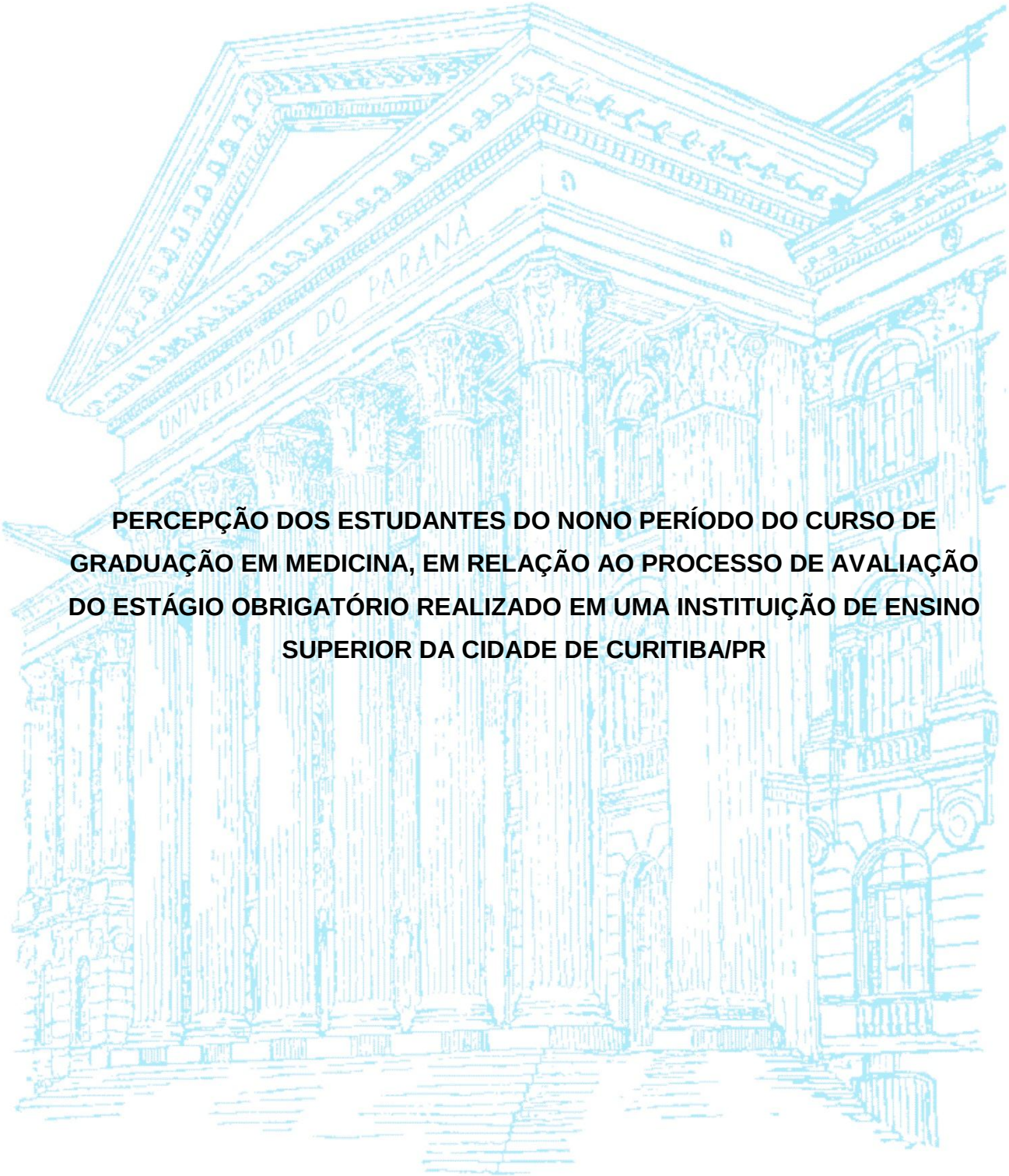
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
MARIA VALÉRIA DA COSTA



PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DO NONO PERÍODO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA, EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO REALIZADO EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DA CIDADE DE CURITIBA/PR

CURITIBA
2017

MARIA VALÉRIA DA COSTA

PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DO NONO PERÍODO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA, EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO REALIZADO EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DA CIDADE DE CURITIBA/PR

Tese de Doutorado, apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Medicina Interna, Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna, Setor de Ciências de Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Professor Dr. Dante Luiz Escuissato

Coorientadora: Professora Drª. Tânia Maria Baibich

CURITIBA

2017

Costa, Maria Valéria da
C837 Percepção dos estudantes do nono período do curso de graduação em medicina, em relação ao processo de avaliação do estágio obrigatório realizado em uma instituição de ensino superior da cidade de Curitiba/PR / Maria Valéria da Costa. - Curitiba, 2017.
229 f.: il., grafs.

Orientador: Dante Luiz Escuissato
Coorientadora: Tânia Maria Baibich
Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências de Saúde, Curso de Pós-Graduação em Medicina Interna.

1. Estágio. 2. Medicina – Ensino Superior. 3. Medicina - Estudo e ensino. 4. Estudante de medicina. I. Escuissato, Dante, Luiz. II. Baibich, Tânia Maria. III.Título. IV. Universidade Federal do Paraná.
CDD 610.7

PARECER

Aos vinte e oito dias do mês de julho do ano de dois mil e dezessete, a banca examinadora constituída pelos Professores: **Dra. Joana Paulin Romanowski (PUC-Pr), Dra. Claudete Reggiani (Depto. Tocoginecologia/UFPR), Dra. Ruth Maria Graf (Depto. de Clínica Cirúrgica/UFPR), Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque (Depto. Saúde Comunitária/UFPR) e Dr. Dante Luiz Escuissato (Depto. de Clinica Médica/UFPR) - orientador,** exarou o presente parecer sobre a tese de doutorado elaborada por **MARIA VALÉRIA DA COSTA,** aluna concluinte do **Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna – Mestrado e Doutorado da Universidade Federal do Paraná,** intitulada: **"PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DO NONO PERÍODO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA, EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO REALIZADO EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DA CIDADE DE CURITIBA/PR".** A Banca examinadora considerou que a aluna apresentou trabalho adequado para tese, e o defendeu com segurança e propriedade nas argüições que lhe foram feitas de modo a merecer a sua **aprovação,** sendo recomendado à Universidade Federal do Paraná que lhe seja concedido o título de **Doutora em Medicina Interna.** A banca considerou o trabalho de grande relevância à Saúde Pública, e recomendam a publicação de artigo em revista técnico-científica com corpo editorial depois de incorporadas às sugestões apresentadas no decurso das argüições, cumpridas outras exigências previstas em normativas da pós-graduação.

Dra. Joana Paulin Romanowski

Dra. Claudete Reggiani

Dra. Ruth Maria Graf

Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque

Dr. Dante Luiz Escuissato

DEDICATÓRIA

O amor é o sentimento mais singelo que o ser humano pode expressar.

E amor que eu sinto pelas pessoas às quais dedico este trabalho são a minha família. Especialmente a minha mãe, pessoa humilde, possuidora de uma inteligência ímpar, incentivadora dos estudos para todos os seus cinco filhos e três netos. Minha mãe que passou noites em claro ao meu lado, para que eu não desistisse de formar-me no ofício árduo do magistério, seu grande sonho, e que me trouxe à docência na Universidade Federal do Paraná.

Porém foi o meu irmão mais velho, Moacir, que me estendeu a mão para que eu pudesse iniciar os estudos em uma Universidade privada. Á você meu irmão tímido, retraído, que ri sem que os outros percebam, que reclama, mas não se furta a ajudar quem solicita seu auxílio, pois assim aconteceu comigo e com outras pessoas EU LHE DEDICO ESTE TRABALHO. Não haverá tempo nesta vida para eu retribuir o que fez por mim. Muitíssimo obrigada.

Dedico aos meus irmãos Marcos, Mônica, Marlon, Gislaine (uma irmã de coração) que com seu afeto também foram incentivadores durante o meu processo de formação humana e acadêmica.

As lágrimas banham minha face ao dedicar este trabalho ao meu pai Venâncio da Costa (in memorian) que tão precocemente nos deixou, mas que não há um só dia que eu deixe de lembrar dele. Tenho certeza que apesar de tudo, sentiria orgulho do seu “pingo”, como carinhosamente me chamava. Obrigada pai por “ter-nos empurrado” para o mundo, nos ensinado a buscar com garra aquilo que queríamos. Esteja bem, e saiba que a saudade que sinto é imensa!

Meu querido Luiz Antonio, eu consegui! Não sei se outro marido tão querido como você foi, e é, suportaria tudo o que eu enfrentei para realizar este trabalho. Eu te amo e são suas também cada página escrita aqui.

Dedico finalmente esta tese, para o “meu laço de fita”, minha filha amada, desejada e querida Sarah. Que suportou a ausência, os altos e baixos emocionais desta mãe, para lhe servir como exemplo de perseverança e resiliência. Que mesmo não acreditando em si, foi em frente. Tenha minha filha para todo o sempre essa

parte da história da sua vida: quando sua mãe escreveu a tese, e você ia colocá-la para dormir, dar o beijo de “tchau” e não ao contrário. E que nunca esquecia de desejar “bom trabalho mãe”, e perguntar ao retornar da escola: “e aí, está terminando?”

Filha amada, guarde consigo, em suas lembranças este período, tenho certeza que lhe servirão quando você trilhar seu caminho acadêmico...

AGRADECIMENTO

Deus e Nossa Senhora do Perpétuo Socorro foram meus alicerces nesta jornada. Para mim, caminhar sem fé é um caminhar solitário. Escrever é solitário...por isso OBRIGADA meus companheiros!

Sem dúvida meu grande companheiro de vida e também de fé, meu marido Luiz Antonio merece meu agradecimento. Pois além de Marido, foi “dono de casa”, profissional, companheiro e professor para nossa filha Sarah, que tantas vezes ficou sem a minha presença e suportou com amor, e carinho meus momentos de angústia com um leve beijo de bom trabalho, ou de boa noite, um doce de filha que em momento algum reclamou a minha ausência pois compreendeu em sua delicadeza de menina que este é um trabalho importante para a nossa família.

Meu orientador professor Dr. Dante Luiz Escuissato que com seu carinho, meiguice e sabedoria, me levantou quando no momento mais difícil, pensei em desistir. Obrigada pelos ensinamentos e acolhida!

Agradeço imensamente à minha coorientadora professora Dra. Tânia Maria Baibich, que foi minha professora no primeiro ano da graduação em Psicologia, participou da Banca de Defesa da minha dissertação de Mestrado e quando a convidei para fazer parte desta jornada se colocou à disposição com enorme carinho. E com esse carinho me acolheu, corrigiu, ouviu meus lamentos e secou mesmo que de longe minhas lágrimas, para esta, não só agradeço, mas a terei como um eterno alicerce cuja força creio que até ela desconhece que possui. Muito obrigada!

Obrigada ao Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna em aceitar meu projeto não sendo da área da saúde, eu, uma desconhecida. À Secretária Valéria que tantas vezes foi “uma querida” atendendo as solicitações de forma tão carinhosa.

Nesses quatro anos de estudos fiz muitos colegas, do Mestrado e do Doutorado. Mas uma pessoa em especial ficará marcada carinhosamente em minha vida, meu amigo João Francisco Kastner Negrão, pelo apoio. Amigo, te levarei no meu coração sempre!

Podemos até não lembrar de quem partilhou nossa alegria, mas jamais esquecemos quem chorou diante de nossa dor...

Valdemar Augusto Angerami-Camon

RESUMO

O estágio apresenta-se como oportunidade de aprendizagem fundamentada na prática. Seu processo de avaliação nos cursos de graduação ocorre com a utilização de instrumentos disponibilizados por agências que intermediam a relação estudante, ou desenvolvidos pelo próprio curso, cuja finalidade é avaliar o desempenho do estagiário e/ou manter aquele local como campo de estágio ou não. **Objetivo**: avaliar a percepção dos estudantes que concluíram o estágio do 9° (nono) período do curso de medicina de uma Instituição de Ensino Superior de Curitiba/PR. **Metodologia**: trata-se de um trabalho do modelo do tipo estudo de caso com levantamento descritivo de natureza qualitativa, e análise de conteúdo; os estudantes/estagiários do 9° (nono) período, do 2°. semestre do letivo do ano de 2015 do curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior da cidade de Curitiba/PR, responderam a perguntas estruturadas sob a forma de questionário, **Resultados**: a percepção dos estudantes/estagiários quanto a avaliação do estágio curricular realizada é que a mesma ocorre de maneira quantitativa e que necessita de clareza quanto aos objetivos das metodologias utilizadas para a sua realização; bem como há a necessidade de maior esclarecimentos sobre as competências e habilidades que devem ser mobilizadas e avaliadas durante a realização do estágio obrigatório. **Considerações finais e sugestões**: os estudantes/estagiários que realizaram o estágio obrigatório, explicitaram em suas respostas a necessidade de receberem um retorno sobre o seu desempenho prático durante ou após a realização do estágio obrigatório, além da necessidade da presença física do professor/supervisor/preceptor para se sentirem mais confiantes em seu processo de formação profissional, nos locais de realização do estágio. Portanto, a mobilização e avaliação das competências serão possíveis com a interação entre os sujeitos que atuam no campo de estágio, que é uma das bases do processo ensino-aprendizagem, sem desconsiderar os conteúdos didáticos que precisam adquirir para o exercício profissional.

Palavras-chave: Avaliação. Estágio. Ensino Médico. Ensino Superior.

ABSTRACT

The internship can be exercised in compulsory and non-compulsory modalities under the supervision of preceptors in the university courses, which learning environments are the places of the educational institution itself or external organizational environments. The internship represents a learning opportunity based on practice. The evaluation of the traineeship process in undergraduate courses uses instruments available to the agencies that intermediate the relationship between the student and the employer in order to evaluate the performance of the trainee and/or maintain that place as an internship field or not, as well as documents elaborated by the undergraduate courses aiming only the evaluation of the students' learning. **Objective**: evaluation from the students' perception at the end of the 9th (ninth) period of the medical course of a University Institution of Curitiba/PR. **Methods**: This is a case study work with a descriptive survey with a qualitative nature and content analysis. Participants answered structured questions in the form of a questionnaire. The participants were students/trainees of the 9th academic semester in the second half of the year of 2015 of the medical course of a University Institution of Curitiba / PR. **Results:** The students / trainees' perception regarding the evaluation of the curricular internship is that the evaluation occurs in a quantitative way and needs clear objectives as to the methods used to carry out the evaluation, as well as the skills and abilities evaluated during the compulsory internship. **Final Comments and Suggestions:** The students/trainees who completed the compulsory traineeship explained in their answers the need for a more direct teacher/ supervisor/preceptor approach and thus to feel more confident on their professional skills. Therefore, the mobilization and evaluation of competencies will be possible with the interaction between the students/trainees and those who evaluate them, which is the fundamental basis of the teaching-learning process, without disregarding the didactic contents to be acquired for the professional exercise.

Keywords: Evaluation. Traineeship. Medical teaching. Higher education.

.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 19
1.1 CONTEXTO E JUSTIFICATIVA 21
1.2 PRESSUPOSTO 22
1.3 OBJETIVO GERAL 22
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 22
1.5 MATERIAL E TÉTODOS 23
2 REVISÃO SISTEMÁTICA 26
2.1 O ENSINO SUPERIOR E SEUS AGENTES NO PROCESSO DA FORMAÇÃO ACADÊMICA 26
2.2 A INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR COMO CENTRO DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO 29
2.2.1 O crescimento da Educação Superior 32
2.2.2 O Ensino Superior privado 33
2.3 O SABER DOCENTE E O SABER DISCENTE NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM 38
2.3.1 A docência no Ensino Superior 39
2.3.2 O saber discente 49
3 O MÉDICO: PROTAGONISTA NO SEU TEMPO 51
3.1 CONCEITO DE SAÚDE 53
3.2 O INÍCIO DA MEDICINA E SUA RELAÇÃO COM O PACIENTE 58
3.3 A CLÍNICA MÉDICA 63
4 MARCO CONCEITUAL DA EDUCAÇÃO MÉDICA 67
4.1 REFLEXÃO DO PENSAMENTO CLÍNICO DE FOUCAULT E O MODELO BIOPSICOSSOCIAL DE ABRAHAM FLEXNER 70
4.1.1 Abraham Flexner: o surgimento do Relatório sobre a educação médica 71
4.1.2 O modelo flexneriano e as práticas médicas atuais: críticas e reflexões 74
4.1.3 O ensino médico: uma visão do século XX e sua mudança para o século XXI 81
4.2 A EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL: DO PARADIGMA TRADICIONAL DE ENSINO ÀS MUDANÇAS PARA A TRANSFORMAÇÃO 94
5 LEGALIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ESTÁGIO NO BRASIL 100

5.1 A IMPORTÂNCIA DO ESTÁGIO NO PROCESSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL 104
5.2 OS CONTEÚDOS DA FORMAÇÃO 109
5.3 AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DE ESTÁGIO 111
5.3.1 Construção de um instrumento de coleta de dados 118
5.4 O PAPEL DO ESTÁGIO NA FORMAÇÃO ACADÊMICA 121
6 ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE CURITIBA 125
6.1 CRONOLOGIA DA INSTITUIÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA O CURSO DE MEDICINA 125
6.2 A CONSTRUÇÃO DA REFORMA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE CURITIBA PESQUISADA, A PARTIR DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PEBLICADAS EM 2010 126
6.2.1 Perfil profissional formado pela Instituição de Ensino Superior de Curitiba pesquisada 131
6.2.2 Organização didático-pedagógica do Curso de Medicina 132
6.2.2.1 O processo de estágios do curso de medicina 138
6.2.2.2 Metodologia de avaliação do curso de medicina 139
6.3 NORMAS PARA AS DISCIPLINAS DE ESTÁGIO DO CURSO DE MEDICINA DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR PESQUISADA . 140
6.4 A CONSTRUÇÃO DO CURRÍCULO 143
6.4.1 A Teoria Tradicional 145
6.4.2 Teoria Crítica. 147
6.4.3 Teoria Pós-Crítica 149
6.5 O ENSINO POR COMPETÊNCIAS 152
6.6 AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS 157
7 MATERIAL E MÉTODOS 166
8 RESULTADOS 173
8.1 ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ESTUDANTES/ESTAGIÁRIOS DO NONO PERÍODO DO CURSO DE MEDICINA DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE CURITIBA 173
8.1.1 Amostra dos estudantes/estágios que responderam o questionário 173

8.2 SEGUNDA SEÇÃO DO QUESTIONÁRIO APLICADO: AVALIAÇÃO DURANTE O ESTÁGIO OBRIGATÓRIO 174
8.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS PELOS PROFESSORES: A PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTESSOBRE A FICHA DE AVALIAÇÃO CONTIDA NO PROJETO CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO PESQUISADA. 180
8.4 AVALIAÇÃO E RETORNO DA PRÁTICA DURANTE O ESTÁGIO OBRIGATÓRIO: AS COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS 190
9 CONCLUSÃO 201
REFERÊNCIAS 206
APÊNDICE1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 220
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 223
ANEXO 1 – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVOLVENDO SERES HUMANOS 227

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - MODELO PARA A ANÁLISE DA UNIVERSIDADE 26

FIGURA 2 - FUNDAMENTOS, ESTRUTURA E PROCESSO DA FORMAÇÃO DE PROFESSORES 41

FIGURA 3 - MODELO DE MUDANÇAS DO PROFESSOR 43

FIGURA 4 - THE DOCTOR (1891) 51

FIGURA 5 - ABRAHAM FLEXNER (1866-1959) 73

FIGURA 6 - ESQUEMA DO MARCO TEÓRICO DA EDUCAÇÃO MÉDICA (1972) 87

FIGURA 7 - RELAÇÕES EXTERNAS DO MARCO CONCEITUAL DA EDUCAÇÃO MÉDICA EM PAÍSES INDEPENDENTES (1997) ... 89

FIGURA 8 - MEDICINA CLÁSSICA ATÉ MEADOS DO SÉCULO XVII 92

FIGURA 9 - MEDICINA MODERNA (Final do século XVIII, século XIX e XX) 93

FIGURA 10 - OS AGENTES DO ESTÁGIO 106

FIGURA 11 - FICHA DE AVALIAÇÃO DAS DISCIPLINAS DE ESTÁGIO 141

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO DO NÚMERO DE MÉDICOS E DA RAZÃO MÉDICO/1.000 HABITANTES, ENTRE 1980 E 2015 – BRASIL, 2015 84

GRÁFICO 2 - GÊNERO DOS ESTUDANTES/ESTAGIÁRIOS PESQUISADOS 147

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - HISTÓRICO DA REGULAMENTAÇÃO DO ESTÁGIO NO BRASIL 100

QUADRO 2 - ESTRUTURA DA FORMAÇÃO 110

QUADRO 3 - ESTRUTURAÇÃO CURRICULAR DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO DO 9° PERÍODO DO CURSO DE MEDICINA DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE CURITIBA 123

QUADRO 4 - CARGA HORÁRIA DIDÁTICA DO CURSO DE MEDICINA 134

QUADRO 5 - PERIODIZAÇÃO RECOMENDADA PARA O CURSO DE MEDICINA 134

QUADRO 6 - FREQUÊNCIA DE IDADE DOS ESTUDANTES/ESTAGIÁRIOS QUE RESPONDERAM O QUESTIONÁRIO 173

QUADRO 7 - CONSIDERAÇÕES DOS ESTUDANTES SOBRE A AVALIAÇÃO REALIZADA DURANTE O ESTÁGIO OBRIGATORIO 175

QUADRO 8 - CLASSIFICAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM DURANTE A REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO 180

QUADRO 9 - ASPECTOS IMPORTANTES QUE SÃO CONTEMPLADOS NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO NA PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES/ESTAGIÁRIOS 180

QUADRO 10 - COMO OS ESTUDANTES PESQUISADOS SE SENTEM EM RELAÇÃO AO RESULTADO DAS AVALIAÇÕES REALIZADAS DURANTE O ESTÁGIO OBRIGATÓRIO 184

QUADRO 11 - PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES EM RELAÇÃO AO RESULTADO DAS AVALIAÇÕES REALIZADAS DURANTE O ESTÁGIO OBRIGATÓRIO..... 185

QUADRO 12 - PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES QUANTO A FREQUÊNCIA DA AVALIAÇÃO DE ALGUMAS HABILIDADES E COMPETÊNCIAS DO PROFISSIONAL MÉDICO 190

QUADRO 13 - PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES EM RELAÇÃO À DEVOLUTIVA DE SEU DESEMPENHO DURANTE OU APÓS A REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO 196

QUADRO 14 - PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES QUANTO A NECESSIDADE DE HAVER UM ESPAÇO NA FICHA DE AVALIAÇÃO PARA EXPOR SUAS CONSIDERAÇÕES SOBRE SI OU SOBRE O ESTÁGIO 196

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP - Aprendizagem Baseada em Problemas

ABS - Atenção Básica em Saúde

AFF - Atividades Formativas Flexíveis

AMEE - Associação Europeia de Educação Médica

Anasem - Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina

ANDES - Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições do Ensino Superior

BIREME - Biblioteca Regional de Medicina

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

CEFET - Centro Federal de Educação Tecnológica

CEMU - Centros de Especialidade Médica

CES - Câmara de Educação Superior

CFM - Conselho Federal de Medicina

CIEE - Centro Integração Empresa Escola

CNAS - Conselho Nacional de Assistência Nacional

CNE - Conselho Nacional de Educação

CNI - Conselho Nacional da Indústria

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação

EAD - Ensino à Distância

ENEM - Exame Nacional do Ensino Médio

EUA - Estados Unidos da América do Norte

Fiep - Federação das Indústrias do Estado do Paraná

HU - Hospital Universitário

IEL - Instituto Euvaldo Lodi

IES - Instituição de Ensino Superior

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Social

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira

LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MEC - Ministério da Educação e Cultura

NBS - Necessidades Básicas de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

OSCE - Objective Structured Clinical Examination

PCN - Parâmetros Curriculares Nacionais

PBL - Problem Based Learning

PDE - Plano de Apoio de Desenvolvimento da Educação

PL - Projeto de Lei

PP - Plano Pedagógico

PROUNI - Programa Universidade para Todos

PubMed - Publicações da Área da Saúde

RC - Reforma Curricular

REUNI - Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

SENAI - Serviço Nacional da Indústria

SESI - Serviço Social da Indústria

SINAES - Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

TLC - Termo Livre de Consentimento

UAB - Universidade Aberta do Brasil

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UPP - Unidade de Prática Profissional

1 INTRODUÇÃO

Nos cursos de graduação encontramos diversos trabalhos científicos sobre temas que buscam a melhora do processo ensino-aprendizagem como a relação professor-aluno, as discussões acerca da construção do currículo com a participação dos agentes que compõem o cenário universitário, as reformas do ensino superior e suas consequências, entre outros.

