222	Cidade: Blumenau - SC
Bairro: Itoupava Seca	CEP: 89030230
Telefone: 47 (91370407)	E-mail: selpa@furb.br

3. Identificação do Sujeito Pesquisado

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima identificado, respondendo perguntas e expressando sua percepção de forma voluntária. O documento abaixo contém informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir, a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Obs: Após o consentimento, o sujeito pesquisado deverá assinar o Termo em duas vias, ficando uma cópia para o pesquisador responsável e outra para o colaborador.

Nome:	
E-mail:	
Graduação:	Local:
Pós graduação:	Local:
Área de atuação :	
Ano de ingresso como docente nesta Instituição	
Qual o vínculo de contratação com a instituição:	

Eu, sujeito da pesquisa, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do projeto de pesquisa acima identificado. Discuti com o pesquisador responsável sobre a minha decisão em participar e estou ciente que

1. O objetivo desta pesquisa é analisar o processo de construção e recontextualização do currículo integrado em dois cursos de graduação de Medicina das seguintes Universidades: Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC e a Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ.

2. A opção de investigar propostas curriculares inovadoras no curso de Medicina **justifica-se** por ser um dos cursos da área da saúde que historicamente concebeu seus currículos numa perspectiva tradicional, porém na última década vem propondo mudanças nessa área.
3. O **procedimento para coleta de dados** será através de entrevista semi-estruturada a partir de um roteiro guia com as questões norteadoras.
4. Os **benefícios** esperado além da compreensão do processo de construção da proposta de currículo integrado na área médica em duas instituições de ensino, identificando suas principais características, contribuir para qualificar as propostas de mudança nos cursos de área médica.
5. Em relação a qualquer **desconforto** poderei me manifestar durante a entrevista.
6. A **minha participação** neste projeto tem como objetivo contribuir com as informações do meu conhecimento e/ou experiência em relação as questões que serão abordadas.
7. Poderei consultar o **pesquisador responsável** (acima identificado), sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo.
8. Tenho a liberdade de desistir ou de **interromper a colaboração** nesta pesquisa no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A minha desistência não causará nenhum prejuízo à minha identidade.
9. **Privacidade:** as informações e declarações obtidas durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados os resultados em publicações científicas.
10. Permito a **gravação** da minha entrevista para uso exclusivo desse estudo.

Declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual teor (conteúdo) e forma, ficando uma em minha posse.

_____ (), _____ de _____ de _____.

Pesquisador Responsável pelo Projeto

Sujeito da pesquisa e/ou responsável

Testemunhas:

Comitê de Ética em Pesquisa/FCM/UNICAMP.
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP 13083-887 Campinas – SP
Fone (019) 3521-8936 Fax (019) 3521-7187 e-mail: cep@fom.unicamp.br