O tema estágio (obrigatório ou não obrigatório), entra na pauta destas discussões – dos colegiados dos cursos – com a formalidade de cumprir uma determinada carga horária.

Porém, como veremos neste trabalho o estágio como processo de formação profissional em que se articulam conhecimentos teóricos e práticos para o aprendizado de atuação profissional, uma atuação que se compõe a conquista, portanto uma iniciação profissional realizada sob a égide da formação acadêmica nos cursos de graduação. É o momento no qual o estudante coloca em prática os ensinamentos que recebeu, mobilizando suas competências habilidades para o exercício profissional para o qual foi preparado independente do curso estudado.

Assim, não basta que a realização do estágio figure nos documentos oficiais. É necessário que saibamos como o processo está ocorrendo para que este seja desenvolvido com qualidade e de acordo com as demandas dos sujeitos que dele participam.

Atuando como docente em uma Instituição de Ensino Superior (IES), e fazendo parte da Comissão Orientadora de Estágio de um curso de graduação, percebemos que o conjunto de documentos que integram a normalização da atuação do aluno estagiário nas instituições parceiras da universidade, intituladas “instituições concedentes”, nos Termos de Convênio e Compromisso, constantes na Lei que regulamenta os estágios no Brasil, autoriza às IES desenvolverem suas próprias normas e formas de avaliação. Assim, se verifica a inexistência de um documento específico que avalie o processo de estágio como um todo nas modalidades obrigatório ou curricular e não obrigatório, o qual possibilite proceder mudanças e melhorias nas habilidades que beneficiem os estudantes no que se refere à atuação em ambiente condizente com a prática que de fato encontrarão ao saírem da universidade.

Conforme estabelece a Lei n. 11788/ 2008 o estágio de estudantes no Brasil:

> a) ‘é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação pra o trabalho produtivo e educativo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior [...]’.
> b) ‘faz parte do projeto pedagógico do curso, além de integrar o itinerário formativo do educando. [...] visa o aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular para a vida cidadã e para o trabalho’.
> c) ‘poderá ser obrigatório ou não obrigatório, conforme determinação das diretrizes curriculares da etapa, modalidade e área de ensino e do projeto pedagógico do curso. [...] obrigatório é aquele definido como tal no projeto do curso, cuja carga horária é requisito para aprovação e obtenção de diploma. [...] não obrigatório é aquele desenvolvido como atividade opcional, acrescida à carga horária regular e obrigatória’ (ZABALZA, 2014, p. 38).

A aplicação do que está posto na Lei – e também no plano curricular de cada curso de graduação – não garante que o estágio apresentará a eficácia que se espera dele. De acordo com Zabalza (2014, p. 266):

> [...] interessa esclarecer o que podemos exigir do estágio. Uma questão essencial para que ele não se restrinja a uma experiência marginal, ou que possamos pensar que já é suficiente mandar os alunos fazerem as práticas e, sem maior planejamento, o programa já terá cumprido seus objetivos. [...] um bom estágio requer planejamento e avaliação.

Assim, não nos preocupamos apenas com a aplicação rigorosa das normas ou diretrizes técnicas; mas ao contrário, objetivamos “propor a melhoria de um programa que traz consigo a necessidade de partir de algum modelo ou consideração em torno da qualidade (teórica ou desejável) desse programa” (ZABALZA, 2014, p. 267).

Essa inquietação levou-nos a considerar qual é a percepção que o estudante/ estagiário tem quanto ao estágio e a utilização dos instrumentos que avaliam esse processo como um todo. Nesse sentido, indagamos: 1) a aplicação prática dos conhecimentos teóricos adquiridos; 2) aliada à mobilização de competências, do domínio de técnicas específicas da formação do profissional médico e do comportamento ético, 3) assim como o local de realização dos procedimentos em si, contribuem para o diagnóstico do processo ensino-aprendizagem, além de fornecer um retorno para o docente de tudo o que foi realizado e avaliado, auxiliando no

processo de formação profissional e melhorando o processo de avaliação do estágio?

Ao falarmos em processo avaliativo, remetemo-nos à avaliação que ocorre durante qualquer curso de graduação e/ou formação profissional.

Referimo-nos especialmente aos estudantes do curso de medicina de: 1) uma Instituição de Ensino Superior de Curitiba, em um cenário mundial de mudanças de posturas culturais/sociais, que se refere ás produções de pesquisas; 2) de políticas públicas de toda ordem (inclusive sobre as instituições educacionais); 3) de tecnologias (sua inserção e uso dentro e fora do ambiente educacional, para o qual nem todos estavam e ainda estão preparados) e 4) do próprio ser humano, que tomou consciência da sua responsabilidade de deliberar sobre seus desejos e anseios nas dimensões anteriormente citadas.

1.1 CONTEXTO E JUSTIFICATIVA

Nossa proposta para esta pesquisa nasceu da relevância social do estágio que, em cursos de graduação, pode ser exercido nas modalidades obrigatório e não obrigatório, ambos sob supervisão docente (direta ou indireta, de acordo com o regulamento de cada curso de graduação) e tem como local de realização o espaço da própria Instituição de Ensino ou um ambiente organizacional externo.

O estágio é uma oportunidade de aprendizagem fundamentada na prática (daí a necessidade da supervisão de um profissional). A avaliação do processo – mais tarde explicaremos o que compreendemos como processo – de estágio nos cursos de graduação ocorre com a utilização de instrumentos disponibilizados pelas agências que intermediam a relação estudante empresa (no exemplo da cidade de Curitiba as instituições Instituto Euvaldo Lodi (IEL) e Centro Integração Empresa Escola (CIEE)), tendo a finalidade de avaliar o desempenho do estagiário e/ou manter aquele local como campo de estágio ou não; igualmente, são usados documentos elaborados pelos cursos de graduação, visando a avaliação da aprendizagem dos educandos, como veremos em capítulo destinado a esse tópico.

O projeto para a realização da presente pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas, registrado na Plataforma Brasil e aprovado sob o n° CAAE49303615.3.0000.0096 (em 03 de outubro de 2016 – 2.ª versão.

1.2 PRESSUPOSTO

A partir da nossa experiência nesta área, levantamos a hipótese de que um instrumento adequado que inclua a relação das competências e habilidades do futuro profissional, além de outros dados sobre o local de realização de estágio curricular obrigatório serve como balizador para os docentes dos cursos superiores, no que se refere à promoção de ajustes e melhoria no processo de estágio.

A escolha do curso para esta investigação e particularmente do nono período do Curso se deu em função da diversidade de especialidades que os alunos/estagiários estudam nessa fase da sua formação, podendo ser observados em diferentes cenários no momento em que o estudante se insere efetivamente na prática médica.

1.3 OBJETIVO GERAL

Avaliar a percepção dos estudantes que concluíram o estágio do nono período do curso de medicina de uma Instituição de Ensino Superior da Cidade de Curitiba/PR sobre o processo de avaliação ao qual foram submetidos, durante a realização do estágio

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para aproximarmo-nos do objetivo exposto elencamos os seguintes objetivos específicos:

1. Identificar os instrumentos e as metodologias de avaliação utilizados pelos docentes que acompanham o estágio obrigatório do nono período do Curso de Graduação do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior da cidade de Curitiba – PR.
2. Apresentar a percepção de estágio obrigatório contida no Plano de Reforma Curricular do Curso de Graduação do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior da cidade de Curitiba – PR.
3. Identificar, segundo a percepção dos estudantes/estagiários os pontos positivos e negativos do instrumento de avaliação contidos no Plano de Reforma Curricular do Curso de Graduação do Curso de Medicina de uma

Instituição de Ensino Superior da cidade de Curitiba – PR, bem como outras metodologias utilizadas pelo professor para proceder a avaliação do desempenho do estudante durante ou após a realização do estágio.

4. Refletir sobre a prática didático/pedagógica visando a melhora do campo de estágio e do processo de formação profissional.

1.5 MATERIA E MÉTODOS

Os resultados deste trabalho pretendem colaborar para a melhora da avaliação dos estudantes durante a realização do estágio curricular não apenas na área da Saúde na qual se insere o Curso de Medicina, mas em outras áreas do Ensino Superior, uma vez que concordamos com Zabalza (2014, p. 267) quando afirma que: “apenas se tivermos mais ou menos claro como deveria ser um processo de estágio de qualidade é que poderemos avançar na análise do nível da qualidade do programa a ser avaliado”.

O marco teórico do presente trabalho se aporta nos estudos desenvolvidos por Luckesi (2011) e Zabalza (2014) sobre avaliação. No que se refere a estruturação curricular e formação de professores, os trabalhos de Zabalza (2004), Santomé (1998), Goodson (2001), Tardif (2014), entre outros nos auxiliaram a compreender como é a prática pedagógica no Ensino Superior. Autores como Ramos (2001), Perrenoud (1999, 2000), Silva (2008), Sacristán (1998, 2000) entre outros, serviram como base para a percepção do conceito de currículo e do processo de avaliação por competências. Quanto ao ensino médico, nos fundamentamos nos estudos de Feuerwerker (1998), Marins (2004a, 2004b) e Lampert (2009), bem como em artigos de revistas nacionais e internacionais da área da Saúde publicados em portais eletrônicos de pesquisa como o Portal de Revistas Científicas da Área da Saúde (BIREME), Publicações na Área da Saúde (PubMed), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e documentos oficiais publicados pelo Ministério da Educação (MEC).

Para compreendermos a concepção dos estudantes/estagiários sobre o processo de avaliação ao qual estão sujeitos durante a realização do estágio obrigatório, optamos pela aplicação de um questionário em um grupo de setenta e um estudantes que concluíram o estágio no segundo semestre de 2015. O

questionário foi composto de perguntas estruturadas de múltipla escolha com opções de complemento da escolha de algumas respostas.

A frequência das respostas ao questionário aplicado será discutida em Capítulo próprio.

Como se trata de uma amostra, segundo Lüdke e André (1986, p. 17-18): “quando se pretende estudar algo singular com valor em si mesmo, uma opção recomendada quanto ao Método é o Estudo de Caso”, pois esse método na educação permite a descoberta de novos elementos, enfatizando a interpretação de um contexto e, além disso, revelando a complexidade das situações.

De acordo com as autoras, a dimensão qualitativa está mais na postura teórica e nos valores do pesquisador quando da análise dos dados do que no uso ou não de números na explicação dos resultados de uma pesquisa isso não a transforma em pesquisa quantitativa, por suas características. pode encaminhar esta pesquisa no sentido do diálogo, da construção e da reconstrução dos significados de concepções, visões de mundo e experiências expressas pelos objetos envolvidos.

É importante citar as características básicas da pesquisa qualitativa, que segundo Lüdke e André (1986, p. 12), apresentam cinco características:

> Tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento; trabalha com dados descritivos; tem seu foco de atenção no processo, mais do que no produto; dá importância ao significado expresso pelos participantes quanto aos temas abordados; e por último, a análise dos dados procura ser contextualizada, utilizando-se do processo indutivo.

Para a captação, interpretação, estratégia e análise dos dados, utilizamos a abordagem teórica proposta por Bardin (1977), que se refere à Análise de Conteúdo de natureza qualitativa interpretativa.

Bardin (1977, p. 21) compreende que esta abordagem, “[...] enquanto método, torna-se um conjunto de métodos de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”, pois, prossege a autora, “[...] a análise de conteúdo se faz pela prática” (BARDIN, 1977, p. 49).

Assim, para desenvolvermos o instrumento de coleta de dados, inicialmente efetuamos um minucioso estudo do Plano de Reforma Curricular da

Instituição de Ensino de onde os estudantes/estagiários eram oriundos, com a finalidade de entender sob quais bases teórico-pedagógicas o curso de medicina da Instituição de Ensino se estrutura e referencia o corpo docente e discente para desenvolverem as atividades teórico/práticas durante os doze semestres do referido curso.

Conforme aponta Luckesi (2011), os agentes envolvidos no processo ensino-aprendizagem devem compreender que o momento de avaliação serve mais como material para o diagnóstico da qualidade da avaliação realizada (no caso deste trabalho durante o estágio) como um método de avaliação propriamente dito.

Considerando-se que os professores que atuam no curso de medicina são pesquisadores e praticantes do ofício médico, sugerimos futuramente seja analisado como o repertório de conhecimentos desses profissionais influencia no processo de escolha da metodologia e dos instrumentos de avaliação dos alunos que realizam o estágio obrigatório.

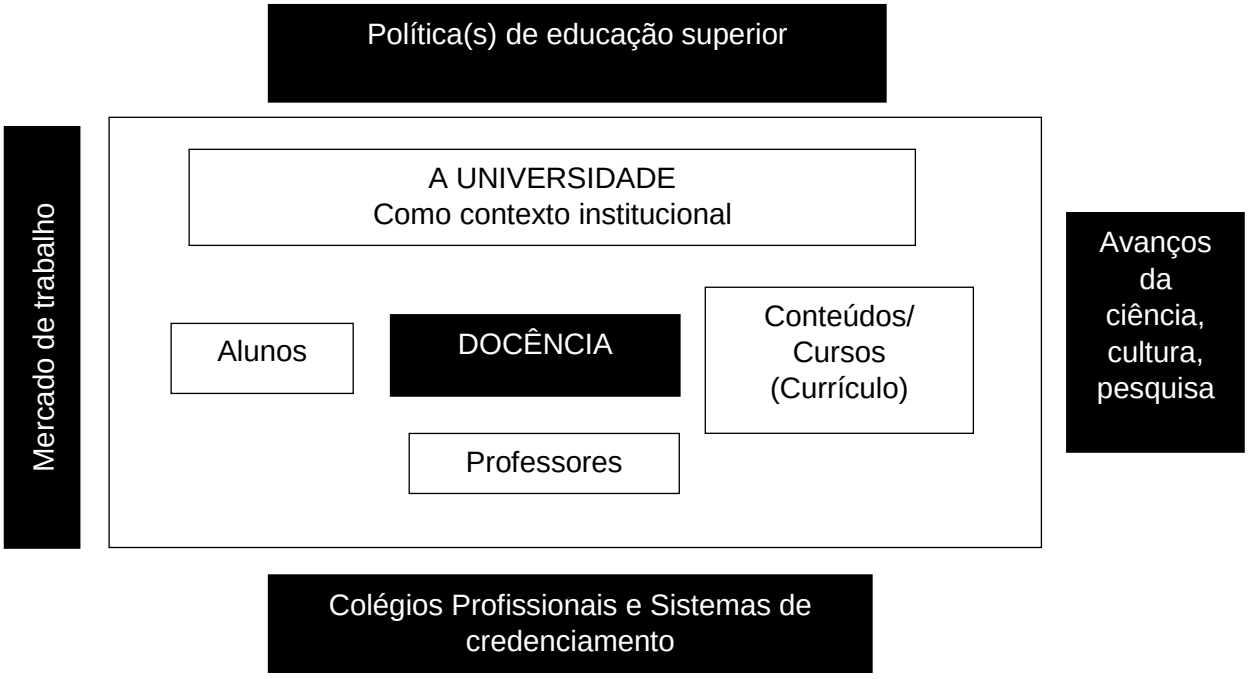
2 REVISÃO SISTEMÁTICA

2.1 O ENSINO SUPERIOR E SEUS AGENTES NO PROCESSO DA FORMAÇÃO ACADÊMICA

Para compreendermos a avaliação do processo de estágio obrigatório, na medida em que transcende a mera aplicação dos saberes construídos pelo sujeito aprendiz, é necessário olhar com maior acuidade a importância dos agentes que compõem uma Instituição de Ensino Superior.

Um modelo para essa análise foi desenvolvido por Zabalza (2004, p. 9), o qual apresentou um quadro que “apesar da sua simplicidade, é capaz de dar uma visão suficientemente completa e rica da universidade e dos seus componentes principais” apresentado na FIGURA 1.

FIGURA 1 - MODELO PARA ANÁLISE DA UNIVERSIDADE



Fonte: ZABALZA (2004)

Para o autor, “a universidade é considerada um espaço *de tomada de decisões formativas*” (ZABALZA, 2004, p. 9).

No cenário descrito na FIGURA 1, percebemos o entrecruzamento de diversas dimensões (agentes, condições, recursos e outras fontes de pressão) que

se caracterizam como eixos estruturadores da atuação formativa e como duplo espaço de referência, o qual, de acordo com o autor, é:

> [...] um espaço interno (que corresponderia, digamos assim, ao que se chama “universidade” ou o “mundo universitário” considerado de um modo geral) e um espaço externo (que corresponderia às dinâmicas de diversos tipos, externas à universidade, mas que afetam seu funcionamento) (ZABALZA, 2004, p. 9).

Em síntese, podemos entender que o eixo 1 (universidade – política universitária) é formado pela Universidade como Instituição social que tem uma missão específica, determinada por sua identidade própria e única e também por sua cultura. Cada Instituição possui “uma história e um presente, sem cuja consideração fica incompreensível a ‘cultura’ institucional” (ZABALZA, 2004, p. 10) do que ocorre em seu interior. Para o autor, esse marco atua sob influências externas, tais como a legislação e a concessão de recursos financeiros para seu funcionamento.

> [...] exigem-se mudanças, mas não se proporcionam novos recursos; exige-se uma melhora sensível da qualidade, mas ainda são mantidos grupos com grande número de alunos, sistemas burocratizados de organizações de baixo nível de recursos técnicos (ZABALZA, 2004, p. 11).

Assim, discutir teoricamente essa dimensão não resultará em benefícios para a Universidade, salvo se conhecermos o que realmente se articula nas Instituições.

O eixo 2 (materiais de currículo – ciência e tecnologia) diz respeito aos conhecimentos e as habilidades profissionais que são ensinadas ou aprendidas na Universidade, é a substância formativa do trabalho universitário.

Para Zabalza (2004, p. 11), esse eixo interno “[...] vê-se desestabilizado pela pressão externa pelo *status quo* da ciência, da tecnologia e da cultura em geral”. Sem dúvida, essa influência é indireta, observada por meio da legislação ou de outras orientações normativas.

O eixo 3 (professores, mundo profissional) é formado pelo colegiado de docentes das Universidades, grupos ou associações docentes de diversas áreas científicas. Percebemos que cada um desses grupos e dessas pessoas possuiu características culturais próprias, tanto na forma de lecionar (problematizar o conhecimento didático e não como recurso e fundamento pedagógico) quanto na

metodologia escolhida e, igualmente, na própria concepção do seu papel como docente e como médico.

Desse modo, concordamos com as ideias preconizadas por Zabalza (2004, p. 11-12), que afirma que os agentes do processo de mudança no interior da Universidade sofrem influência na exposição dos eixos 1 e 2, o que parece preservar certas práticas pedagógicas, assim como a visão do profissional que se pretende formar.

Por fim, o eixo 4 trata dos estudantes e do mercado de trabalho onde atuarão. Os estudantes são indivíduos com características próprias (sociais, culturais, econômicas e de formação acadêmica). Portanto, formam é um público por si só diferenciado, "[...] capaz de condicionar ao menos em parte, o trabalho a ser feito na universidade" (ZABALZA, 2004, p. 12).

Partindo-se dessa afirmação:

> O mercado de trabalho constitui um marco de influência externa: não apenas como definidor das expectativas de emprego (incluindo a facilidade de "se colocar", mas também a "imagem social" da profissão e do nível dos salários), como também das condições de acesso ao emprego e das necessidades de formação (básica, especializada e complementar). Tudo isso direciona os interesses e as demandas dos alunos. Sua influência será maior ainda quanto mais se entenda o nível de opções. (ZABALZA, 2007, p. 12).

Concluímos a partir disso que há um entrecruzamento dos eixos descritos. Eles interagem entre si e sofrem influência do funcionamento interno da Instituição de Ensino, assim como das transformações que ocorrem no âmbito da sociedade na qual estão inseridos.

Consideramos que ampliar a discussão e a análise sobre o ensino superior tendo como marco as proposições de Zabalza (2004), além de outros autores que citaremos posteriormente, possibilitará a compreensão da percepção dos estudantes quanto ao processo de avaliação ao qual são submetidos durante o estágio obrigatório.

Assim, abordaremos com mais profundidade alguns dos eixos citados, os quais interferem diretamente no processo de avaliação e no significado da avaliação no contexto educacional superior.

2.2 A INSTITIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR COMO CENTRO DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO

Durham, (1998, p. 9), afirma que:

> No Brasil, o debate sobre o ensino superior, marcado frequentemente por conflitos ideológicos muito apaixonados, tem se travado como se a nossa história fosse completamente original e se tivesse construído independente de transformações e evoluções que ultrapassam, muito as fronteiras nacionais. Quando essas tendências gerais são reconhecidas, são atribuídas frequentemente, a alguma conspiração internacional, cujo objetivo é destruir as conquistas que logramos assegurar.

Portanto a história do ensino superior e, por conseguinte das Instituições de Ensino Superior (IES), bem como as variáveis que interferem no ritmo das mudanças, parecem corresponder a problemas recorrentes que autores como Zabalza (2004), Didriksson (2014), Cury (2014), Popkewitz (1997), entre outros, discutem em seus estudos.

Vivemos em uma sociedade onde as políticas públicas e universitárias, de investigação científica e tecnológica, necessitam de transformações pois segundo Zabalza (2004, p. 172-173):

> [...] a presença de novas tecnologias não será a principal mudança a ser observada. O mais importante, sem dúvida, será o fato de que, junto aos novos recursos, surgirão e terão expansão novas [...] modalidades de formação que trazem consigo outras condições para o ensino e para a aprendizagem: o ensino a distância ou semipresencial, modelos diferentes de auto-aprendizagem baseados em planejamentos intuitivos em diversos suportes, através da internet, etc.

De acordo com Durham (1998), a crise no ensino superior foi diagnosticada por Brunner[1] ainda na década de 1990, sendo caracterizada pelo esgotamento do modelo que organiza tal sistema de ensino, principalmente o ensino público e particularmente na América Latina. Brunner, denomina esse sistema de “modelo incrementalista” (BRUNNER citado por Durham, 1998, p.10).

[1] BRUNNER, J. J. Evaluación y financiamiento de la educación superior em América Latina: bases para um nuevo contrato. In: BALAN, J. et al. **Políticas comparadas de educación superior en América Latina**. Santiago: Flasco, 1993.

Parece que passadas décadas, ainda nos deparamos com tal crise. O modelo incrementalista vigora e o volume de financiamento para as IES se mantém. Fator esse que leva a uma organização interna das IES, “[...] na qual o novo só é admitido como acréscimo à organização tradicional, com seus interesses investidos, os quais precisam ser mantidos” (DURHAM, citada por CATANI 1998, p. 10). E qual o resultado desse desajustamento apontado pela autora? “As instituições se tornam cada vez mais complexas, mais divididas por interesses conflitantes, mais ineficientes, mais dispendiosas e menos capazes de uma renovação ampla e profunda” (DURHAM, 1998, p. 10).

O cenário descrito não se apresenta animador. Mas analisando o que ocorreu do século XX até a atualidade, percebemos mudanças positivas, tais como o aumento de vagas nas universidades; a oferta de cursos de treinamento: o aperfeiçoamento e a reciclagem para adultos com curso superior completo ou não; a formação avançada em pós-graduação; a cooperação com o setor produtivo para o avanço tecnológico; a colaboração na melhoria da qualidade do ensino básico (com a promulgação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação n°. 9.394/ 96 (LDB), (em que pese ainda haja muito a ser feito em sua relação com o desenvolvimento voltado para a cidadania e necessidades do mercado de trabalho (o que nem sempre é avaliado como positivo); a prestação de serviços de saúde, através dos hospitais universitários; as ações no campo cultural, promovendo o acesso a peças teatrais, exposições, e outros tipos de mídias que aproximam o cidadão das artes.

A LDB n°. 9.394/96 está longe de apresentar um texto que contemple os anseios desses setores, necessita de ajustes para que haja equidade entre o setor público e o setor privado no que diz respeito à educação.

Para Durham (1998, p. 17) “[...] o setor privado atendeu à demanda por ensino de massa [...] enquanto o setor público tentou desenvolver, com grau muito variável de sucesso, as universidades de pesquisa”.

No ano de 1998, a autora afirmou que:

> Esse sistema, parece responder adequadamente às pressões do mercado no sentido de atender às demandas que incidem sobre o ensino superior, não o faz com o grau de equidade e qualidade que seriam desejáveis e necessários. O ensino público gratuito, federal e estadual, altamente seletivo, atende hoje apenas a 1/3 dos estudantes. (DURHAM, 1998, p. 17).

Passadas décadas da afirmação de Durham (1998) mudaram os paradigmas para esta nova sociedade do conhecimento?

Infelizmente, não é uma mudança o que Didriksson (2014) constatou em seu estudo realizado no México, uma vez que a LDB n°. 9.394/ 96 responde às demandas do Relatório do Banco Mundial e de um modelo de educação para os países em desenvolvimento. Parece que o acesso ao ensino básico, profissionalizante e ao ensino superior continuam sendo privilégio de minorias da população.

O autor faz críticas ao modelo linear de educação ainda presente nas IES e que tem se reproduzido composto uma polarização: de um lado, a formação de elites e. de outro, a massificação da educação ambas sem a devida adequação estrutural.

Para Didriksson (2014, p.550):

> Este modo de operar, esta organización y gestión de la de la [sic] curriculs y de la enseñanza, refleja el actual sistema de desigualdades e inequidades sociales, económicas y culturales, desde una enseñanza que sirve como médio de dominación, de aculturación mercantil y consumismo individualizado, frente a los requerimentos de poder alcanzar um nuevo sistema de desarrollo más justo y equitativo, que forme para uma cidadania activa, crítica y participativa, y que se sustente em uma visión prospectiva de sociedade democrática del conocimiento.

Por isso é necessária a educação pública, gratuita e de qualidade, e não segundo o mercado.

Como já apontamos, o tema exige atenção, desde os modernos componentes e sistemas de produção e transferência do conhecimento e aprendizagem como se organizam, sua inter e transdisciplinaridade até os novos paradigmas de aprendizagem que exigem os alunos universitários. O ambiente de educação formal e não formal, os meios de educação à distância (EAD) estão presentes e são favoráveis ao desenvolvimento do ensino. Não poderemos negá-los mais, e sequer deixar de ofertá-los aos estudantes.

Para tanto, mudanças são necessárias, conforme Didriksson (2014, p. 551) relata:

> [...] las nuevas expresiones organizacionales que se están alcanzando em la gestión de las instituiciones de educación superior y de investigación científica y tecnológica, com componentes de inovación social e intelectual

> que van de la investigación cognitiva y estratégica pegadas a la generalización de tecnológicas que hacen posible la creación de redes de aprendizaje y conocimiento, relacionados a la internet, a la virtualidade, a los nuevos materiales o a los nano-bio-ciencias, a las humanidades y a las nuevas perspectivas de la complejidad y la sociedade liquida, y desde lo que se puede estudiar em las inmensidades del espectro de los macrodados.

Nesse sentido Cury (2014, p. 604) discorda de Didriksson e afirma que: " [...] o desafio da educação superior, além da formação profissional pertinente, é o de ser contemporânea no âmbito da ciência e da tecnologia". O autor nos alerta, ainda que a pesquisa é importante, mas "[...] não pode ficar sujeita apenas às dimensões pragmáticas de uma inserção profissional" (CURY, 2014, p. 604).

2.2.1 O crescimento da Educação Superior

Quanto à expansão da Educação Superior no Brasil, percebemos "deslocamentos e mudanças em sua constituição, finalidades e práticas, seja por razões exógenas como a legislação (mas não só), seja por mecanismos internos de resposta a condicionantes mais amplos" (RANIERI[2], 2000, citada por CURY, 20014, p. 617).

Na análise de Cury (2014), esse crescimento é apontado nas estatísticas oficiais elaboradas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (INEP) e verificado em diversas dissertações de mestrado, teses de doutorado, além de artigos científicos, livros, e periódicos dedicados ao tema educação.

O autor cita uma "extraordinária expansão do segmento privado lucrativo" (CURY, 2014, p. 614), por meio de um modo de financeirização, com cursos presenciais e à distância. Nessas instituições a pesquisa não é prioridade, ou é escassa (por imposição legal).

O aumento do número de Instituições de Ensino Superior privadas se deu pela ampliação do acesso ao ensino médio com terminalidade e flexibilidade trazidas pela LDB n°. 9.394/ 96. Cury esclarece que "uma flexibilidade não se coaduna com insuficiência ou leniência em controles necessários. [...] flexibilidade não significa precariedade de qualquer natureza" (CURY, 2015, p. 618). Isso ocorre por conta do

---

[2] RANIERI, N. B. **Educação Superior, diretrizes e Estado**: na Lei de Diretrizes e Bases (Lei n°. 9,394/ 96). São Paulo: EDUSP/FAPESP, 2000.

papel das políticas públicas de educação superior exaradas pelo Poder Executivo através do Conselho Nacional de Educação (CNE), que interpretou a LDB é responsável pela expansão das instituições que pata Cury (2014) estão, atualmente sem controle, os Centros Universitários que deveriam ser centros de excelência de ensino.

A falta de uma ordenação na avaliação dessas instituições de ensino (prevista na LDB) “conduziu a uma não detecção das insuficiências e inconsistências posteriormente verificadas” (CURY, 2014, p. 618), haja vista a incongruência entre instituições descredenciadas em razão de insuficiências contínuas.

Na época da promulgação da LDB, os órgãos oficiais acreditavam que a avaliação das instituições de ensino como fonte de controle qualitativo resultaria num decréscimo do seu crescimento; a cultura da avaliação e, por conseguinte, sua publicização, levaria a uma baixa na busca dos alunos, por esse tipo de instituição. Porém não foi o que ocorreu:

> A falta de consequências, apesar de legalmente previstas na LDB, e a limitação do perfil avaliativo conduziram a que o modelo de avaliação até então adotado, isto é o Exame Nacional de Cursos (vulgo Provão) passasse a ser objeto de críticas com direito a réplicas e tréplicas (CURY, 2014, p. 618-619).

Em 2003 o Governo Federal, prometeu alterar o sistema de avaliação do Ensino Superior considerando os aspectos qualitativos a partir dos dados obtidos nos relatórios gerados anteriormente, e descritos por Nunes[3] (2012) citado por Cury (2014). Assim, foi instituído o Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (SINAES), cuja proposta se diferenciava do Provão conforme afirma Dias Sobrinho[4] (2008) citado por Cury (2014, p. 619): “[...] vem tomando um perfil híbrido, especialmente por retornar a um rankeamento das Instituições”.

2.2.2 O Ensino Superior privado

[3] NUNES, E. de O. **Educação Superior no Brasil**: estudos, debates, controvérsias. Rio de Janeiro: Garamond, 2012.
[4] DIAS SOBRINHO, J. Qualidade, avaliação: do SINAES aos índices. **Avaliação**, Campinas; Sorocaba, v. 13, n. 3 pp. 817-825, 2008.

Em seu artigo, Cury (2014) apresenta um quadro sobre a Educação Superior privada, valendo-se de outro estudo realizado por Raimundo Portela de Oliveira[5].

Para Oliveira (2009) citado por Cury (2014), a grande procura pelo Ensino Superior, mas sem uma política pública robusta em sua oferta, foi solo propício para o crescimento do mercado e para a aplicação do capital financeiro de grupos privados na educação, o que resultou em sua análise, também da internacionalização da oferta educacional:

> A atenção dos fundos de investimento voltou-se para essa área, ocasião em que constituídos os primeiros fundos de investimento exclusivamente direcionados à educação. Esses fundos têm condições de injetar altas quantias em empresas educacionais, ao mesmo tempo em que empreendem ou induzem processos de reestruturação das escolas nas quais investem, por meio da redução de custos, da racionalização administrativa, em suma, da "profissionalização" da gestão das instituições de ensino, numa perspectiva claramente empresarial. Essa perspectiva racionalizadora é fundamentalmente orientada para a maximização de lucros, chegando ao paroxismo em algumas situações (OLIVEIRA, citado por CURY, 2014, p. 619).

Devemos alertar que há uma proposta de Reforma Universitária, o Projeto de Lei n°. 7200/06 (PL), enviado pelo Poder Executivo ao Congresso Nacional o qual até o momento passou por diversas discussões na Câmara Federal tendo novos documentos apensados, porém ainda não votado. Esse Projeto de Lei revogou três Leis: entre elas a LEI n°. 5.540/68 (Lei da Reforma Universitária) e alterou outras cinco, entre elas a LDB n°. 9.394/96, mesmo assim, não conterá toda a reforma necessária.

Em relação ao ensino superior ofertado pelo setor privado, diz a lei:

> Art.3° A educação superior é bem público que cumpre sua função social por meio das atividades de ensino, pesquisa e extensão, assegurada, pelo Poder Público sua qualidade.
> [...]
> Art. 7° Poderá manter instituição de ensino superior:
> I. o Poder Público; e
> II. pessoa física, sociedade, associação ou fundação, com personalidade jurídica de direito privado, cuja finalidade principal seja a formação de recursos humanos ou a produção de conhecimento.
> § 1°As instituições de ensino superior mantidas pelo Poder Público e vinculadas ao Ministério da Educação terão personalidade jurídica própria.

[5] OLIVEIRA, R. P. de. A transformação da educação em mercadoria. **Educação e Sociedade**, Campinas, n. 108, pp. 739-760, 2009.

> § 2° Os atos jurídicos das instituições de ensino superior mantidas por pessoa jurídica de direito privado serão praticados por intermédio de sua mantenedora.
> § 3° Os atos constitutivos da mantenedora de instituição privada de ensino superior, bem como os demais atos e alterações que impliquem o controle pessoal, de patrimônio e capital social, serão devidamente informados ao órgão oficial competente do respectivo sistema de ensino.
> § 4° Em qualquer caso, pelo menos setenta por cento do capital votante das entidades mantenedoras de instituição de ensino superior, quando constituídas sob forma de sociedade com finalidades lucrativas, deverá pertencer, direta ou indiretamente, a brasileiros natos. (CURY, 2014, p. 620)

Mesmo que o Projeto de Lei n°. 7200/06 postule em seu parágrafo 4° uma restrição do investimento do capital estrangeiro na educação brasileira, a financeirização é um diferencial do capitalismo contemporâneo. Cury (2014) alerta que esse financiamento muitas vezes não cumpre seu objetivo, ele especula, e rende mais aos investidores.

O autor ainda afirma que “[...] mais do que sua transformação em mercadoria o ensino superior”, pode concentrar-se a uma “[...] fatia significativa do mercado e ficar com maiores grupos”, que serão mantidos por mensalidades “[...] poucos serão os que conseguirão ocupar nichos específicos do mercado sem ser acossados pelas instituições maiores” (CURY, 2014, p. 621).

O que se desenha para o ensino superior na análise de Oliveira (2009) não é muito animador, uma vez que será necessário preservar as condições mínimas para o desenvolvimento do conhecimento, limitando a expansão das instituições privadas e ampliar a oferta pública de ensino, a fim de atender uma parcela substantiva da população. Esse é um ponto que o Poder Público precisa equacionar com o processo de oferta e das condições de gestão relativas aos serviços públicos, aos modelos de organização do ensino superior e à utilização de novas tecnologias de informação, o que, consequentemente requer a valorização do setor público – condição que na visão de Cury atualmente está longe de ocorrer.

A entrada de estudantes no Ensino Superior cresceu vertiginosamente a partir dos anos de 1990. Por conta dos dados estatísticos obtidos por meio de órgãos superiores o governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, cumprindo “[...] promessa de campanha” (CURY, 2014, p. 621), buscou meios de ampliar a entrada de jovens na Universidade.

Foi nesse contexto que surgiu o Programa Universidade para Todos (PROUNI), um dispositivo legal estabelecido pela Lei n°. 11.096/ 2005), que concedeu bolsas integrais ou parciais para estudantes das instituições de ensino superior privadas, bastando para tanto que o estudante fosse selecionado pelo Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM). O ganho para as Instituições de Ensino foi a isenção de determinados impostos[6].

Juntamente com o PROUNI, mediante o Decreto 6096/2007, constante do Plano de Apoio de Desenvolvimento da Educação (PDE), instituiu o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) cujo objetivo foi expandir a rede pública federal. Através do Decreto n°. 5800/ 2006, o Governo Federal criou a Universidade Aberta do Brasil (UAB) um programa para ampliar e interiorizar a oferta de cursos à distância, prioritariamente, para a capacitação de docentes efetivos do ensino público e da rede de educação básica sem graduação ou, para aqueles graduados, a formação continuada, assim como para capacitar gestores e outros profissionais da educação básica da rede pública (CURY, 2014).

Com essas medidas, o Governo Federal pretendia reduzir as desigualdades de acesso ao Ensino Superior e desenvolver uma rede de ensino à distância eficaz e que estimulasse a busca pela qualificação docente.

Ainda sobre o ensino superior privado, percebemos a ausência de uma investigação sobre:

> [...] educação superior em nível global e das diferentes regiões e países do mundo na qual a análise do 'estado da arte' não comece mencionando processos de 'mercadização' e privatização, de comercialização e 'managerismo', de empresalização e 'comodificação'. Isso reflete a importância alcançada por esses fenômenos, independentemente da nossa opinião sobre eles. (BRUNNER[7] (2014) citado por CURY, 2014, p. 622)

O autor faz esse alerta, pois os estudantes precisavam saber que o que se busca na universidade, seja pública ou privada, é o conhecimento, e não lucrar sobre a educação.

---

[6] A lei que criou o PROUNI, inicialmente, exigia uma contrapartida das instituições privadas sem fins lucrativos para a isenção fiscal de que gozam pelo artigo 150 da Constituição atual. Tal isenção advém de 1934. A franquia foi estendida às instituições com fins lucrativos que adotarem o PROUNI (CURY, 2014, p. 622).

[7] BRUNNER, J.J. A ideia da universidade pública: narrações constantes. **Ensaio**, Rio de Janeiro, n. 82, p. 11 -30, jan/ mar, 2014.

Para tanto, não há outro caminho senão a ampliação do segmento público (Estadual e Federal) e a busca da qualidade do Ensino Superior, sendo responsabilidade do Poder Público atender as necessidades para tal como investir em recursos humanos, recursos didáticos, instalações físicas (como bibliotecas atualizadas e laboratórios de ensino), assinatura de revistas e periódicos científicos e, principalmente, em professores qualificados.

No entanto, na dimensão interna das Universidades Públicas, que possuem um quadro de pós-graduação com pesquisa avançada especialmente nas áreas de exatas e tecnológicas, há algo que chama nossa atenção:

> [...] percebe-se mudanças que vão no sentido do empreendedorismo acadêmico [...]. A urgência em articular a universidade com a transferência de conhecimentos inovadores para o setor produtivo por meio de escritórios especializados em tecnologia indica uma busca alternativa de fonte de recursos que não a advinda dos fundos públicos. Tal deslocamento implicaria na redefinição do conhecimento de modo que este se intencionaria mais em função do mercado do que dos interesses mais amplos sediados na pesquisa básica e no conhecimento crítico-contextual (CURY, 2014, p. 623).

A crítica de Cury não é em vão, pois com isso o Governo Federal diminuiu a aplicação financeira que lhe cabe no tange à pesquisa:

> A ênfase se desloca para a prestação de contas do financiamento repassado, para o estabelecimento de metas mensuráveis a serem alcançadas, para a montagem de avaliações de larga escala e para o resultado da avaliação, tudo seguido de relatórios e mais relatórios" (CURY, 2014, p. 623-624)

Uma consequência percebida do processo de mudança é a busca pelas Universidades de recursos financeiros externos, quase uma terceirização, fora do orçamento estatal. Para Cury (2014, p. 624) parece uma terceirização deslocada para a sociedade civil. Assim, surgiram no espaço público as gestões próprias "[...] do sistema contratual de mercado, entre as quais a competição e a aplicação imediata dos conhecimentos"

Cabe ressaltar que o papel da universidade segundo o artigo 43 (Finalidades da Educação Superior) da LDB é:

> I - estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo;
> II - formar diplomados nas diferentes áreas de conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira, e colaborar na sua formação contínua;
> III – incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica, visando o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e da criação e difusão da cultura, e, desse modo, desenvolver o entendimento do homem e do meio em que vive;
> IV – promover a divulgação de conhecimentos culturais, científicos e técnicos que constituem patrimônio da humanidade e comunicar o saber através do ensino, de publicações ou de outras formas de comunicação;
> V – suscitar o desejo permanente de aperfeiçoamento cultural e profissional e possibilitar a correspondente concretização, integrando os conhecimentos que vão sendo adquiridos numa estrutura intelectual sistematizadora do conhecimento de cada geração;
> VI – estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade;
> VII – promover a extensão, aberta à participação da população, visando à difusão das conquistas e benefícios resultantes da criação cultural e da pesquisa científica e tecnológica geradas na instituição. (BRASIL, LDB n° 9.394, 1996, p. 24).

Portanto deveria haver uma troca, uma relação dinâmica de parceria efetiva entre o que ocorre no cenário interno da Universidade e na sociedade na qual a Instituição está inserida, no que se refere à produção de conhecimento inovador e dos seus usos, mediante estratégias que impliquem o envolvimento do Governo Federal nos processos de planejamento e avaliação, ambos formativos e permanentes.

2.3 O SABER DOCENTE E O SABER DISCENTE NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM

No campo da pesquisa em educação do ensino básico ao ensino superior, abordar o papel dos agentes que interferem no processo ensino-aprendizagem, é uma tarefa um tanto quanto complexa, visto que a questão política é um desses agentes como descrevemos anteriormente.

Outros agentes que fundamentam essa análise são os saberes docentes e discentes que interagem no Ensino Superior.

2.3.1 A docência no Ensino Superior

De acordo com Nóvoa (2000, p. 15), na história da educação a segunda metade do século XVIII marca a construção da profissão docente. Por toda a Europa, buscava-se estabelecer o perfil do “professor ideal”. Deveria este profissional ser leigo ou religioso? Integrar um corpo docente ou agir individualmente? Ser escolhido ou nomeado? Ser pago por seu trabalho? A quem deveria responder: à instituição ou ao Estado?

A forma como historicamente essas indagações foram respondidas com o passar do tempo de acordo com o cenário em que se circunscreveu a evolução da educação não quer dizer que constitua a melhor resposta o que depende da concepção de educação e de perguntas de sociedade de se pretende erigir.

No Brasil, as primeiras escolas foram construídas pelos padres jesuítas em torno da igreja local, assim como os hospitais. E ao longo dos séculos XIX e XX ficou subordinada ao poder do Estado, que então se incumbiu de instituir normas para o funcionamento das escolas e do processo de ensino para os diferentes níveis do sistema educacional.

Nóvoa (2000) relata que o ofício de professor era preferencialmente delegado aos religiosos, e este tema desde então é objeto de diversos estudos, assim como as discussões quanto ao processo de formação docente. Entre muitos autores podemos citar: Perrenoud (1993, Cunha (1998), Nóvoa (2000), Candau (2000), Luckesi (2001), Pimenta e Anastasiou (2002), Hagemeyer (2004), Severino (2008), Silva (2008), Sacristán (2011) e Tardif (2014). As perspectivas abordadas variam entre: ideológicas, sociais, culturais, político-econômicas e históricas.

Como exemplo dessa diversidade de abordagens podemos citar Pimenta e Anastasiou (2002, p. 35), para os quais a formação de professores, se considerarmos o ensino profissionalizante: seja de um físico, geógrafo, advogado, médico, engenheiro, ou simplesmente de um professor universitário, significa que a dimensão é uma atividade intencional. Marcelo (1999, p. 22) concorda com o posicionamento das autoras em relação à essa concepção quando afirma que entre os agentes (professor e estudante) a relação no âmbito da formação profissional: “[...] se desenvolve para contribuir para a profissionalização dos sujeitos encarregados de educar novas gerações”.

E ainda:

> [...] entendida como tal, a formação de professores representa um encontro entre pessoas adultas, uma interação entre formador e formando, com uma intenção de mudança, desenvolvida num contexto organizado e institucional mais ou menos delimitado (GARCIA, 1999, p. 22).

Portanto, a atividade docente pressupõe uma atividade inteligente, relacional e de intercâmbio, que evolui e se destina a atingir metas conhecidas pelos atores envolvidos nesta inter-relação.

Segundo Pimenta e Anastasiou (2002, p. 35) os professores:

> [...] quando exercem a docência no ensino superior simultaneamente a suas atividades como profissionais autônomos, geralmente se identificam em seus consultórios, clínicas, escritórios como *professor universitário*, o que indica clara valorização social do título de professor".

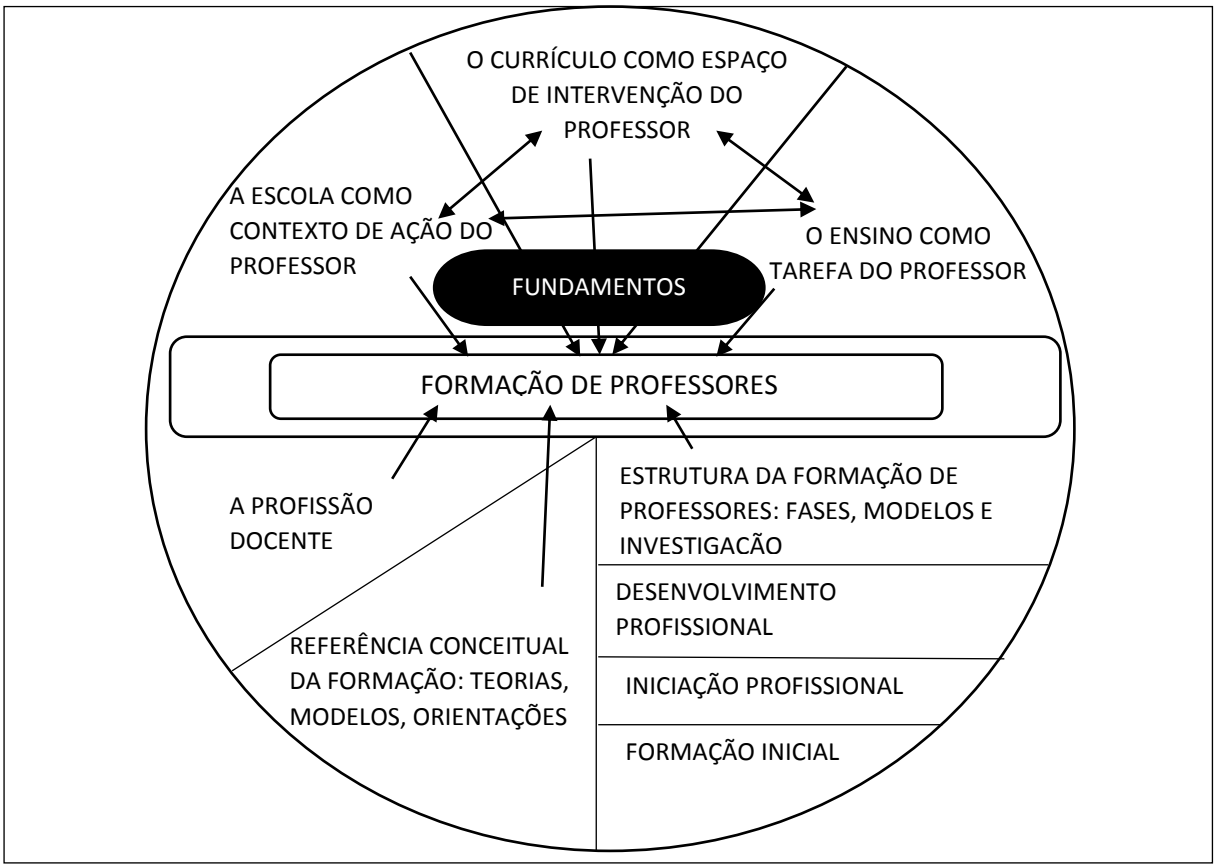
Entretanto, as autoras sugerem que se o título de professor não vem acompanhado da formação profissional, parece ter uma identidade menos valorizada e que essa questão aponta para uma problemática profissional do professor do ensino superior, "[...] tanto no que se refere à identidade, que diz sobre o que é ser professor quanto no que se refere à profissão, que diz sobre as condições do exercício profissional" (PIMENTA e ANASTASIOU, 2002, p. 35-36).

Por sua vez, Tardif (2014, p. 21) compreende que:

> Se admitirmos que o saber dos professores não provém de uma fonte única, mas de várias fontes e de diferentes momentos da história de vida e da carreira profissional, essa própria diversidade levanta o problema da unificação e da recomposição dos saberes no e pelo trabalho. Como os professores amalgamaram esses saberes? E, se há fusão, como ela se opera? Ocorreram contradições, dilemas, tensões, "conflitos cognitivos" entre esses saberes? Essa diversidade dos saberes também traz à tona a questão da hierarquização efetuada pelos professores. Por exemplo, será que eles se servem de todos esses saberes da mesma maneira? Será que privilegiam certos saberes e consideram outros periféricos, secundários, acessórios? Será que valorizam alguns saberes e desvalorizam outros? Que princípios regem essas hierarquizações?

Marcelo (1999, p.12) apresenta um esquema sequencial das diferentes fases do processo de formação de professores – retratado na FIGURA 2 – no qual diferencia a fase inicial, ou seja, a formação durante o período de iniciação e o desenvolvimento profissional.

FIGURA 2 – FUNDAMENTOS, ESTRUTURA E PROCESSO DA FORMAÇÃO DE PROFESSORES



Fonte: Adaptado de Marcelo (1999)

Analisando o que foi exposto por Marcelo (1999) e as indagações feitas por Tardif (2014), percebemos que os professores tendem a hierarquizar seus saberes em função da sua utilidade no ensino. Segundo os estudos de Tardif (2014, p. 21) “[...] quanto menos utilizável no trabalho é um saber, menos valor profissional parece ter”.

De acordo com o autor, “[...] ensinar é mobilizar uma ampla variedade de saberes, reutilizando-os no trabalho para adaptá-los e transformá-los pelo e para o trabalho” (TARDIF, 2014, p. 21). Portanto, entendemos que o currículo, o ensino e o contexto aonde atua o professor, se correlacionam, como demonstrado na FIGURA

2, e conhecer profundamente esses três elementos influencia diretamente na sua atuação com seus alunos.

Uma pesquisa realizada por Cunha (1989, p. 155) que buscava descrever o “bom professor”, como a autora define, revelou que “esse conceito é valorativo, com referência a um tempo e a um lugar. Como tal é também ideológico, isto é, representa a ideia que socialmente é construída sobre o professor”. Esse é um conceito que tem como base um conceito de educação do papel do professor.

Portanto, trabalhar como professor é considerar a importância desses atores que fazem parte do processo educativo, não é apenas transmitir ou reproduzir conhecimentos no cotidiano de sala de aula.

Segundo Luckesi (2011, p. 56), “o ato pedagógico envolve três componentes: planejamento, execução e avaliação, a ausência de um desses três componentes frustra o ato pedagógico”.

Apesar dessa afirmação, mesmo que o professor faça um planejamento adequado da aula que ministrará, exponha os conteúdos utilizando recursos metodológicos/tecnológicos e didáticos adequados, de acordo com as demandas dos seus alunos, e realize a avaliação de maneira a obter um retorno do processo ensino-aprendizagem, a avaliação da sua atuação dependerá da expectativa criada pelos alunos em relação à disciplina, ao comportamento do professor e da sociedade, que, segundo Cunha (1998), é dinâmica nas suas relações – e nós complementamos –, é também nas suas reações.

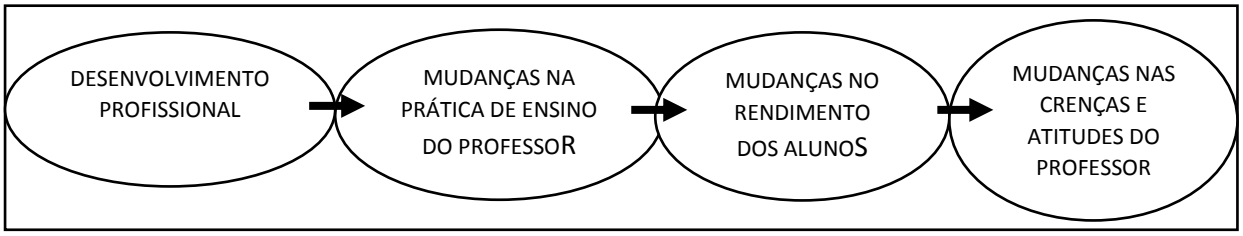
Portanto, o professor deve estar ciente das mudanças significativas que ocorreram nas legislações que regulamentam o ensino superior e os demais níveis de ensino; das transformações no mundo do trabalho, que solicitam profissionais com competências para exercerem qualquer atividade; das mudanças na sociedade e nas relações interpessoais, com a intensificação do uso das tecnologias de informação e comunicação (TIC) exercendo influência direta sobre essas relações; assim como da evolução científica, que também deve ser objeto de reflexão, uma vez que de acordo com Hagemeyer (2014, p.68,) “reflete nas formas de ser e viver dos homens em todos os níveis, desconcertando a quem tem a profissão de ensinar/formar crianças e adolescentes.”

Atuando como um dos agentes do processo de ensino e como sujeito e conhecedor do cenário descrito, o professor deve, na medida do possível buscar:

> [...] novos olhares sobre seu trabalho no *locus* da sala de aula para identificar as dimensões e aspectos evidenciados pela prática pedagógica cotidiana, levando em conta as exigências de mudança expressas também nas prescrições das reformas e propostas educacionais oficiais. (HAGEMEYER, 2004, p. 69)

Baseando-se em Guskey[8] (1986), Marcelo (1999, p. 48) apresenta um modelo de orientação temporal do processo de mudança do professor:

FIGURA 3 – MODELO DE MUDANÇAS DO PROFESOR



Fonte: Adaptado de Guskey (1986)

Quando falamos em melhoria, não nos referimos apenas aos aspectos pedagógicos, mas a motivação, participação, atitude em relação à escola entre outros aspectos. A mudança dos alunos e do seu desempenho depende, portanto, de um pré-requisito: a mudança da prática didático-pedagógica, seja dentro ou fora de sala de aula.

Nesse sentido o professor deve considerar seu papel de agente formador de sujeitos que atuarão junto à sociedade, conforme nos mostra Hagemeyer (2004. p. 72):

> A práxis expressa no trabalho pedagógico como ação, reflexão e transformação do sujeito que dele participa, considerando a natureza material da educação escolar, isto é, a produção de ideias, símbolos, hábitos, atitudes, habilidades. Nesse processo humano-social, a aula é momento privilegiado de transmissão/ assimilação, em que algo

[8] GUSKEY, T. Staff development and the process of teacher change. **Education Researcher**, v. 15, n° 5, pp. 5-12, 1986.

> permanecerá para além do ato de aprender. A transformação do aluno passa dessa forma pela condição não passiva e humana.

De acordo com Gaeta e Masetto (2013), as instituições de ensino superior, em que os docentes, com graduação em área específica e titulação mínima de especialização, podem atuar são:

1. As Universidades, Instituições pluricurriculares de formação dos quadros profissionais, caracterizadas pelas atividades de ensino, pesquisa e extensão que são indissociáveis, e sobre as quais têm autonomia didática, administrativa e financeira. Um terço do seu corpo docente tem titulação de mestre ou doutor e um terço do corpo docente deve atuar em regime de dedicação exclusiva.
2. Os Centros Universitários, Instituições de Ensino Superior que atuam na formação profissional com diferentes currículos, sobre os quais também têm autonomia para sua criação, organização e extinção em sua rede. O foco principal do ensino é a oferta de cursos e atividades de extensão, mas não têm a obrigatoriedade de desenvolver pesquisas, embora algumas o façam com excelência. Seu quadro docente é composto por, no mínimo, um terço de professores com titulação de mestrado ou doutorado e um quinto dos docentes deve dedicar-se em regime integral de trabalho. O diferencial desse tipo de instituição é a atuação dos docentes no mercado profissional, com a finalidade de transferir os conhecimentos dessa prática para os alunos.
3. Os Institutos Superiores de Educação, são Instituições voltadas à formação para o magistério do ensino básico.
4. Os Centros Federais de Educação Tecnológica (CEFET) e Centros de Educação Tecnológica (CET) são entidades dedicadas à educação tecnológica.
5. As Faculdades integradas são Instituições pluricurriculares e com regime único.
6. E ainda há Faculdades independentes, cujo regime também é único.

O estabelecimento de educação que propõe cursos de Ensino Superior, deve seguir a LDB n°. 9.394/96 e construir seus currículos baseando-se nessa Lei e nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), as quais definem os Parâmetros Educacionais para cada curso

específico, considerando-se a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho e Emprego.

Para o funcionamento das Instituições Superiores de Ensino (IES), o MEC utiliza procedimentos regulares de avaliação.

Os cursos ofertados pelas IES podem ser de nível de Tecnologia, Bacharelado ou Licenciaturas. Elas podem também oferecer cursos de pós-graduação: especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado, dependendo da característica da IES.

Seja qual for o estabelecimento de ensino no qual se inclui, o docente precisa de preparo específico, para atuar com excelência e qualidade.

É importante compreender que a atuação docente é um processo, pois se constrói ao longo da própria atuação. Não basta cursar uma graduação ou um curso específico de licenciatura para que o sujeito esteja “pronto” para desenvolver as atividades inerentes à profissão. Faz-se necessário aplicar as competências desenvolvidas em seu período de formação acadêmica, sem deixar de considerar a personalidade do indivíduo, as quais interferem nesse processo de formação.

Na concepção de Tardif (2014, p. 11):

> Na realidade, no âmbito dos ofícios e profissões, não creio que se possa falar do saber sem relacioná-lo com os condicionamentos e com o contexto do trabalho: o saber é sempre o saber de alguém que trabalha com alguma coisa no intuito de realizar um objetivo qualquer. Além disso, o saber não é uma coisa que flutua no espaço: o saber dos professores é o saber *deles* e está relacionado com a pessoa e a identidade deles, com sua experiência de vida e com sua história profissional, com as suas relações com os alunos em sala de aula e com outros atores escolares na escola, etc. por isso, é necessário estudá-lo relacionando-o com esses elementos constitutivos do trabalho docente.

O que Tardif (2014) propõe é estabelecer uma relação entre os aspectos sociais e individuais do saber dos professores, uma vez que esses não atuam sozinhos na prática. É a partir do Trabalho que o humano conhece, sabe, e o conhecimento acumulado, transitório apropriado pela humanidade é o pedaço do qual se apropria.

Portanto, o autor rechaça a ideia de que o conhecimento do professor é um saber que ele denomina “mentalismo” que “consiste em reduzir o saber, exclusiva ou principalmente, a processos mentais (representações, crenças, imagens, processamento de informações, esquemas etc.) cujo suporte é a atividade cognitiva dos indivíduos” (TARDIF, 2014, p.11).

De acordo com Tardif (2014) há uma explicação para tal.

1) O saber do professor é social, uma vez que é partilhado por todos aqueles que participam do processo de formação, trabalham em uma organização, enfim fazem parte de um âmbito coletivo.

2) Esse saber é social, pois é socialmente porque é produzido socialmente, e utilizado por outros atores e em outros contextos, que fazem parte de um sistema seja ele uma universidade, um sindicato, uma entidade governamental. Para Tardif (2014, p.12) “[...] um professor nunca define sozinho e em si mesmo o seu próprio saber profissional”, uma vez que depende no âmbito da organização do trabalho escolar, daquilo que os outros (alunos e agentes educacionais) sabem, uma vez que ele próprio não o saiba.

3) O saber continua sendo social, porque seus objetos são sociais, ou seja, as práticas são sociais. “O professor trabalha com sujeitos e em função de um projeto: transformar os alunos, educa-los e instruí-los” (TARDIF, 2014, p. 13). Ensinar é agir com outros seres humanos, é agir com o outro que sabe e que lhe ensine, quem é o professor, mas daí decorre a distinção de papéis recíprocos. Portanto o saber se manifesta através das complexas relações entre professor e aluno.

4) Os programas escolares e das disciplinas têm historicidade, evoluem com o tempo, o que ontem era importante ensinar, hoje não é mais, porém, nem todos os conceitos e teorias mudam. Logo, o que se ensina, suas formas e modalidades dependem o intimamente da história, e da cultura de uma sociedade.

5) Por fim, o saber é social por ser adquirido: “no contexto de uma socialização profissional, onde é incorporado, modificado, adaptado em função dos momentos e das fases de uma carreira, ao longo de uma história profissional, onde o professor aprende a ensinar fazendo o seu trabalho”. (TARDIF, 2014, p. 14

Em segundo plano, para Tardif (2014, p. 14) o saber também não pode ser analisado sob a perspectiva do *sociologismo*,

> [...] que tende a eliminar totalmente contribuição dos atores na construção concreta do saber, tratando-o como uma produção social em si mesmo e por si mesmo, produção essa independente dos contextos de trabalho dos professores e subordinada, antes de mais nada, a mecanismos sociais, a forças sociais quase sempre exteriores à escola, tais como as ideologias pedagógicas, as lutas profissionais, a imposição e a inculcação da cultura dominante, a reprodução da ordem simbólica, etc.

Nesse sentido os professores são meros reprodutores do saber, não importando o que eles conhecem a respeito daquilo que fazem ou dizem, pois, sua prática emana das pesquisas que fazem, que partem de outro lugar. Para Tardif (2014, p.15) “[...] é impossível compreender a natureza do saber dos professores sem colocá-lo em íntima relação com o que os professores, nos espaços de trabalho cotidiano, são, fazem, pensam e dizem”. O trabalho do professor é temporal, uma vez que seu saber foi construído a partir da sua experiência de vida, da sua história. Significa que ensinar supõe aprender a ensinar, ou seja aprender gradativamente os saberes necessários à prática docente.

Nos ensaios de Tardif (2014), observamos uma valorização da pluralidade e a heterogeneidade do saber docente, quando o autor destaca a importância dos saberes da experiência do profissional docente como na FIGURA 2.

Como toda atividade profissional o exercício docente exige o conhecimento da rotina de trabalho. Nesse contexto, para Luckesi (2011) o planejamento é o ponto de partida para o trabalho docente e está interligado ao projeto pedagógico do curso no qual o docente atuará. Conhecer o projeto pedagógico do curso, e não apenas a ementa da disciplina que leciona traz desdobramentos e sequenciamentos aos estudos que os alunos farão de acordo com os saberes que os estudantes trazem consigo.

Um projeto pedagógico expressa o conjunto de metas e ações para determinado curso, implica um investimento consciente e consistente para que os resultados sejam obtidos com qualidade. “Não basta praticar quaisquer atos supostamente educativos. É preciso realizar a prática educativa com qualidade e de

maneira comprometida com o projeto, o que requer investimento [...]" (LUCKESI, 2011, p. 57) de todos os agentes envolvidos no desenvolvimento dos saberes dos alunos, desde a administração até o professor que está em relação direta com o ato de ensinar. De acordo com o Luckesi (2011), a ação educativa não pode ser "qualquer ação". Para isso há o planejamento das ações pedagógicas quando é colocado em prática o saber docente.

Toda atividade humana que se caracteriza com trabalho é teleológico, cujo fim é a exclusão. Está deixando para o planejamento

A etapa seguinte do exercício profissional é a execução do que se planejou, é a própria ação docente. O professor tem recursos metodológicos (dos mais variados) e tecnológicos à sua disposição para que seja alcançado o que foi planejado. A ação didática compreende um conjunto de metodologias que auxiliam no desenvolvimento da atividade ou conteúdo proposto. A escolha da metodologia depende de cada professor, das características do contexto em que trabalha, dos seus agentes e, finalmente, do conteúdo a ser desenvolvido. Como exposto, o docente precisa desenvolver as competências específicas para trabalhar como professor: comunicar-se bem, relacionar-se com os alunos e seus colegas de trabalho, manter a ética profissional etc.

Por fim, o professor realiza a avaliação dos conhecimentos ensinados, o que, para Luckesi (2014), tem como objetivo obter um retorno do processo ensino-aprendizagem, considerando que, ao realizá-la, o intuito é não apenas verificar o desempenho do aluno, mas extrair dessa avaliação um retorno do seu desempenho como professor e, conforme o resultado, proceder mudanças. Lembramos que a avaliação é feita de forma contínua e paralelamente à execução das atividades propostas.

Luckesi (2014, p. 150) também compreende que a avaliação:

> Como forma de conhecimento é apresentada, então, como a que subsidia a obtenção de resultados satisfatórios de determinada ação, que aqui, no caso, é a aprendizagem do educando. Subsidia a obtenção dos resultados desejados e definidos, e não quaisquer que sejam possíveis.

Portanto, o processo de avaliação não pode estar desarticulado da organização pedagógica, ou seja, desvincular-se dos objetivos ou da dinâmica adotada para o desenvolvimento das atividades.

Para Luckesi (2014), avaliar não significa atribuir nota ou conceito, mas tem por objetivo a melhora da qualidade do ensino, uma vez que o professor pode modificar sua metodologia de ação a partir da verificação da aprendizagem do aluno, em que pese aprender seja um processo complexo, individual, abstrato e contínuo.

2.3.2 O saber discente

Assim como os professores universitários, os estudantes têm características específicas: são, em sua maioria, jovens que estão amadurecendo e mudando gradativamente sua compreensão e sua forma de ver e de se relacionar consigo e com o mundo. Estão passando da fase da dependência para a independência e assumindo cada vez mais responsabilidades, aprimorando sua capacidade de autocognição para adquirir novos conhecimentos e desenvolver outras competências, até mesmo rever alguns dos seus comportamentos e valores (GAETA e MASETTO, 2013).

Zabalza (2004, p. 26) descreve os universitários como:

> [...] grupos de estudantes cada vez mais heterogêneos quanto à capacidade intelectual, à preparação acadêmica, à motivação, às expectativas, aos recursos financeiros etc. [...]; [entre os quais, há] aumento do número de mulheres (até superar, em larga vantagem o número de homens), diversificação das idades (com maior presença de adultos que retomam sua formação), surgimento de indivíduos que já estão no mercado de trabalho (o que condiciona sua disponibilidade e transforma-os em estudantes de tempo parcial).

Mas acima de tudo, são aprendizes e fazem parte da comunidade universitária, pois o acesso e o ingresso a uma universidade cresceu nos últimos anos.

Essa abrangência não ocorre apenas em sentido horizontal (com a possibilidade de ascensão social), como nos alerta Zabalza (2004), mas no sentido vertical (com indivíduos de diferentes faixas etárias vislumbrando um recomeço em sua carreira profissional). Tal perfil exige uma mudança de conduta por parte de toda a esfera universitária, pois a formação é um recurso social e econômico indispensável na atualidade. Não afirmamos que seja um processo finalizado com a

formação na graduação, mas um processo contínuo ao longo da vida, o que pode caracterizar a ideia de não terminalidade.

Conhecer como os estudantes com diferentes perfis aprendem é muito importante para o professor, porquanto oferece indicações valiosas sobre como orientar a aprendizagem e torná-la uma experiência significativa e produtiva para ambos.

3 O MÉDICO: PROTAGONISTA NO SEU TEMPO

A complexidade do campo de atuação do profissional médico exige que o processo de formação acadêmica esteja em conformidade com as necessidades sociais contemporâneas, como o atendimento adequado dos serviços públicos de saúde.

FIGURA 4 – THE DOCTOR (1891)

Fonte: Disponível em: <http://www.culturaesaude.med.br/content/o-quadro-doctor- o-m%C3%A9dico> Acesso em: 18 jan. 2017
Nota: Obra de Sir Samuel Luke Filfes (1844-1927), exposta na Galeria Tate, em Londres

Em sua obra “O médico”, Alves (2002) relata o impacto que teve quando criança ao visualizar, em uma sala de espera, a obra “The Doctor” (FIGURA 9). Chamou-lhe a atenção a representação de uma menina em seu leito de morte e da presença plácida e triste dos pais da criança, mas, sobretudo, da figura do médico, que nada mais podia fazer pela vida da pequena:

> Ao lado da menina, um estranho, assentado: o médico. Pois o médico não é um estranho? Estranho, sim, pois não pertence ao cotidiano da família. E, no entanto, na hora da luta entre o amor e a morte, é ele que é chamado.
>
> [...] bem que poderia retirar-se, pois ele já fez o que poderia fazer. Mas não. Ele permanece. Espera. Convive com sua impotência. Talvez esteja rezando. Todos rezamos quando o amor se descobre impotente. Oração é isto: essa comunhão com o amor, sobre o vazio. Talvez esteja

> silenciosamente pedindo perdão aos pais por ser assim tão fraco, tão impotente, diante da morte. E talvez sua espera meditativa seja uma confissão: - Também eu estou sofrendo... (ALVES, 2002, p. 14-15)

Alves (2002) afirma que se encantou pelo quadro à primeira vista, mesmo sem entendê-lo, fixando-se na beleza da imagem do homem solitário, em luta contra a morte, pois, diante dela, todos somos solitários. Segundo o autor: “amamos o médico não por seu saber, não pelo seu poder, mas pela solidariedade humana que se revela na sua espera meditativa” (ALVES, 2002, p. 15).

Atualmente o quadro não está mais na sala de espera dos consultórios médicos. A modernidade transferiu esse momento do lar, lugar de aconchego, amor, para as instituições hospitalares, lugar de poder (ALVES, 2002). “E os médicos foram arrancados dessa cena de intimidade e colocados numa outra onde as maravilhas da técnica tornaram insignificantes a meditação impotente diante da morte” (ALVES, 2002, p. 16).

Iniciamos este capítulo com Alves (2002) para refletirmos sobre a educação médica e a figura do médico que paira no imaginário romântico do ser humano, a imagem de alguém que salva, vestido de branco, parecendo um “cavaleiro solitário” Alves (2002, p. 18-19). Quem ousaria pensar que um médico faria mal a alguém?

A visão descrita por Alves se desfez quando o autor ouviu de um palestrante na *Universidade de Princeton*, New Jersey, que “[...] ‘o hospital de Princeton é uma empresa que vende serviços’ e, sendo assim, “[...] ‘aquele médico não existe mais!’” foi o que pensou o autor (ALVES, 2002, p. 20). Agora, o exercício da medicina se equipara a outra atividade profissional qualquer, não está mais no patamar sagrado, o que levou Alves (2002) à conclusão de que “um médico é uma entidade biopsicológica móvel, portadora de conhecimentos especializados, e que vende serviços”.

Depois de refletir sobre a percepção do autor, fomos em busca de bases científicas para saber como se dá a formação médica, pois acreditamos que as competências profissionais do médico vão além de “vender serviços”.

Marques (2015, p. 51) corrobora com esse ideal do profissional médico quando afirma que:

> Os Pacientes procuram o médico acreditando que ele tem a resposta para todos os seus males. Eles se apoiam em um significante mestre da saúde e julgam que os médicos são seus detentores, daí acreditarem que médicos podem proporcionar e dar o estado de saúde que tanto almejam. Assim, acabam aceitando as intervenções que acreditam ser necessárias para que sua demanda seja atendida.

Porém, em sua pesquisa no âmbito dos processos contingenciais e epistemológicos da responsabilidade médica, a autora nos alerta que, ao longo do tempo, na clínica médica, o profissional “esqueceu o seu fundamento: a escuta”. (MARQUES, 2015, p. 52)

Para Scliar (2007), citado por Marques (2015, p. 52), “[...] percebe-se que o discurso médico vem estabelecendo ao longo dos séculos, modos de vida em sociedade. [...] permeado por diversas mudanças sociais, políticas e culturais”, cujas diretrizes e códigos são discutidos desde a Grécia Antiga até a atualidade “e imputam responsabilidade à prática médica”. Médico é o “especialista” que atua sobre o corpo buscando manter/restaurar a regularidade anátomofuncional do sujeito.

3.1 CONCEITO DE SAÚDE

Do exposto anteriormente, Scliar (2007, p. 30) conclui que “saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas”, além de época, lugar e classe social, são determinantes para essa concepção os valores pessoais e as concepções científicas, religiosas, filosóficas e até mesmo do que pode ser dito das doenças, suas experiências ou de familiares, de cura ou morte. De qualquer forma, estando a doença associada até mesmo a algo sagrado ou pecaminoso cometido, a concepção de saúde seguiu outro curso, mas a responsabilidade pelos cuidados continuou sendo atribuía a um ator social: o médico.

Nas palavras de Scliar (2007, p. 30) “a doença, real ou imaginária, sobretudo a transmissível, é um antigo acompanhante da espécie humana [...]”. O autor aborda a doença (e, consequentemente, a ausência de saúde) desde o que consideravam os escritos bíblicos e outros preceitos religiosos como a Torá ou Pentateuco – citando Deus como o “Grande Médico”, que “traz” a saúde, a cura –, até as concepções de outras culturas, como a indígena, que valoriza a figura do xamã, o feiticeiro, que mediante rituais expulsa maus espíritos que possam ter se apoderado do indivíduo.

O fato é que, em qualquer cultura, o objetivo é restabelecer o bem-estar biopsicossocial, a reintegração do doente.

Na medicina grega, Hipócrates de Cós (460-377 a.C.), considerado o pai da Medicina (sendo uma figura mítica como outras ou não, sabe-se que foi citado por Platão, Sócrates e Aristóteles), e suas práticas representam uma importante maneira de analisar a doença, pois seus escritos traduzem uma visão racional da medicina, longe daquela concepção mágico-religiosa descrita anteriormente (SCLIAR, 2007).

Hipócrates utilizava o método empírico e “Afirmou a causalidade natural para as doenças e postulou a existência de quatro fluidos corporais: **bile negra, bile amarela, fleuma e sangue [grifo nosso]** que estando em desarmonia davam origem ao adoecimento” (MARQUES, 2015, p. 52). Assim, derrubou a hipótese de a doença ser divina ou sagrada, consagrando o homem como uma unidade organizada. De acordo com Scliar (2017, p.32) a descrição dos casos clínicos de Hipócrates revela uma visão epidemiológica do problema saúde-enfermidade:

> A apoplexia, dizem esses textos, é mais comum entre as idades de 40 e 60 anos; a tísica ocorre mais frequentemente entre os 18 e os 35 anos. Essas observações não se limitavam ao paciente em si, mas a seu ambiente. O texto conhecido como ‘Ares, águas, lugares’ discute os fatores ambientais ligados à doença, defendendo um conceito ecológico de saúde-enfermidade (SCLIAR, 2007, p. 33).

Assim, compreende-se que o ambiente podia ser um causador de doenças, ou seja, podia se constituir uma causa exógena. Não apenas o corpo, causa endógena, seria o grande “culpado” pela doença.

Galeno (129-199) afirmava que a doença era endógena, estaria dentro do próprio homem, em sua constituição física ou em hábitos de vida, o que logicamente levaria a um desequilíbrio.

No Oriente, a concepção de saúde seguiu um rumo muito diferente do que se deu no Ocidente – ou concepção hipocrática. Acredita-se na harmonia do corpo, na saúde, através de forças vitais, praticando-se medidas terapêuticas como a ioga, a acupuntura, com a finalidade de restaurar essa energia "[...] 'chi', na China; 'prana' na Índia, no corpo" (SCLIAR, 2007, p. 33).

Na Idade Média europeia, momento em que houve o domínio do pensamento cristão, a concepção de doença resultou do pecado e a cura era uma questão de fé. Nesse período, os cuidados médicos passaram para as ordens religiosas, que, posteriormente, construíram hospitais (local de hospedagem) – em torno das igrejas, não só na Europa, mas em outras terras conquistadas. No Brasil exemplo disso são as Santas Casas de Misericórdia.

Mesmo a Igreja Cristã tendo forte domínio sobre as ciências, de acordo com Scliar (2007, p. 33) "as ideias hipocráticas se mantinham, através da temperança no comer e no beber, na contenção sexual e no controle das paixões", a fim de evitar viver contra a natureza.

Com a modernidade, essa concepção religiosa mudou. Surgiram pesquisadores na área da química, biologia e psicologia que influenciaram o desenvolvimento da medicina, no que se refere à concepção de saúde, doença, mente e corpo, incluindo-se até a alquimia entre as práticas. São dessa época, as ações de nomes como do químico Paracelsus (1493-1541), que passou a administrar pequenas doses de minerais e metais aos doentes (mercúrio por exemplo) no tratamento da sífilis; de René Descartes (século- XVII) que postulou o dualismo mente-corpo, o corpo como máquina, localizando a doença nos órgãos e afastando a ideia da concepção humoral da doença; e de François Xavier Bichat (1771-1802) que afirmou ser a saúde o "silêncio dos órgãos" (SCLIAR, 2007, p. 34).

No final do século XIX, com a revolução pasteuriana e o uso das novas tecnologias da época, houve a aceitação da doença, que passou a ser tratada e

prevenida à luz de novas descobertas científicas, de fatores etiológicos até então desconhecidos. Cresceram também os estudos epidemiológicos, pois o crescimento populacional e o avanço do empreendedorismo para lugares pouco conhecidos trouxeram também as doenças endêmicas e epidêmicas, por isso a necessidade de estudá-las, preveni-las e curá-las. O pioneiro nessa área foi o médico inglês John Snow (1813-1858) com estudos sobre o cólera (SCLIAR, 2007).

A epidemiologia poderia expressar em números o avanço da doença sobre a população, seus indicadores auxiliariam também no combate externo da doença, começando assim uma nova ciência: a estatística. Outros cientistas utilizavam o método numérico em seus estudos desde meados do século XVII (John Graunt, fez estudos analíticos de estatística vital com base em dados dos obituários; Louis René Villermé publicou relatórios sobre a mortalidade em diferentes bairros de Paris; com base nesses estudos, Friedrich Engels se inspirou para escrever “Condição da classe trabalhadora na Inglaterra”, por exemplo). Esse procedimento ganhou força no final do século XIX, como mencionamos, e, com os dados cientificamente comprovados, entraram em cena o Estado e as políticas públicas de intervenção sobre a saúde e a doença.

Scliar (2007) menciona a utilização do método estatístico para a comprovação das condições de saúde e doença mundo a fora, como na Inglaterra, nos Estados Unidos, na França e na Alemanha. Em todos esses países o Estado passou a intervir nos cuidados com a saúde, seja criando secretarias de saúde pública, seja recrutando médicos sanitaristas para que a situação, conforme descrita nos relatórios científicos, não se agravasse ou, ao menos, fosse controlada. Na Alemanha nesse período, a publicação da obra de Johan Peter Frank (1745-1821) lançou o conceito paternalista e autoritário de polícia médica ou sanitária, que, posteriormente foi implantado também na França (SCLIAR, 2007, p. 36).

Mesmo com esse sistema sendo empregado em outros países e o mundo tendo enfrentado duas Guerras Mundiais, ainda não havia um conceito universalmente aceito de saúde e foi necessário um consenso entre as Nações.

Uma primeira tentativa havia sido feita com a Liga das Nações, criada após a Primeira Guerra Mundial, mas não surtiu efeito. Somente após a Segunda Guerra

Mundial e a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 7 de abril de 1948, criou-se uma concepção universal de saúde.

A carta da OMS reconheceu o direito à saúde e a obrigação do Estado de promovê-la e de proteger a população de doenças. Estabeleceu ainda a noção de saúde que reflete uma aspiração nascida dos movimentos pós-guerra, com o fim do colonialismo e a ascensão do socialismo. Segundo Scliar (2007, p.37), assim: "saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade[9]".

Quando falamos em saúde, entendemos uma vida plena, cujos conceitos muitas vezes estão ausentes de Organizações como a OMS e o SUS.

Após a criação das diretrizes da OMS, muitas outras correntes de direitos humanos surgiram com conquistas ligadas a políticas públicas de saúde, como a Declaração de Alma-Ata (cidade da ex-União Soviética, atualmente – no Cazaquistão), que enfatizou a enorme desigualdade entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos destacou a responsabilidade do Estado sobre o provimento das condições de saúde para a população bem como a participação da sociedade no planejamento e implementação dos cuidados com a saúde.

Essas estratégias se baseiam em quatro pontos como mostra Scliar (2007, p. 38):

> 1) As ações de saúde devem ser práticas, exequíveis e socialmente aceitáveis; 2) devem estar ao alcance de todos, pessoas e famílias; 3) a comunidade deve participar ativamente na implantação e na atuação do sistema de saúde; 4) o custo dos serviços deve ser compatível com a situação econômica da região e do país.

Para o autor, esses pontos são a base de um verdadeiro sistema de cuidados primários de saúde, que deve estar inteiramente integrado ao processo de desenvolvimento social e econômico do país, pois só assim conquistar-se-á

[9] Wordld Health Organization. **Constitution of the world health organization**. Basic documents. Genebra: WHO, 1946.

verdadeiramente a saúde, que deve ainda incluir: educação em saúde, nutrição adequada, saneamento básico, cuidado materno-infantil, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas e de outras de maior gravidade e provimento de medicamentos essenciais (SCLIAR, 2007).

No Brasil, esses avanços apareceram na Constituição Federal de 1988, artigo 196, após 40 anos de sua proposição pela OMS:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (SCLIAR, 2007, p. 39).

Respaldado pelo Conselho Federal de Medicina em 1988.

Esse é o princípio que norteia o Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo o bem-estar ao cidadão brasileiro.

Cabe aqui ressaltar que breve, mas necessário histórico, breve sobre o conceito de saúde e suas questões práticas tem relação com o avanço da ciência médica. O início quase que rudimentar dos cuidados com a saúde e questões sobre vida, cura das doenças e morte nos levam a um estudo epistemológico e clínico da medicina. Uma nova racionalidade sobre a anatomia e fisiologia, o desenvolvimento de novas tecnologias (e novas formas de tratamento) e o aprimoramento de técnicas de diagnóstico propiciaram o surgimento da medicina moderna.

3.2 O INÍCIO DA MEDICINA E SUA RELAÇÃO COM O PACIENTE

Nosso objetivo neste subcapítulo não é relatar a História da Medicina, mas seu desenvolvimento relacionado à pratica médica.

Inevitavelmente, ambos estão imbricados, pois como aponta González (2014), as ciências foram se distanciando da Filosofia na medida em que seu campo de

estudo e seus métodos de investigação tornaram-se próprios. A primeira delas foi a medicina, mesmo antes de surgirem as escolas de medicina com Alcmeon de Crotona (século VI a.C.) e de Hipócrates (século V a.C.) e da queda das crenças religiosas/mitológicas mencionadas anteriormente.

Desde a antiguidade, o papel do médico era o de cuidador dos feridos de guerra e ao mesmo tempo de guerreiro. González (2014, p. 34) cita, por exemplo, a Ilíada de Homero[10], em que: “Poldalirio y Maón, hijos de Asclepios (dios de la Medicina) quienes ejecutam um rol doble: militar y médico” e o médico era chamado de “iatros” que em grego significa muito valoroso. No Canto XI da Ilíada, Homero afirma que “[...] um homem que es médico vale por muchos otros” (GONZÁLEZ, 2014, p. 34).

Portanto, pode-se asseverar que, desde os tempos mais remotos, coube ao profissional médico intervir sobre o que fazer em relação ao paciente e que tal prática se tornou uma “bagagem cultural e histórica”, cujos vestígios arquetípicos, simbólicos e conceituais se transformaram um legado da cultura greco-latina antiga (GONZÁLEZ, 2014).

De acordo com Nogueira-Martins (2001, p. 24) a história da Medicina nos ensina que:

> - a Medicina tinha por objetivo o homem doente em sua totalidade;
> - o temperamento do doente e sua história de vida deviam ser valorizadas na compreensão do adoecer;
> - a doença era concebida como uma reação global do indivíduo, envolvendo tanto seu corpo como seu espírito; a intervenção terapêutica deveria restabelecer a harmonia perdida do homem com seu meio e com ele mesmo.

Ao estabelecer os fundamentos da técnica e da arte médica, Hipócrates enfocou uma questão essencial: a relação médico-paciente, que deveria ser pautada pelo princípio “*Primum non nocere*” (antes de tudo não prejudicar).

---

[10] HOMERO. La Ilíada. **Coleción Biblioteca Básica Gredos,** N° 1. Madrid, Espña: Editorial Gredos S. A..; 2000 Tradución Emilio Crespo: a) Canto XI, Fragmento 514.

No século XIX, a visão humanística da medicina continuou a ser o objetivo de diversas gerações de médicos em todo o mundo, que compreendiam o médico como conhecedor da alma e da cultura em que se inseria, o qual sabia que curar não era uma operação meramente técnica mas fundamentalmente humano-científica que envolvia os elementos biológico, cultural e psicológico.

Porém, com o desenvolvimento da microbiologia e da patologia, a ciência médica se transformou profundamente. O doente foi perdendo suas marcas sociais e psicológicas para passar a ser um objeto do saber reconhecido cientificamente e tratado em ambiente próprio: o hospital.

> A Medicina perdeu seu caráter humanista devido à enorme influência que a prática médica sofreu de uma visão reducionista e mecanicista tanto de Homem como de Ciência. O ato médico se ‘desumanizou1 e passou a configurar como ato repetidor dos conhecimentos habilitados pela ciência, tendo assim, entrado no universo das séries de produções (NOGUEIRA-MARTINS, 2001, p. 25)

Mota e Schraiber (2014) corroboram quanto à necessidade de se resgatar a contextualização social da Medicina e da Saúde Pública para estudar sua história, a fim de examinar as questões humanas da vida em sociedade e não apenas o tecnicismo aplicado nas intervenções clínicas. Os autores buscaram desconstruir conceitos que a própria história imprimiu à medicina como “a soberania do conhecimento técnico-científico na qualificação de sentidos da prática dos médicos [...] à redução biomédica dos adoecimentos na aproximação dos doentes” (MOTA e SCRAIBER, 2014, p. 1087).

Em seu artigo, os autores alertam para o que de fato faz parte do saber histórico da medicina e o que são meramente “vultos” da memória, que não dissociados do saber histórico devem ser analisados com cuidado, por registros que possam ser considerados documentos. Citando Brauduel[11] afirmam:

[11] BRAUDUEL, F. História e ciências sociais: a longa duração. In: NOVAIS, F. A.; SILVA, R. F. (orgs). **Nova história em perspectiva**. São Paulo: CosacNaif, 2011.

> Nem todos os documentos são testemunhos [...] nem todos os fatos considerados estabelecidos são acontecimentos pontuais. Muitos acontecimentos reputados históricos nunca foram lembranças de ninguém. O ato concreto pelo qual reaprendemos o passado no presente é o reconhecimento (MOTA e SCRAIBER, 2014, p. 1087).

No caso da medicina, há que se considerar essa distinção. Como sinalizamos anteriormente, há muitos dados que podem ter feito parte de fato da sua história, como também podem ser meros resquícios de memórias que não podem ser comprovadas, mas não devem ser desconsideradas, principalmente no que se refere às práticas médicas desde os seus primórdios até a atualidade.

Explorando o conceito de saúde, abordamos o surgimento e as transformações da medicina e de suas práticas, a evolução técnico-científica da área, a herança que as gerações de novos profissionais médicos carregam. Resta-nos abordar o que significa cuidado no âmbito histórico da medicina.

Quando falamos de cuidado, nos referimos a responsabilidade, conforme a exposição de Mota e Schraiber (2014, p. 1088):

> Cuidar é tornar-se responsável pela articulação entre o sofrimento e o homem, na busca de preservar do sofrimento a potencialidade dessa pessoa como sujeito histórico, mesmo que sua experiência corporal dê sinais de que um acontecimento (o adoecer) lhe roubou essa esperança de permanência numa linha progressiva e estável da vida humana.

A partir da reflexão sobre a concepção de cuidar, reportamo-nos ao que já foi expresso anteriormente, à medicina não cabe apenas a arte de curar e o hospital não pode ser visto somente como local de tratamento como afirmou Foucault (2015b)

No âmbito científico, atualmente a responsabilidade médica é maior e requerida pelo cidadão. A humanização da medicina chega a ser um movimento, sem deixar de exigir do profissional médico o uso de toda a tecnologia e conhecimento que está ao seu alcance.

Dessa forma, o termo cuidado designa uma reaproximação daquela prática hipocrática, na relação médico-paciente: uma relação de ajuda. Essa relação pode ser considerada uma técnica no processo de atendimento às necessidades da pessoa humana, considerando-a de modo holístico e não apenas como um órgão adoecido ou em função do nome de uma doença. Mas também pode caracterizar uma sociedade de exploração e competição das relações sociais de exploração.

Esse paradigma não é novo e consideramos importante que diante da solicitação de transformações no ensino médico seja resgatada da tal prática/técnica: tratar o homem e não apenas a doença. Destarte, resgata a compaixão pelo ser humano. Acreditamos, em função do estudo realizado, que "cuidar" do paciente vai além de ir direto ao diagnóstico e às recomendações clínicas (guardadas as exceções), pois ouvir o corpo daquele que sofre já torna o profissional diferente, mais humanizado.

A análise sobre o médico feita por Alves (2002) no início deste capítulo mostra que sua imagem não é tão romântica como ele imaginava, tanto que para Engelhardt[12] citado por Marques (2015. p. 53):

> Resgatar o histórico da medicina permite ao médico contextualizar e defender a medicina como prática e clínica ao situá-lo em um campo epistemológico e ético. É pertinente dizer que definir o lugar de encontro entre a medicina e a clínica irá realocar a própria estrutura da prática médica, pois permitirá o diálogo entre os princípios e diretrizes que a prática clínica pressupõe na relação entre paciente e médico.

Mesmo que a necessidade do atendimento humanizado seja preconizado pelos autores, como exposto, o sistema implementado na rede pública de saúde muitas vezes pode interferir nesse procedimento.

Na formação médica, são priorizadas disciplinas voltadas para a prática pois é contando com o paciente, é o que nos mostra a grade curricular dos Cursos de Medicina – que será demonstrada mais adiante –, as quais primam pela

[12] ENGELHARDT JR, H. T. Ética médica, códigos de ética médica e bioética. **Rev. Bioét**. (impr.). 2009;17(3):360

objetividade, pela técnica, e “a perspectiva humana, da profissão, ou seja, sua vocação humanística” (MARQUES, 2015, p.53), parece ter ficado em segundo plano.

O aparato mecânico ofuscou a voz do paciente e a aproximação do médico. Será que é possível resgatar essa aproximação da educação médica em uma reforma curricular ou, no caso do nosso estudo, durante o período de estágio obrigatório da prática, no nono período do Curso de Graduação em Medicina?

3.3 A CLÍNICA MÉDICA

Como exposto, a medicina fixou sua data de nascimento em torno dos últimos anos do século XVII, quando refletiu sobre sua ciência, sua teoria e sobre aquilo que pode ser identificável.

Para Foucault (2015a, p. X prefácio):

> O rejuvenescimento da percepção médica, a iluminação viva das cores sob o olhar dos primeiros clínicos não é, entretanto, um mito; no início do século XIX, os médicos descreveram o que, durante séculos, permaneceram abaixo do limiar e do enunciável.

Isso significa afirmar que a clínica médica passou por uma grande ruptura, pois nasceu uma nova experiência da doença, a partir do conhecimento científico. Ruptura essa que ocorreu inclusive, na maneira de abordar o paciente e sua doença.

Assim, o discurso na clínica médica mudou: em vez de perguntar ao paciente “o que você tem?”, o médico passou a perguntar: “onde lhe dói?”, uma vez que a clínica aparecia carregada de valores imprecisos:

> [...] nela provavelmente se decifrariam figuras incolores da doença sobre o doente, a diversidade dos temperamentos individuais, a probabilidade da evolução patológica, a necessidade de uma percepção vigilante, inquieta com as mínimas modalidades visíveis, a forma empírica, cumulativa e indefinidamente aberta ao saber médico, velhas noções usadas há muito tempo em que sem dúvida, já formavam o equipamento da medicina grega (FOUCAULT, 2015a, p. XVII prefácio).

Para Foucault (2015a, p. 2), com as mudanças uma nova clínica tomou espaço: a medicina classificatória das espécies; “o espaço de *configuração* da doença e o espaço de *localização* do mal no corpo, só foram superpostos na experiência médica [...]” durante o desconhecimento da anatomia patológica. A partir do momento em que se conhece mais sobre as doenças, o quadro mudou.

A organização se deslocou do indivíduo e das suas particularidades para o corpo (o organismo) e suas afecções. De acordo com Marques e Martins (2014, p. 53, “com relação aos destinos da prática diagnóstica, vislumbra-se algo da ordem de uma descrição de fenômenos que substituem a clínica particular”. Como exemplo, as autoras citam a classificação da psiquiatria (doenças mentais), em que a apresentação da descrição da doença em uma linguagem universal, facilitaria a comunicação dos médicos e minimizaria os efeitos de uma atenção voltada para os sintomas da doença, para aquilo que o sujeito diz que sente, ou seja, não haveria a interferência particular no diagnóstico da doença.

Este exemplo é o que Foucault (2015a) chamou de “medicina classificatória”, em que a doença aparece através do corpo. Porém, para a medicina classificatória, o fato de um órgão ser atingido não significa a possibilidade de se definir uma doença, pois essa pode migrar de um órgão para outro, uma dor localizada pode irradiar para outro ponto do corpo e, assim, mascarar um diagnóstico. Daí a necessidade do saber médico de realizar a anamnese e solicitar exames clínicos que auxiliem nos procedimentos subsequentes: – prescrever tratamentos, e medicamentos, solicitar internações, e procedimentos cirúrgicos e o que mais se fizer necessário pois “nesse espaço corporal em que circula livremente, a doença sofre metástase e metamorfoses” (FOUCAULT, 2015a, p. 10). E isso significa restaurar um ideal de saúde como sendo normal.

Aqui nos deparamos com algo subjetivo: o que pode ser considerado normal e o que é anormal? Como vimos no início do capítulo, a concepção de saúde tenta responder a essa questão – é o bem-estar biopsicossocial que também depende da concepção de cada indivíduo à luz do seu modo de vida, antes ou após a experiência de uma doença.

O trabalho desenvolvido na clínica médica não se restringe apenas ao diagnóstico preciso que o médico faz com o auxílio do aparato tecnológico de que dispõe na atualidade.

De acordo com Foucault (2015a, p. 12), “o que faz o ‘corpo’ essencial da doença se comunicar com o corpo real do doente não são [...] nem os pontos de localização, nem os efeitos de duração; é antes a qualidade”.

O que antigamente era medido (matematicamente), determinado na clínica médica em relação ao aparecimento ou agravamento dos sintomas da doença, então passou a exigir do médico um olhar qualitativo. Para saber sobre a doença, é preciso olhar os sintomas: onde há ardor, secura, debilidade, etc. (FOUCAULT, 2015a). Segundo o autor: “o olhar médico, aberto a essas qualidades tênues, torna-se por necessidade, atento às modulações; a decifração da doença em suas características [...]deve apreciar cada equilíbrio singular” (FOUCAULT, 2015a, p. 14).

O que a medicina classificatória provocou foi uma equação entre os sintomas apresentados no espaço do corpo, ou seja, suas particularidades, e o indivíduo enquanto espera pelos resultados. É um paradoxo, sem dúvidas. Um médico não pode desconsiderar as particularidades do paciente, sua história, seu temperamento e sua vivacidade, em favor apenas do conhecimento da doença. É necessário conhecer o todo e suas partes.

A medicina das espécies, como nos mostra Foucault (2015a) se empenhou em uma atenção renovada do indivíduo, buscando não apenas “enxergar” a doença, mas o doente, aquele que sofre.

Ou pelo menos deveria ser assim, pois:

> Médico e doente estão implicados em uma proximidade cada vez maior e ligados, o médico por um olhar de espreita, apoia mais e penetra, e o doente pelo conjunto das qualidades insubstituíveis que nele traem, isto é, mostram e variam as belas formas ordenadas da doença. (FOUCAULT, 2015a, p. 16)

Assim, deveria ser o olhar médico na atualidade, demorando-se mais sobre o paciente, sobre o indivíduo.

A questão que colocamos em consonância com Foucault (2015a) é que o profissional médico “aprende a ser médico”, sobretudo na prática hospitalar, e não apenas durante seu período de graduação.

4 MARCO CONCEITUAL DA EDUCAÇÃO MÉDICA

Neste capítulo, resgataremos a história da Educação Médica, ou parte dela pois “com a história, a dimensão do fato, do acontecido, do acontecimento opera sempre em sintonia com o que é estabelecido no momento em que o fato ocorreu” (MONTENEGRO, 2001, p. 19). Assim, iniciando como apresentado no capítulo anterior, Foucault (2015a) demonstrou-nos que:

> A Clínica Medica passou por uma reforma que olhava o paciente com ser humano de fato, ou seja, primava pela atenção primária da saúde, para uma prática clínica em que a matemática também exercia grande influência sobre o diagnóstico do doente. Já na espacialização secundária, exigia-se uma percepção singular, liberada das estruturas médicas coletivas. E na espacialização terciária “O conjunto os gestos pelos quais as doenças, em uma sociedade em que é envolvida, medicamente envolvida, isolada, repartida em regiões privilegiadas e fechadas, ou distribuídas pelos meios da cura , organizados para serem favoráveis. [...] ela implica um sistema de opções que diz respeito à exclusões, estabelece as formas de assistência, reage ao medo da morte, recalca ou alivia a miséria, intervém nas doenças ou as abandona a seu curso natural. [...] ela é o lugar de dialéticas diversas: instituições heterogêneas, decalagens cronológicas, lutas políticas, reinvidicações políticas e utopias, pressões econômica, afrontamentos sociais. (FOUCAULT, 2015a, p. 16)

Portanto, a partir dela, a experiência médica oscilou e definiu suas dimensões para um novo solo.

No breve histórico que Foucault desenvolve sobre o ensino médico, em “O nascimento da clínica”, descreve o hospital como o novo local da aprendizagem e não mais a casa do doente junto aos seus familiares, onde esse encontraria o aconchego, o afeto, a “doçura dos cuidados espontâneos” e onde seria o desejo comum do paciente estar (FOUCAULT, 2015a).

O autor exprime também que essas fundações hospitalares não foram poupadas de críticas, ainda no século XVIII, uma vez que, hospitalizado, o indivíduo estava incapacitado de produzir e era assistido pelo Estado, o que caracterizava uma carga para o hospital. “A assistência de que se beneficia só a ele diz respeito” (FOUCAULT, 2015a, p.16), pois sua família ficava à mercê da pobreza e exposta às doenças.

Por isso, a medicina classificatória e os economistas corroboravam a tese de que o hospital era um lugar aberto, “um espaço sem morfologia própria, a não ser a das semelhanças percebidas de indivíduo a indivíduo e de cuidados oferecidos por uma medicina privada a um doente privado” (FOUCAULT, 2015a, p. 20). Assim, os hospitais se tornaram locais para a organização do saber médico, com o estabelecimento de normas e condutas a serem seguidas para alcançar o objetivo de restabelecer a saúde do doente, além de exercer um duplo papel: o lugar do olhar médico e das experiências livres para o saber que formula o mestre.

Mas qual o papel do Estado na promoção de uma medicina capaz de tornar esses cuidados gratuitos e assegurados por médicos que os praticassem com uma formação qualificada, longe daquela postura místico-religiosa?

Somente após a Revolução Francesa, esse quadro mudou, com a medicina das epidemias, em que as classes não sofreram com a exclusão e a doença se tornou acabou por afetar a população de maneira exponencial.

Os tratados e decretos assinados a partir de 1776, a criação da Sociedade Real de Medicina e dos conselhos formados por membros do Estado e por profissionais da saúde, levando-se em conta também os anseios dos membros da sociedade, mudaram o cenário do exercício médico, não só na França, mas globalmente.

Nos anos seguintes à Revolução, nasceram grandes mitos, ocorreram mudanças no Poder Público e na sociedade e, também, na prática médica, que passou a não mais ser considerada “tarefa sagrada”. Exigindo-se do médico uma qualificação para o exercício da profissão, ao término dos seus estudos, ele passava a ocupar o posto que lhe fosse designado e somente depois de adquirir experiência poderia escolher onde e em que área atuar. Cabia ao médico, ainda, responsabilizar-se pelo exercício da sua profissão e por seus erros, caso ocorressem.

Muitas reflexões expostas por Foucault (2015a) são tratadas pelo próprio autor como mito, história oral, pois não há documentos comprobatórios daquela época, por exemplo, acerca das práticas dos médicos e padres exercidas na Idade

Média. Não vamos deixar de considerá-las, ainda que não como verdades absolutas, mas como dados para nossa reflexão:

> A medicina não deve mais ser apenas o corpus de técnicas da cura e do saber que elas requerem; envolverá também, um conhecimento do homem saudável, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do homem não doente e uma definição do homem modelo. [...] Situa-se nessa zona fronteiriça, mas soberana para o homem moderno, em que uma felicidade orgânica, tranquila, sem paixão e vigorosa se comunica de pleno direito com uma nação, o vigor de seus exercícios, a fecundidade de seu povo e a marcha paciente de seu trabalho. (FOUCAULT, 2015a, p. 38)

Para Foucault, esta é uma ilusão: o exercício médico com o conhecimento do homem social e natural, prescrito por Lanthenas[13] (citado por FOUCAULT, 2015a). O ensino médico sistematizado segundo Foucault (2015, p. 47) nasceu, principalmente, para lutar contra os charlatães, os empíricos “e as pessoas sem título e sem capacidade de exercerem a medicina”.

As universidades existentes na época foram “reorganizadas”, a medicina precisava ser ensinada em faculdades com uma cátedra definida. Muitas foram as tentativas de sistematizar esse ensino, primeiramente com três anos de duração, depois com quatro. Os alunos deviam submeter-se a exames de conhecimentos (aplicados pelos médicos mais experientes na área), tanto para atuar quanto para poderem cobrar dos seus pacientes. Não eram citadas disciplinas específicas a princípio, somente a matemática, a geometria, a física e a química. Isso mostra ainda um forte vínculo com a medicina classificatória. Porém, a prática era essencial, o futuro médico devia fazê-lo em hospitais e com o auxílio de um médico competente. Mas o exercício da prática se dava onde essa expertise pouco importava, uma vez que o ensino era diversificado e os estudantes aprendiam mais a conhecer as doenças de cada clima e informavam ao preceptor sobre os métodos que produziam melhores resultados (FOUCAULT, 2015a).

[13] LANTHENAS, F. **De l’nfluence de la liberte sur la santé, la morale et le bonheur**. Paris: s/e, 1798, p. 18.

Percebe-se que a prática era dissociada do ensino teórico e universitário. Porém, os reformadores não chegaram a propor uma versão institucional, como nos mostra Foucault (2015a, p. 51).

> A formação prática não é a aplicação pura e simples do saber abstrato (bastaria, então, confiar esse ensino prático aos professores das próprias escolas); mas tampouco pode ser a chave desse saber (só se pode adquiri-lo quando este for obtido por outros meios); é que, de fato, esse ensino prático é definido conforme as normas de uma medicina do grupo social, enquanto não se separa a formação universitária de uma medicina mais ou menos aparentada com a teoria das espécies.

Nessa fase da medicina, houve a criação de uma estrutura institucional e científica[14]. Foi esse olhar que determinou os novos caminhos da medicina.

4.1 REFLEXÃO DO PENSAMENTO CLÍNICO DE FOUCAULT E O MODELO BIOPSICOSSOCIAL DE ABRAHAM FLEXNER

Em seu livro “O nascimento da clínica”, Michel Foucault (2015a) faz um estudo arqueológico do saber clínico ocidental e, por meio de uma análise estrutural, relata os caminhos da medicina desde seus primórdios: da produção do conhecimento clínico até a transformação que ocorreu na estrutura da sua racionalidade e o domínio da sua experiência (CRUZ, FERNANDES, PIMENTA, OLIVEIRA, 2013).

No seu relato, o autor critica o passado da medicina, tratando-a como meramente científica. Assim, é possível compreender o paradigma atual da medicina e dos desafios que se apresentam na busca da sua valorização e do que a população espera: a centralidade no paciente e um modelo de prática clínica voltada para a atenção biopsicossocial, como preconizam a Organização Mundial de Saúde (OMS) e documentos oficiais, como as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), para o campo da medicina no âmbito educacional.

[14] Ver Foucault (2015a, p. 61).

Anteriormente, na figura do médico retratada por Foucault (2015), a medicina era exercida ao “lado da cama do paciente” (o que é representado no quadro de Sir Samuel Luke Filfes, 1844-1927) e, então, foi tomando outros contornos: a doença passou a ser a protagonista do olhar médico, e não mais o indivíduo que dela sofre. Nessa compreensão, o homem apresenta os sintomas e cabe ao médico “decifrar” os sintomas (os signos ocultos) e tratá-los.

Como o conhecimento da anatomia patológica, persistiu por muito tempo um poder à figura do médico foi repassado ao longo dos séculos segundo Flora[15] (2006) citado por Cruz (e cols.) (2013, p. 32), pois “ao lidar com o ser biopsicossocial, a medicina moderna não encontra o terreno anátomo e fisiopatológico a que foi exercitado a descobrir”. Por isso a necessidade de se discutir as metodologias de ensino do curso de medicina utilizadas até então.

No século XIII, conhecido como “era da medicina baseada em evidências”, o exercício clínico se baseava no “olhar”, o que, muitas vezes, podia enganar o investigador, uma vez que a pergunta se direcionava ao doente (“onde dói?”) e sua resposta podia mascarar outros sintomas que irradiam para outros órgãos e não somente aquele que ele sinaliza. Flora alerta que o médico poderia “esquecer a pessoa por trás da doença”.

Enquanto a saúde se fundamentava na ausência de doenças, a formação médica se voltou para o tratamento e a prevenção de doenças. Por isso é necessário se voltar para os questionamentos em relação ao ensino médico: não mais voltado para o tratamento, mas sim para a prevenção de enfermidades.

4.1.1 Abraham Flexner: o surgimento do Relatório sobre a educação médica

[15] FLORA, F. A. M. As origens históricas da clínica e suas implicações sobre a abordagem dos problemas psicológicos na prática médica. **Rer. Bras. Fam. e Com**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 7, out../dez. 2006. Disponível em: <www.rbmfc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/56/46> Acesso em: 27 jan. 2017.

Abraham Flexner (1866-1959), pesquisador social e educador norte-americano, comissionado pela Carnegie Foundation, publicou, em 1910, o “Medical Education in the United States and Canada – A report to the Cranegie Foundation for the Advancement of Teaching”, conhecido como Relatório Flexner[16], que tratava da educação médica.

Os resultados do Relatório Flexner exerceram influência nas escolas médicas a partir de meados dos anos 1950, gerando profundas implicações, tanto para a formação médica quanto para a medicina global.

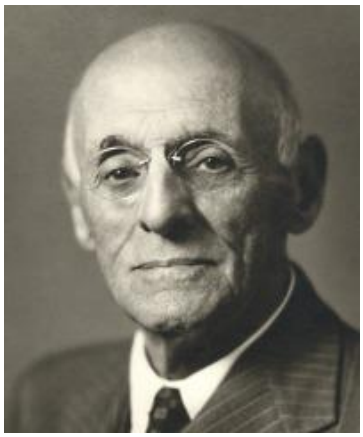
O relatório em questão se referia à arquitetura curricular dos países industrializados e introduziu critérios de cientificidade e institucionalidade para a regulação da formação acadêmica e profissional no campo da saúde.

Segundo Pagliosa e Da Ros (2008, p. 493), o adjetivo flexneriano:

> É aplicado, geralmente com caráter pejorativo, aos currículos que apresentam uma divisão clara entre um período ou ciclo inicial de disciplinas básicas, seguido de outro dedicado aos estudos clínicos.

[16] FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada – “A report to the Cranegie Foundation for the Advancement of Teaching”**. Disponível em: <file:///C:/Users/Valéria/Documents/TESE%20FASE%201/Flexner_Report.pdf> Acesso em: 27 jan. 2017.

FIGURA 5 – ABRAHAM FLEXNER (1866-1959)



Fonte: Disponível em: <https://www.ias.edu/scholars/flexner> Acesso em: 27 jan. 2017.

Já passados 100 anos da publicação do relatório, esse modelo de educação médica ainda é vigente em muitas escolas de medicina, como mostram várias publicações especializadas[17], o trabalho de Martins, Pontes, Gonçalves, Soranz e Malafaia (2005), bem como o estudo realizado por Almeida Filho (2010) no ano em que foi comemorado o centenário da publicação do citado relatório.

Desse modo, falar sobre educação médica nos remete à reflexão sobre o Relatório Flexner, seja numa visão positiva ou negativa. O autor foi proclamado como o líder da reforma no ensino médico. Mas a reforma já vinha acontecendo na Alemanha e nos Estados Unidos, de acordo com Pagliosa e Da Ros (2008). A publicação do Relatório, por sua vez, tornou a reforma conhecida por um grande público.

Flexner foi convidado pelo então presidente da *Carnegie Foundation*, Henry S. Pritchet, a realizar um estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos e no Canadá, que se transformou no tão famoso relatório. Nessa empreitada, ele visitou 155 escolas de medicina dos dois países durante seis meses. Com base nas avaliações que fez, Flexner redigiu o relatório. Durante sua vida, desenvolveu outros estudos sobre a educação médica: em 1912, 1925, 1929 e 1930, especialmente

[17] Conferir: MARTINS, J. J.; PINTO, L. F.; GONÇALVES, R. A.; SORANZ, D. R.; MALAFAIA, M. F. **Formação médica no Brasil**: um estudo dos egressos no período de 1982 a 2003. Rio de Janeiro: ABEM, 2005.

sobre as escolas de medicina europeias; e em 1960, escreveu sua autobiografia. Também durante suas atividades acadêmicas ajudou a organizar o Instituto de Estudos Avançados de Princeton, com três escolas, de matemática, economia e política e humanidades (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

4.1.2 O modelo flexneriano e as práticas médicas atuais: críticas e reflexões

De acordo com Almeida Filho (2010, p. 2235):

> - Do ponto de vista pedagógico, o modelo de ensino preconizado por Flexner é considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente á superespecialização, com efeitos nocivos (e até perversos) sobre a formação em saúde.
> - Do ponto de vista da prática em saúde, dele resultam os seguintes efeitos: educação superior elitizada, subordinação do Ensino á Pesquisa, fenômeno á mercantilização da medicina, privatização da atenção á saúde, controle social da prática pelas corporações profissionais.
> - Do ponto de vista da organização dos serviços em 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.
> - Do ponto de vista 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 á saúde de nossa população e dele resultam sérias falhas estruturais do sistema de formação em saúde. (ALMEIDA FILHO, 2010, p.2235).

As críticas tecidas pelo autor mostram um cenário que parece ser de difícil mudança. Mas é o que as escolas de medicina atualmente estão tentando fazer: implementando novos processos de ensino-aprendizagem, com a aplicação das metodologias ativas, como demonstrado no estudo realizado por Costa, Tonhom e Fleur (2016). No estudo, desenvolvido na Faculdade de Medicina de Marília, os alunos não são meros expectadores do professor que leciona a disciplina, uma vez que, como metodologia de ensino, são aplicadas as estratégias da pedagogia da problematização, em que o aluno é estimulado a questionar e refletir sobre sua prática e sua aprendizagem, o que se dá logo no início do curso nas unidades de

prática profissional (UPP), bem como o currículo do curso está organizado por competências.

Muito embora a reforma preconizada por Flexner tenha repercutido tardiamente no Brasil, suas marcas ainda permanecem em muitas faculdades de medicina.

O relatório traz termos que configuram as escolas de medicina como “feudos” dentro das universidades (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 2241), separadas e autônomas com peculiaridades e regras próprias. Assim, uma das recomendações do relatório era reintegrar a faculdade de medicina à instituição universitária.

> [...] schools of law, of medicine, and of theology. In some cases these relations were of the frailest texture, constituting practically only a license from the college by which a proprietary medical school or law school was enabled to live under its name. In other case the medical school was incorporated into the college or university, but remained an *imperium in imperio*, the college assuming no responsibility for its standards or its support. In yet other cases the college or university assumed partial obligation of support, but no responsibility for the standards of the professional school, while in only a relatively small number of cases was the school of law or of medicine an integral part of the university, receiving from it university standards and adequate. (FLEXNER (1910, p. VII).

A crítica de Almeida Filho (2010) à conclusão do relatório (que considera uma omissão e, ao mesmo tempo, uma hipótese) é a compreensão de que algumas (não todas) universidades no Brasil que mantêm o curso de medicina a denominam “faculdade de medicina”, como um império, conforme afirmava Flexner, e questiona: “continuam impérios dentro do império?” (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 2242).

> O autor afirma que equivocam-se aqueles que consideram Flexner como defensor de uma formação com base em conteúdos e não métodos, que sua visão da saúde exclusivamente biológica e reduciononista, 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 [...] (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 2247).

Uma vez que o relatório foi publicado em um momento socioeconômico e cultural específico, o referido autor aponta que, para a época, Flexner propunha apenas uma reorganização dos conhecimentos com base numa abordagem disciplinar. A organização curricular por disciplinas em 1910 era considerada vanguardista e isso implicava um avanço no campo das ciências, pois representava que os conhecimentos desenvolvidos no âmbito das universidades seriam aplicados na vida social (ALMEIDA FILHO, 2010).

Em 1970, quando tal modelo foi implantado no Brasil no campo da saúde, ele representava um intenso esforço de produção teórica para alimentar a luta ideológica de resistência contra o regime militar.

Por isso, alerta Almeida Filho (2010, p. 2247), “no Brasil desenvolveu-se [...] uma retórica falseadora dos elementos axiais do pensamento de Abraham Flexner”, um movimento anti-flexneriano, principalmente, na área da saúde e perante toda a educação brasileira.

Retornando à análise do relatório, a justificativa de Prichett ao solicitá-lo baseou-se na constatação de que, há 25 anos, havia a superprodução de médicos “mal treinados” e escolas que se prestavam ao aumento do número de formandos e o aumento da lucratividade das instituições de ensino, em sua maioria privadas (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 2242-2243).

> The significant facts revealed by this study are there:
>
> (1) For twenty-five years past there has been an enormous over-production of un education and ill trained medical practitioners. This has been is absolute disregard of the public welfare and without any serious thought of the interests of the public. Taking the United States as a whole, physicians are four or five times as numerous in proportion to population as in older countries like Germany.
> (2) Over-0production of ill trained men in due in the main to the existence of a very large number of commercial schools, sustained in many cases by advertising methods trough which a mass of unprepared youth is drawn out of industrial occupations into the study of medicine.
> (3) Until recently the conduct of a medical scool was a profitable busness, for the methods of instruction were mainly didactic. As the need for laboratories has become more keenly felt, the expenses of an efficient medical school have been greatly increased. The inadequacy of many of these schools may be judged from the fact that […] (FLEXNER (1910, p. 53)

Quanto à metodologia de ensino, o Relatório assevera que:

> […] On the pedagogic side, modern medicine, like all scientific teaching, is characterized by ativity. The student no longer merely wathes, listens, memorizes; he *does*. His own activities in the laboratory and in the clinic are the main factors in his instruction and discipline.And education in medicine nowadays involves both learning and learning how; the student cannot effectively know, unless he knows how […] (FLEXNER (1910, p. 53).

Ou seja, segundo o relatório, a medicina era caracterizada por atividade e ensino científicos. O estudante não era meramente observador, que ouvia e memorizava, ele fazia. Suas principais atividades se baseavam no trabalho na clínica e no laboratório, fatores da própria disciplina. “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 [...]”, alertava o relatório, segundo aponta Almeida Filho (2010, p. 2242), na tradução da citação anterior.

Essa compreensão se assemelha muito com o que, atualmente, é aplicado na metodologia pedagógica denominada aprendizagem baseada em problemas (ABP) ou pedagogia da problematização (PBL[18]), utilizada em muitas universidades brasileiras. Ela forma um profissional que busca as respostas aos problemas encontrados no campo de atuação (estágio) e não espera que o professor as forneça. Isso reforça que o estudante deve buscar a aprendizagem para que, quando formado médico, independente da especialização que escolha, saiba resolver os problemas com os quais se deparará.

Em 1910, Flexner apresentou a necessidade de estimular o estudante a ser atuante no seu processo de formação. 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”, destaca a tradução de Almeida Filho (2010, p. 2242). Na transcrição do relatório, reproduzida pelo referido autor, lemos:

[18] Do inglês *Problem Based Learning.*

> [...] makes to his ministrations.The progress of Science and the scientific or intelligent practice of medicine employ, therefore exactly the same technique. To use it, wether in investigation or in the practice, the student must be trained to the positive exercise of his faculties; and if so trained, the medical school begins rather than completes his medical education. It cannot in any event transmit to him more than a faction of the actual treasures of the science; but it can at least put him in the way of steadily increasing his holdings. A professional habit definitely formed upon scientific method will convert every detail of his practicing experience into an additional factor in his effective education […] (FLEXNER (1910, p. 55).

De forma alguma, estamos defendendo as ideias preconizadas por Flexner, passados 117 anos da sua pesquisa e da publicação do seu relatório. A pesquisa bibliográfica mostra que há autores que questionam os resultados do Relatório Flexner e outros, como Almeida Filho –utilizado como referência neste trabalho –, que desmistificam algumas abordagens teóricas feitas ao longo dos anos. Além disso, o têm como o grande responsável pela pedagogia departamental e segmentação das disciplinas, não apenas observadas na área da saúde como em outras áreas do saber em diversos cursos de graduação nas universidades pelo mundo.

No caso da medicina, o mito apontado por Almeida Filho (2010) é de que Flexner tinha uma visão da educação exclusivamente biológica e mecânica do conhecimento sobre saúde-doença e a própria medicina. Em relação ao conhecimento das ciências básicas mínimas, mas não suficientes para a prática médica (física, química e biologia), o autor do relatório alerta que:

> [...] So far we have spoken explicitly of the fundamental sciences only. They furnish, indeed, the essential instrumental basis of medical education. But the instrumental minimum can hardly serve as the permanent professional minimum, it is even instrumentally inadequate. The practitioner deals with facts of two categories. Chemistry, physics, biology enable him to apprehend one set; he needs a different apperceptive and appreciative apparatus to deal with other, more subtle elements. Specific preparation in in this direction much difficult; one must rely for the requisite insight and sympathy on a varied and enlarging cultural experience […] (FLEXNER (1910, p. 26).

Da citação, extrai-se que o estudante deve, além de obter as disciplinas básicas para o exercício profissional, desenvolver o insight e a empatia numa experiência variada de onde atuará, o que, atualmente, denominamos competência profissional.

Quanto à aplicação da tecnologia na prática médica, o próprio Flexner (1910, p. 26), citado por Almeida Filho (2010, p. 2244), afirma: “nós podemos então descrever de modo justo que a medicina moderna é caracterizada por uma manipulação severamente crítica da experiência”. Ainda nas palavras de Flexner: “a medicina moderna [1910] [é] lida, portanto, não apenas com certezas, como faz o empirismo, mas também com probabilidades, pressupostos, teorias”.

Percebemos, então, um distanciamento da medicina praticada apenas pelo “olhar” clínico do médico e uma aproximação da cientificidade.

Quanto à questão da medicina curativa e individual, um dos paradigmas atribuídos a Flexner, e um alerta de Almeida Filho (2010, p. 2244), é que, ao contrário, se tratava de uma medicina integralizadora e societária, conforme o relatório: “mas a função do médico está se tornando rapidamente social e preventiva, mais que individual e curativa” (FLEXNER, 1910, p. 26), pois:

> [...] nele [**o médico** [**grifo do autor**]] a sociedade confia para avaliar, e através de 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, citado por ALMEIDA FILHO, 2010, p. 2245).

Concluindo a análise sobre o Relatório Flexner e sua importância para a estruturação curricular dos cursos da área de saúde, especialmente da medicina, de acordo com Almeida Filho (2010), citando Vinten-Johansen e Riska[19], não há menção no Relatório sobre a necessidade da formação humanista do médico, pois

[19] VINTEN-JOHANSEN, P; RISKA, E. New oslerians and real flexnerians; the response to threatened professional autonomy. **Int. J. Health Serv.** 1991; v. 2, p. 75-108.

tal formação os estudantes já teriam recebido no "*college*", que corresponde ao ensino médio no Brasil. Eis o fragmento da afirmação:

> O requisito é, portanto, necessariamente um requisito de *college,* cobrindo [...] dois anos, porque três cursos laboratoriais não podem ser conduzidos e ministrados em período muito curto. Isto é uma circunstância afortunada dado que favorece o desenvolvimento simultâneo do estudante em relação a outras linhas 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. [...] O requisito preliminar para entrada na educação médica deve, portanto, ser formulado em termos que estabelecem uma distinta relação, pedagógica e cronológica, entre a escola médica e outros órgãos educacionais. (FLEXNER, 1910, p 26, citado por ALMEIDA FILHO, 2010, p. 2245-2246).

Assim, estando a "escola de medicina" integrada à universidade, exige do futuro estudante uma formação humanística, que se espera tenha sido recebida no ensino médio, como preconizado na atualidade no Brasil pela LDB, através dos temas transversais e mesmo nas Diretrizes Curriculares, com as competências que o futuro profissional deve desenvolver, além das habilidades.

A arquitetura curricular para o ensino médico nos Estados Unidos (EUA), proposta por Flexner (1910), foi "copiada" por outros cursos de graduação: a seleção de disciplinas, a divisão por períodos, a departamentalização dos cursos. Não apenas nos EUA, mas no Brasil se tomou esse modelo também, ocultando-se certos pontos do relatório, como já comentamos a partir da fundamentada análise feita por Almeida Filho (2010) sobre o documento de Abraham Flexner.

O Relatório Flexner não trata da avaliação do professor em relação aos conhecimentos adquiridos pelo estudante, mas indica que essa era feita com rigor pelos conselhos estaduais reguladores da prática médica (compostos por pessoal do governo e não por médicos). Eram eles que prescreviam a acreditação das instituições para seu funcionamento, onde se previa o regime de ciclos, a dedicação exclusiva dos docentes e a proibição da clínica privada (ALMEIDA FILHO, 2010, p.

2247). Citando Bonner[20] (ALMEIDA FILHO, 2003, p. 150), o autor relata que tais recomendações foram contestadas pela Associação Médica Americana, pois considerava que tal avaliação caberia a um especialista da área.

A análise do modelo de ensino médico que propõe o Relatório Flexner varia de acordo com a proposta ideológica daquele que o estuda. Aqui, apresentamos algumas distorções e até omissões de pontos importantes para nosso estudo sob a ótica de Almeida Filho (2010).

Apesar de termos observado que o Relatório Flexner (1910) propõe uma reorganização do conhecimento (modelo biomédico) e que apresenta pontos positivos e negativos, pois foi adotado e aplicado em diversos cursos superiores, houve por parte de muitos governos a utilização desse documento em favor do momento histórico-político e social vivido na época ou muito tempo depois da sua publicação, como foi o caso do Brasil, a partir da reforma universitária de 1968, promovida pelo regime militar.

4.1.3 O ensino médico: uma visão do século XX e sua mudança para o século XXI

Em sua dissertação de mestrado, Feuerwerker (1998) desenvolveu uma extensa análise bibliográfica sobre a educação médica no Brasil e na América Latina. A autora fez um recorte do que ocorreu em 30 anos do século passado (de 1968 a 1998), analisando documentos produzidos em cada década distintamente e apontando avanços e retrocessos de acordo com a região estudada.

Feuerwerker (1998) destaca o processo de desenvolvimento das especialidades médicas que impactaram diretamente nas grades curriculares no ensino de graduação, iniciando, assim, a “fragmentação do conhecimento”, cujo currículo da Instituição de Ensino Superior pesquisada é dividida em disciplinas.

A autora alerta que:

---

[20] BONNER, T. N. **Iconoclast**: Abraham Flexner and a life of learning. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2003.

> Desde o final da década de 50, vários organismos e organizações de abrangência internacional como a Organização Pan-Amaricana da Saúde, a Fundação Rockfeller e a Fundação Kellogs, buscaram ter papel ativo e influir na formação de políticas dos países da América Latina em relação à educação de profissionais de saúde, principalmente os médicos.

Após diversos encontros patrocinados por ministros da saúde da América Latina, outros profissionais de saúde e docentes da área, essas instituições refletiram sobre o assunto e determinaram qual seria a melhor estratégia para a reforma da educação na área de saúde e concluíram que o currículo abrangeria:

> - introdução do modelo flexneriano nas escolas médicas no pós-guerra mediante apoio à criação de novas escolas apoiadas em sólida base científica e na prática da investigação (como é o caso da Universidade del Valle na Colômbia e da USP de Ribeirão Preto);
>
> - introdução da Medicina Preventiva e criação dos respectivos departamentos;
>
> - estímulo para que fossem adotadas políticas de ampliação do número de médicos nos países da região;
>
> - introdução da Medicina Comunitária e da Medicina Familiar. (FEUERWEKER, 1998, p. 52).

A introdução da disciplina de medicina preventiva já nos anos iniciais do curso de medicina, com o intuito de promoção da prática médica, além da valorização da relação entre o aspecto social e o aspecto coletivo no processo saúde-doença, ocorreu em virtude de já ser praticada há tempos nos Estados Unidos. Porém, com a departamentalização, o movimento na América Latina não obteve os resultados esperados na orientação da prática médica, uma vez que se percebia que o "problema" estava no sistema de formação universitária.

A partir das décadas de 1960 e 1970, com o desenvolvimento dos países latinos, o crescimento e a expansão tecnológica, se fez necessário também rever o modelo de ensino na área de saúde adotado anteriormente. Ou seja, era preciso rever o papel do profissional de saúde e sua formação, assim como o número de profissionais formados.

Em seu relato histórico da expansão das escolas de medicina no Brasil em relação às escolas da América Latina, Feuerwerker (1998) aponta distinções. Nos países hispânicos, as escolas eram em sua maioria públicas e vinculadas às universidades; as escolas privadas nesses países estavam ligadas à Igreja Católica. No Brasil, predominavam as escolas privadas, isoladas (não pertencentes a universidades) e laicas.

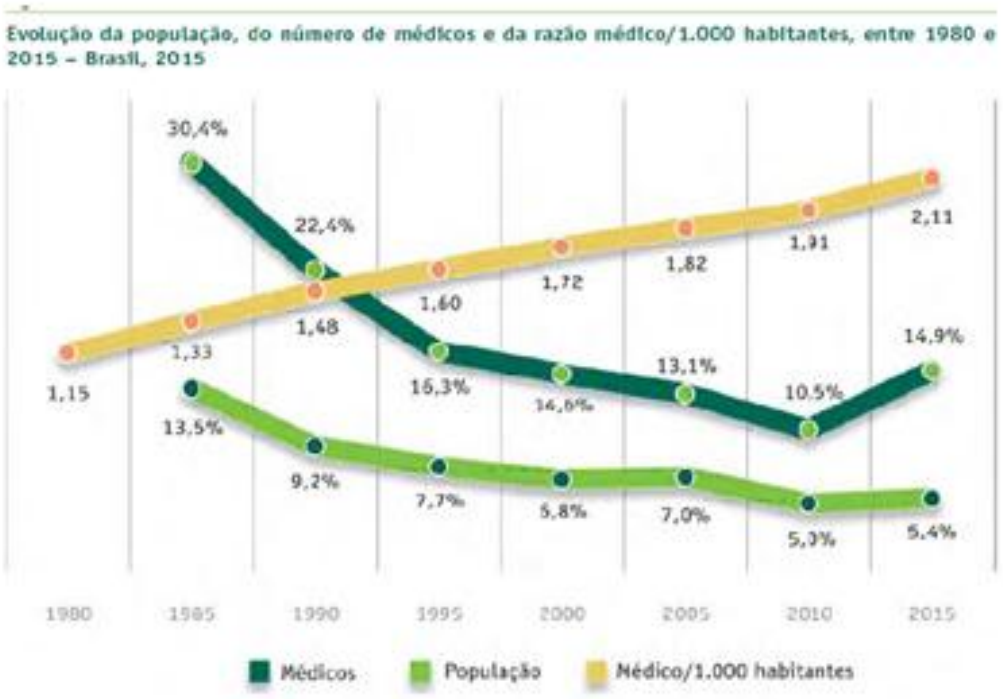
No gráfico apresentado por Feuerwerker (1998, p. 54), a diferença de crescimento das escolas médicas do Brasil e da América Latina chama nossa atenção. Em toda a América Latina, em 1967, havia 100 escolas médicas e, em 1969, as escolas totalizavam 151 instituições. No Brasil, por sua vez, em 1967 havia sete escolas de medicina e, em 1969, surgiram mais sete; um crescimento de 44% em comparação aos 15% de crescimento do número de escolas médicas no México.

Atualmente, o Brasil possui 272 cursos de medicina, distribuídos em universidades, faculdades de saúde, fundações educacionais, institutos de ensino superior e centros universitários, em instituições municipais, estaduais, federais e privadas, variando a oferta de vagas entre 20 e 320 (no caso da Universidade Federal de Minas Gerais) por curso.

Em relação ao número de estudantes, de acordo com dados divulgados pelo Ministério da Educação (MEC) em 2017, cerca de 23.000 alunos realizaram a Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (Anasem) em 2016. Em 1972, havia 20.921 estudantes de medicina no Brasil, no México e na Argentina (72% desses estudantes estavam no Brasil).

O Conselho Federal de Medicina, em 30 de novembro de 2015, publicou em seu site oficial um estudo demográfico de médicos, a partir da publicação de Scheffer (et al., 2015).

GRÁFICO 1 – EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO DO NÚMERO DE MÉDICOS E DA RAZÃO MÉDICO/ 1.000 HABITANTES, ENTRE 1980 E 2015 – BRASIL, 2015



Fonte: SCHEFFER, M. (e cols.), 2015, p. 36.
Nota 1: Neste gráfico o autor usou o número de registro de médicos.
Nota 2: Gráfico disponível no site oficial do Conselho Federal de Medicina.

Outro dado que chama nossa atenção em relação aos estudos de Feueuweker (1998, p. 56) se refere ao processo de mudanças no ensino na área de educação médica dessa época. Organismos internacionais, como a Organização Pan-Amerricana (OPAS), realizaram reuniões sobre princípios básicos para o desenvolvimento da educação médica na América Latina e no Caribe, recomendando algumas alterações no ensino médico. Entre elas destaca-se a mudança da estrutura curricular, dos conteúdos e da metodologia de ensino.

Porém, as mudanças não avançaram em razão do caráter de “especialização da maioria dos professores” (FEUERWERKER, 2998, p. 56), que tendem a promover uma educação voltada para sua especialidade. Uma das “inovações” já propostas à época era o ensino integrado, o uso de metodologias ativas e o ensino extra-hospitalar, derrubando o predomínio do ensino por disciplinas.

Das reuniões promovidas por organismos internacionais citadas anteriormente, Feuerwerker (1998) destaca algumas recomendações.

a) Sobre a formação dos médicos e as políticas de saúde: criação de recursos sob responsabilidade dos governos, que também elaborariam as políticas de saúde e promoveriam seu funcionamento; desenvolvimento e qualificação de recursos humanos para atuarem na área; respeito à autonomia universitária e atribuições para auxiliar na resolução de problemas regionais ou nacionais que surgissem; formação de um número adequado de médicos em relação à demografia populacional.

b) Sobre a formação dos médicos, a prática e a atenção médica: mudança apenas do ensino universitário não seria suficiente para a mudança da prática profissional; busca de aplicação de fato na rede de saúde pública e prestação de serviços à saúde como que se espera do médico; prática médica voltada à assistência à saúde como principal objetivo das universidades, tendo a finalidade de transformar as condições dos cenários em que se prestam os serviços de saúde.

c) Sobre a formação dos médicos e o número de alunos: cada país deveria estabelecer, na medida do possível, um critério a respeito do número ideal de médicos, em relação ao crescimento populacional e as políticas públicas vigentes, assim como o número de recursos humanos que atuariam no auxílio ao trabalho dos médicos (enfermeiros, psicólogos, entre outros).

d) Sobre a criação e o funcionamento das instituições formadoras de médicos: a criação de novas instituições seria autorizada após autorização do seu projeto pedagógico (que deveria ser inovador), estando esse em consonância com as políticas de formação e dispondo de uma estrutura mínima de funcionamento eficiente. Não haveria um modelo único de currículo válido, em razão da diversidade apresentada pela realidade de cada instituição. Porém, toda instituição deveria ter claramente definidas suas concepções sobre saúde e doença, a medicina e seu exercício. A construção curricular ficaria a cargo da instituição de ensino e não deveria ser apenas um “somatório de contribuições de cada unidade [departamento] operativa” (FEUERWERKER, 1998, p. 59). A educação médica deveria ser voltada à compreensão do homem como um todo, em seus aspectos biopsicossociais.

Independentemente da disciplina ou departamento, todos os docentes deveriam trabalhar na formação de uma prática mais humanizadora e essa perspectiva deveria constar no projeto pedagógico, que deveria ter um caráter flexível. O corpo docente deveria ser composto de profissionais de outras áreas do conhecimento (ciências básicas, médicos clínicos, especialistas em saúde pública e ciências aplicadas à saúde), os quais participariam permanentemente de cursos de reciclagem e aperfeiçoamento nas áreas de educação, princípios e técnicas pedagógicas. O hospital-escola deveria ser voltado ao atendimento à comunidade em geral e todos os estudantes deveriam passar por todas as áreas de estudo e complexidade em seu processo de formação.

Analisando as recomendações da OPAS, podemos afirmar que elas são factíveis e foram implementadas, porém não em sua totalidade. Trabalhos como o de Andrade[21] (1978) mostram uma série de limitações que tais recomendações geraram para sua concretização ou parte dela: desde problemas conceituais, estruturais e de fundamentação teórica ou em função do modelo de realidade em que estava inserida a instituição de ensino. Assim, era preciso antes sanar tais problemas para depois aplicar as recomendações da OPAS. Mas, segundo Feuerwerker (1998), foi graças ao referido estudo que de fato a educação médica tomou rumo para uma reforma de fato.

Embora os dados abordados anteriormente estejam mais associados a outros países, no Brasil as pesquisas sobre as mudanças acerca do ensino médico, propostas de mudanças e os dilemas da profissão são objeto de agentes da área de saúde (ALMEIDA, 1999a).

Visando um relato sobre o movimento da educação médica latino-americana, o Almeida (1999a, p. 127) apresenta duas concepções distintas.

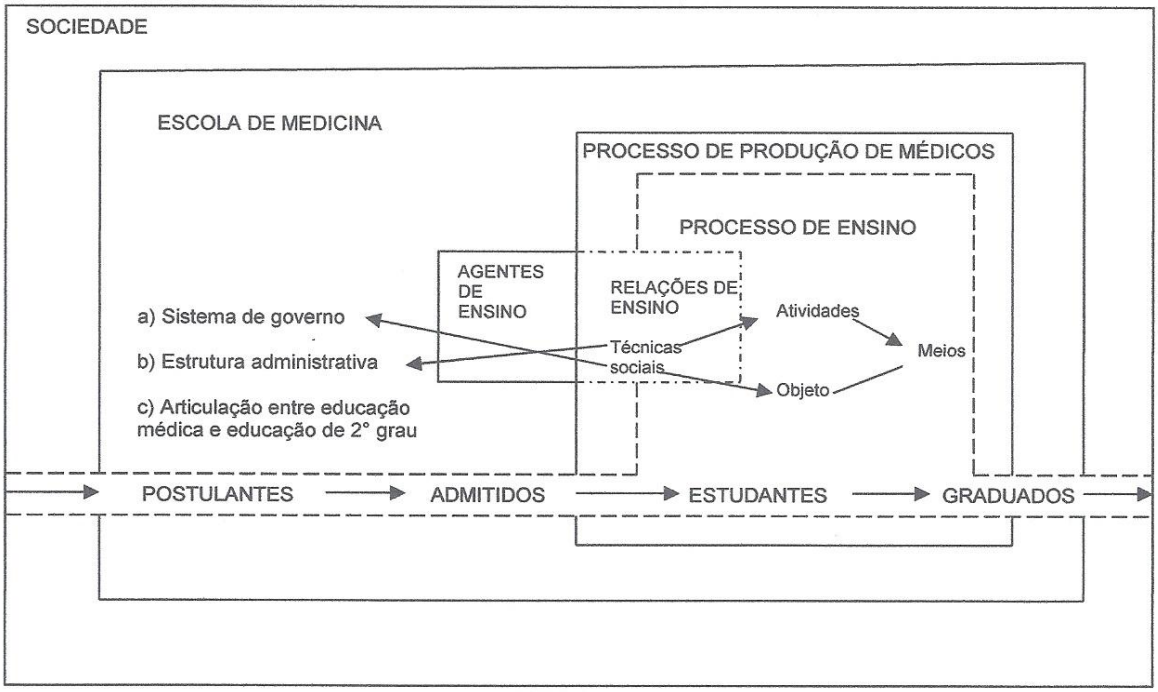
Na primeira, desenvolvida por Garcia[22] (1972), citado por Almeida (1999a, p. 124), a educação médica “é entendida como processo de produção de médicos” que

[21] ANDRADE, J. Marco conceptual de la educación médica em la América Latina. **Educación Médica y Salud**, 12-(1): 1-19:149-66, (3) 223-52, (4): 1-33, 1978
[22] GARCIA, J. C. **La educacíon médica em La América Latina**. Washington: OPAS, 1972.

envolve “dois componentes inseparáveis: o processo de ensino e as relações de ensino”.

O marco teórico dessa concepção é descrito como mostra a FIGURA 6:

FIGURA 6 - ESQUEMA DO MARCO TEÓRICO DA EDUCAÇÃO MÉDICA (1972)



FONTE: Adaptado de ANDRADE (1999a)

No esquema apresentado, o processo de ensino envolve momentos sucessivos de atividades, meios, conteúdos e objetivos de ensino, desde a inserção do aluno no curso até sua formação. As relações de ensino se caracterizam por conexões ou vínculos entre as pessoas participantes do processo de produção de médicos. Essas relações podem ser técnicas, aquelas que se estabelecem entre “os agentes de ensino e todo o processo de ensino” (ALMEIDA, 1999a, p. 125), e sociais, que são as relações instituídas entre os próprios agentes de ensino, ou seja, os docentes.

Segundo os estudos realizados por Fernando (1972), citado por Almeida (1999a, p. 125), o estudante de medicina “na forma dominante de produção de

médicos na América Latina está numa posição dependente que o define mais como objeto do que como sujeito da educação médica".

A conclusão apresentada por Almeida (1999a) sobre os estudos de García sinaliza para a importância do sistema de governo, da estrutura administrativa, da articulação que estabelece com outro nível de ensino (ensino médio) e das relações que se desenvolvem durante o processo de formação. É possível afirmar então que "uma vez que o modo de formar médicos determina a ordem institucional, é esperado que mudanças no primeiro levem às transformações substanciais na forma de organização da educação médica" (ALMEIDA, 1999a, p. 125).

E ainda que:

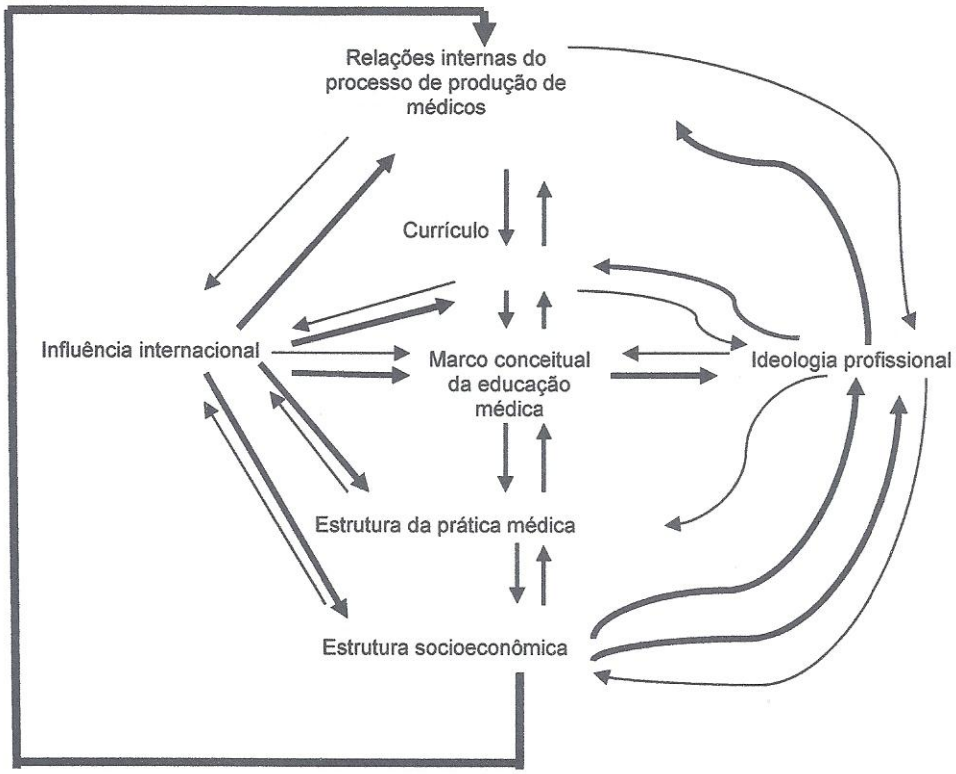
> [...] o processo de produção de médicos não é um processo isolado, relaciona-se intimamente à estrutura econômica predominante na sociedade, na qual se desenvolve e estabelece relações com outros processos e, em especial, com a prática médica. (ALMEIDA, 1999a, p. 126)

Para o autor, essa concepção, extraída dos estudos realizados por García (1972), que sinaliza uma transformação na educação médica está relacionada a uma mudança na estrutura institucional.

A segunda concepção, a partir do estudo realizado por Andrade[23] (1997), citado por Almeida (1999a), é apresentada na FIGURA 7:

[23] ANDRADE, M. J. **Educação médica e saúde**: limites e possibilidades das propostas de mudança. São Paulo, 1997. Tese (Doutorado em Medicina Comunitária) – Universidade do Rio de Janeiro. p. 316

FIGURA 7 - RELAÇÕES EXTERNAS DO MARCO CONCEITUAL DA EDUCAÇÃO MÉDICA EM PAÍSES DEPENDENTES (1997)



Fonte: ALMEIDA (1999a)
Nota: As linhas mais grossas assinalam a direção da influência dominante.

Neste marco conceitual, percebe-se que:

> A educação médica encontra-se no centro de uma intrincada rede de relações e resulta da interação entre os diversos elementos que dela participam, dentre os quais se destacam por sua importância: a estrutura social, econômica e da prática médica em cada país; o currículo; as relações internas do processo de produção de médicos, a ideologia dominante no âmbito profissional e a estrutura de poder. (ALMEIDA, 1999a, p. 126)

As concepções apresentadas datam de estudos realizados no final do século XX. É um tempo demasiado distante, mas, mesmo assim, parece muito

contemporâneo, uma vez que é no projeto pedagógico que são definidas as metodologias de ensino e de avaliação de dado curso.

O estudo realizado por Feuerwerker (1998) destaca os principais problemas enfrentados pelas escolas médicas latino-americanas no século passado, a saber:

> - estruturas administrativas muito rígidas e compartimentalizadas em departamentos;
>
> - profunda inter-relação entre essa estrutura administrativa e os planos de estudo, levando à separação do saber em áreas estanques;
>
> - escassez de professores (a maior parte de tempo parcial, com múltiplos compromissos vitais fora da universidade) e de recursos materiais;
>
> - ensino fundamentalmente teórico baseado na transmissão vertical de informações nem sempre atualizada;
>
> - comunicação inadequada entre professores e alunos;
>
> - existência de excedentes, pois o número de candidatos aos cursos médicos era muito maior que o número de vagas;
>
> - alta proporção de alunos irregulares;
>
> - registro deficiente de dados e ausência de auto-avaliação;
>
> - incorporação deficiente dos planos nacionais de saúde no processo de formação dos profissionais de saúde; falta de coordenação entre instrumentos de formação e necessidades da comunidade. (FEUERWEKER, 1998, p. 55).

Para Gomes e colaboradores (2010, p. 391), “não é mais possível estruturar a formação do médico com base em princípios obsoletos e descontextualizados, matizados pela utilização de estruturas tradicionais de ensino”. Isso significa que os tradicionais currículos fragmentados devem ser evitados. Já as experiências e a cultura dos estudantes são parte significativa do eixo da aprendizagem e devem contribuir no seu processo de formação.

No que se refere ao processo de ensino em sala de aula, ou seja, o desenvolvimento efetivo do currículo, considerando o aluno como agente do processo ensino-aprendizagem, outro fator a ser considerado e repensado é a

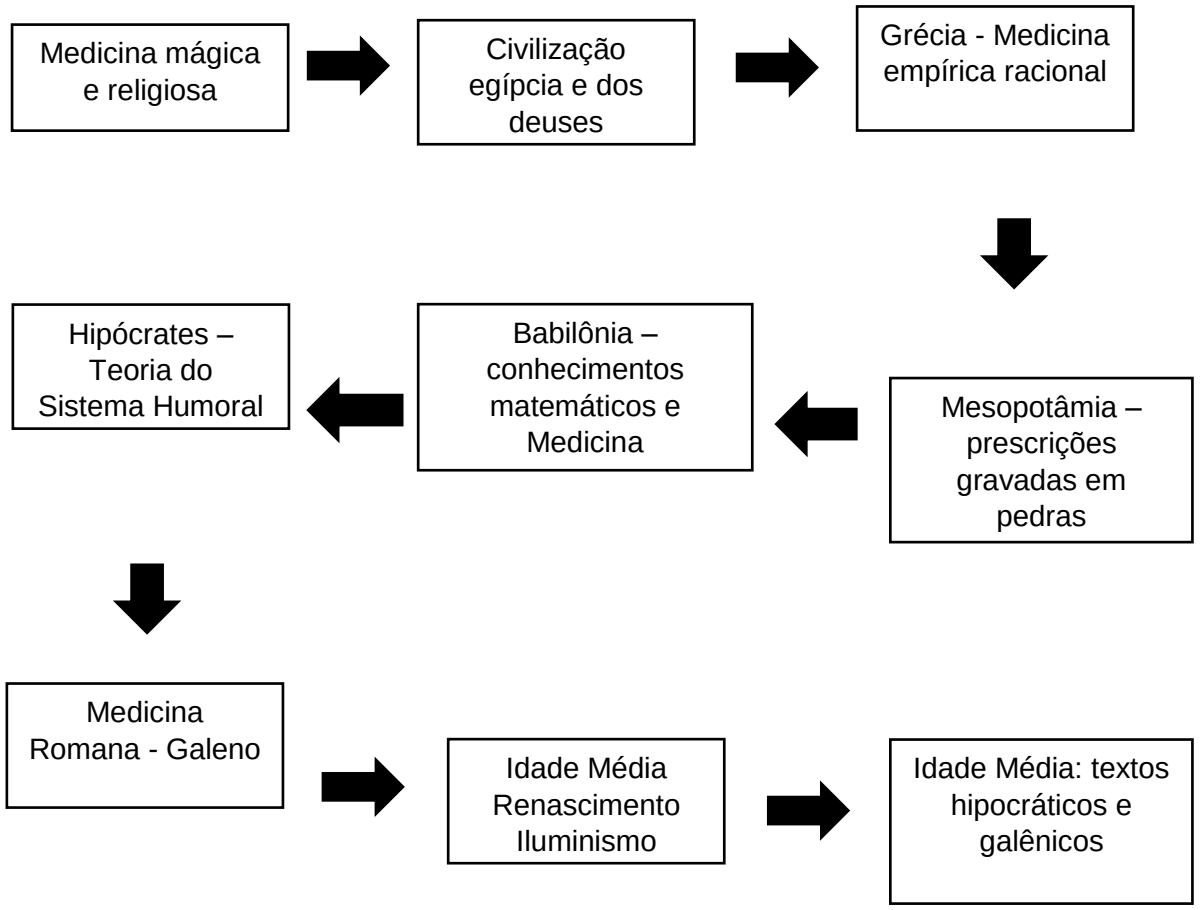
avaliação desse processo, pois, como preconiza o artigo 13 das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), “as avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos” (GOMES e cols., 2010, p. 393).

Passados quase 20 anos da publicação do estudo de Feuerwerker (1998), muitos problemas apresentados persistem na interface entre educação e saúde.

A fim de tentar minimizar as consequências de tais problemas, com a queda do regime militar e, em 1988, com a Promulgação da Constituição Federativa do Brasil, a redemocratização política e a reorganização das instituições de ensino, o governo buscou alternativas para resgatar as ações positivas esperadas da prática médica relacionadas à saúde comunitária, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo é oferecer ao cidadão brasileiro acesso integral, universal e de qualidade à saúde, de acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (PAIM, 2015).

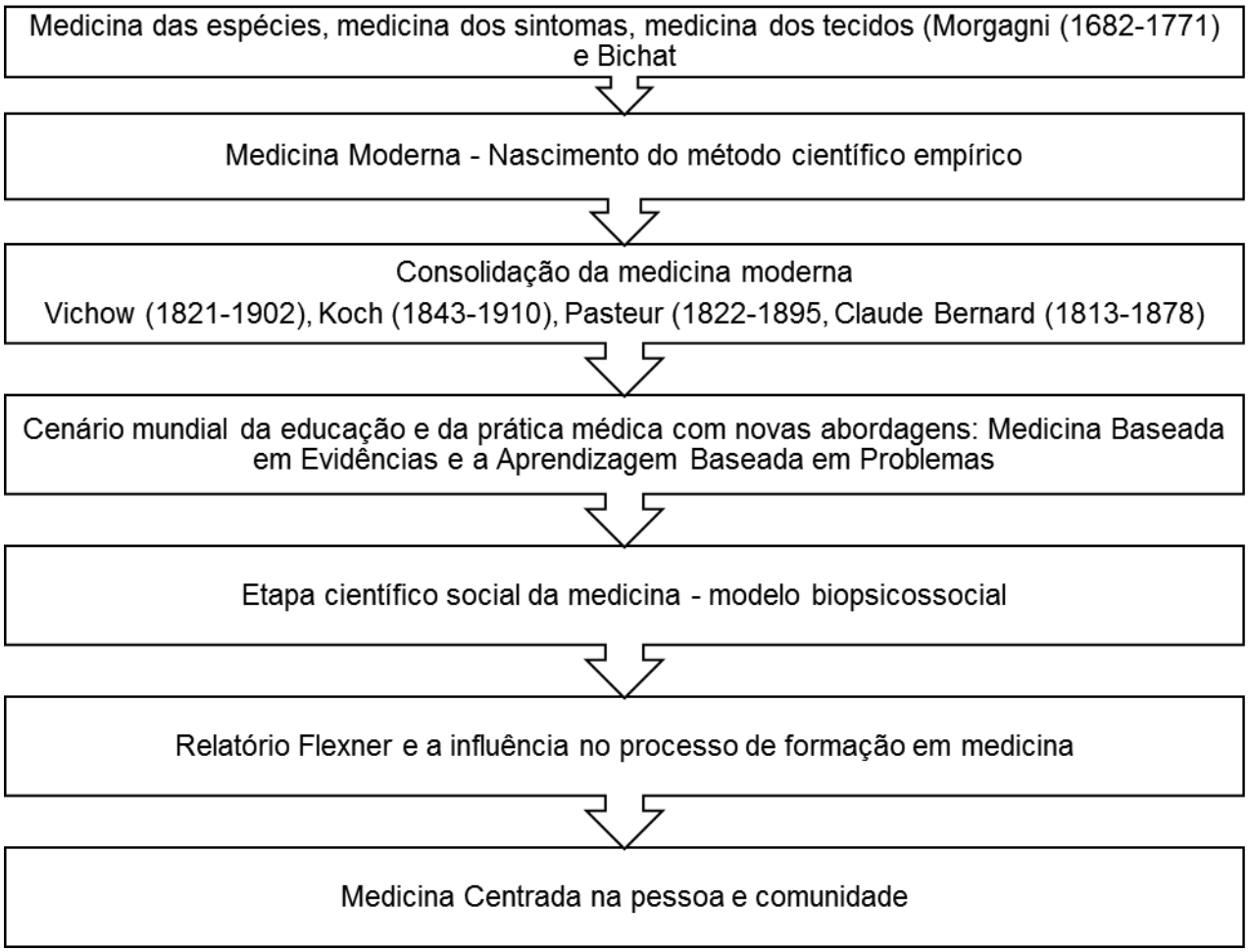
Os autores Cruz, Fernandes, Pimenta e Oliveira (2013), em estudos realizados sobre a evolução da medicina, baseados em Foucault (2015) e nos estudos de Nedy (et al., 2005) e Diniz (2006) descrevem dois quadros esquemáticos que resumem a evolução da medicina.

FIGURA 8 - MEDICINA CLÁSSICA ATÉ MEADOS DO SÉCULO XVII



Fonte: Adaptado de Cruz; Fernandes; Pimenta & Oliveira (2013, p. 37)
Nota: Resumo da evolução da medicina clássica até meados do século XVIII, com ênfase nas discussões de Nedy (et. al., 2005) e Diniz (2006).

FIGURA 9 - MEDICINA MODERNA (Final do século XVIII, séculos XIX e XX)



Fonte: Adaptado de: Cruz; Fernandes; Pimenta & Oliveira (2013, p. 37).
Nota: Resumo da evolução da medicina clássica no final do século XVIII, século XIX e século XX, segundo Nedy (et. al., 2005) e Diniz (2006) e Foucault (2015).

No Brasil, para se chegar ao último patamar apresentado na Figura 9, o Ministério da Saúde, através da Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, tomou iniciativas visando a mudança da formação dos profissionais de saúde, implementando programas como Aprender-SUS e Polos de Educação Permanente e a certificação de hospitais de ensino, “com o objetivo de promover a transformação da relação das instituições formadoras com o Sistema de Saúde” (FEUERWERKER, 2004, p. 37).

Porém, segundo Feuerwerker, houve falta vontade por parte das instituições formadoras em promover mudanças no campo da educação, uma vez que cabe, não só às instituições, mas aos movimentos estudantis, associações de classe e reitorias

a mobilização para ampliar os compromissos sociais das universidades com o SUS, visando de fato uma reforma dentro do que estabelecem as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

4.2 A EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL: DO PARADIGMA TRADICIONAL DE ENSINO À TRANSFORMAÇÃO

O registro histórico da criação da primeira Faculdade de Medicina no Brasil data de 18 de fevereiro de 1808, em Salvador por ato de D. João VI, quando da chegada da família imperial. Até hoje ela está localizada no Largo do Terreiro de Jesus no Centro Histórico de Salvador. No mesmo ano, em novembro, através de decreto cria-se a segunda Faculdade de Medicina, no Rio de Janeiro. Com estas medidas, suspende-se o envio de estudantes para Portugal. A formação ocorria de maneira mais teórica do que prática: pela manhã, os estudantes faziam leituras de Galeno e, à tarde, de Hipócrates (NERY e cols., 2005).

O decreto de fundação do ensino médico na Bahia, seguia algumas instruções:

> *'O professor de cirurgia dará lições no verão pelas sete horas da manhã, no inverno pelas oito, as quais duravam horas e meia, três quartos para tomar as ditas lições explicadas no dia antecedentes e outras três para a nova explicação[24]'*, e o curso cirúrgico deve durar quatro anos. '*Hei de lei, os quaes terminados poderão passar as certidões competentes, declarando se o Discípulo está capaz de fazer o seu exame e de dignamente encarregar-se da saúde pública e tudo com juramento dos Santos Evangelhos[25]*' (NEDY, 2005, p.164).

Não há como negar que embora sua vigência tenha durado 107 anos, atualmente, o modelo flexneriano (modelo tradicional) não é coerente com os desafios que a evolução tecnológica, científica, socioeconômica e demográfica exige, pois ele não atende às necessidades da formação médica, principalmente no se refere às demandas das políticas públicas de saúde.

[24] PEREIRA, A. P. Memória sobre a medicina na Bahia. Salvador: Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1923.

[25] PEREIRA, G. O. O ensino médico no Brasil. Rev.Bras Educ Med 9:182-186, 1985.

De acordo com Perim (2007, p. 89):

> Na Educação Médica, é reconhecida a grande influência social e, particularmente a organização social dos serviços, exerce sobre a formação dos profissionais, o que implica a necessidade de mudanças no sistema de saúde e na própria sociedade para reorientar a formação de recursos humanos em saúde.

O autor ainda destaca que “apesar da educação médica estar subordinada a regras no campo da educação, é o setor de saúde que define seus rumos e sua conexão com a sociedade [...] por meio da prática médica” (PERIM, 2007, p. 89).

As reflexões sobre as reformas no setor de saúde, dos recursos humanos como força de produção e, principalmente, sobre a necessidade de mudança ocorreram no Brasil e na maioria dos países da América Latina desde meados dos anos 1980 (ALMEIDA, 1999a).

Segundo Almeida (1999, p. 1),

> A necessidade de mudanças nos processos de trabalho, na gestão e na formação de recursos humanos é amplamente reconhecida e acompanhada de críticas do aparato formador. As críticas concentram-se na educação médica, embora digam respeito também à formação dos demais profissionais. (ALMEIDA, 1999, p. 1)

Lampert (2009) realizou um estudo empírico em doze escolas de medicina do Brasil, com o objetivo de verificar, através de uma amostra, qual era o enfoque de ensino proposto no currículo dessas escolas. A autora buscou avaliar se era utilizado o modelo tradicional, com a fragmentação do conhecimento em especialidades, a departamentalização, a oferta de disciplinas que pouco interagem entre si, ou se o currículo já apresentava evidências de um novo paradigma, aquele que prevê uma aproximação das políticas públicas de saúde no atendimento básico de saúde.

Na constatação de Lampert (2009, p. 24), o novo paradigma:

> [...] encontra um contexto favorável nas reivindicações por serviços de saúde mais humanizados; grande necessidade de atenção à saúde da população; altos custos dos serviços de especialidades; inadequação da formação de profissionais da saúde, em especial do médico, mostrado nos resultados das avaliações elaboradas pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (Cinaem - Relatório Geral, 1997) e pelo Ministério da Educação no Exame Nacional de Cursos (o "Provão", 1999, 2000, 2001); dificuldade de encontrar médicos adequados à proposta do Programa Saúde da Família do Ministério as Saúde (MS/ PSF, 1994 – Perfil do Médico e Enfermeiro do PSF, 2000)

Os resultados apresentados no estudo possibilitaram a "construção de uma tipologia[26] nas variações entre o perfil tradicional e o perfil avançado para as transformações almejadas, suscitando o acompanhamento na implementação dos currículos de graduação médica" (LAMPERT, 2009, p. 27), os quais favoreçam aos atores envolvidos no processo de ensino a realização das mudanças preconizadas pela legislação vigente. Além disso, permitiram a verificação das escolas com maior ou menor expansão rumo às mudanças, ou seja, que migraram do modelo tradicional flexneriano ao modelo de inovação com vistas ao atendimento às Necessidades Básicas de Saúde (NBS).

O cenário que, atualmente, vive parte da população brasileira é de precariedade de assistência no âmbito da qualidade de vida, vinculada ao meio ambiente que habitam, com ausência de moradias adequadas, saneamento básico, trabalho, renda, lazer e acesso aos serviços assistenciais básicos, ainda que, nos últimos anos, o governo federal tenha propiciado melhoras nessa situação através de programas sociais que visam minimizar os efeitos danosos das desigualdades e o desenvolvimento de estratégias de ações que garantam a atenção básica em saúde (ABS).

Entendemos que são essas as ações propostas pelas DCN, quando definem a necessidade da reformulação curricular para a área de saúde.

---

[26] Para mais informações, ver Lampert (2009, p. 218-263).

As ações de saúde, para Marins (2004, p. 99), se referem à integralidade e:

> [...] devem valorizar o acolhimento, entendido como tratar humanizadamente toda a demanda; dar respostas aos demandantes, individuais ou coletivos, discriminar riscos, urgências e emergências, encaminhando os casos às opções de tecnologia de intervenção; gerar informação que possibilite a leitura e interpretação dos problemas [...]; pensar a possibilidade de construção de projetos terapêuticos individualizados; considerar o vínculo em três dimensões, como afetividade, relação terapêutica e continuidade [...]

Significa afirmar que a qualidade de atenção e satisfação aos usuários dos serviços de saúde depende da qualificação adequada dos agentes que atuam nessa área. A possibilidade de isso ocorrer está na análise dos projetos dos cursos de formação de médicos, além de outros profissionais de saúde.

Para Perim (2007, p. 93):

> O paradigma da integralidade pressupõe a construção de um novo modelo pedagógico, visando o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social, que somente se concretiza a partir da integração das ações das Universidades, dos serviços de saúde e da comunidade.

Tais serviços dizem respeito ao Sistema Único de Saúde (SUS), antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Social (INAMPS), que foi reestruturado a partir da Constituição Federal de 1988, cuja finalidade é promover a saúde da população, como direito previsto na Carta Magna. Por isso, com:

> [...] a necessidade de reorientar os serviços de atendimento à população, criou-se um cenário favorável para a reorientação da formação profissional que, considerando seu custo para o estado e sua fragmentação com perda de qualidade, não mais podia estar direcionada exclusivamente à utilização intensiva de tecnologia, à superespecialização generalizada e ao hospital. (PERIM, 2007, p. 94)

Boa parte da categoria médica tem se preocupado com os rumos do ensino médico no Brasil, promovendo eventos nacionais e internacionais para discutir a questão, como demonstrado por Lampert (2009, p. 50-51).

A adequação da formação médica no Brasil, acompanhando a estruturação do SUS, sugere que os novos médicos deveriam receber uma formação para atuarem em uma nova realidade social. Assim, a antiga prática da "fragmentação do ato médico, a perda da qualidade da relação médico-paciente, a exclusão de boa parte da população do acesso aos serviços" (PERIM, 2007, p. 97) são problemas a serem enfrentados pelas Universidades.

Para o curso de medicina, as primeiras DCN foram regulamentadas em 2001. Em 2014, houve uma atualização do seu texto, através da Resolução CNE/CES 3/2014.

Porém, o que percebemos avaliando trabalhos recentes é que apenas algumas Universidades (já citadas) colocam-nas em curso, o que mantém práticas hegemônicas, e que "não são capazes de responder às novas demandas", de acordo com Perim (2007, p. 97). Outras universidades vêm tentando reformular seus currículos, realizando pesquisas com o corpo docente e discente, para que juntos construam um modelo "ideal" para ambos, com foco nas necessidades do local onde atuam. Exemplo disso é uma pesquisa realizada entre os discentes do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (CUTOLO e CESA, 2003). Outros exemplos são o curso experimental de medicina da Universidade de São Paulo, os cursos de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, da Universidade de Brasília, da Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade de Campinas (Unicamp) e da Universidade de Ribeirão Preto (FEUERWERKER, 2009), além de escolas vinculadas à Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Em termos de inovação curricular, Feuerwerker cita a Faculdade de Medicina de Campos, que conseguiu imprimir uma orientação generalista e social nos cursos de graduação e pós-graduação.

Segundo Oliveira e Koifman (2004, p. 146), o conhecimento sistemático e científico, produziu a aproximação do prestígio da universidade e, em contrapartida, um distanciamento "do talento artístico inerente as suas profissões".

Para Oliveira e Koifman (2004, p. 147), um dos problemas no enfrentamento da dicotomia do currículo normativo se expressa entre o ciclo básico e profissional, em que, primeiramente, o aluno passa pela aquisição de técnicas e habilidades para depois ir para a prática. Essa separação também é percebida nos demais ciclos do processo formativo.

O processo de inovação curricular se concentra no processo pedagógico e em suas múltiplas relações (processo de aprendizagem cognitivo, afetivo e de habilidades). As reformas, por sua vez, afetam as estruturas do sistema educativo, onde há uma correlação entre as esferas socioculturais e econômicas (OLIVEIRA e KOIFMAN, 2004).

Esses dois processos não podem ocorrer separadamente, cabe aos atores envolvidos na transformação promover a integração de ambos. O que implica na modernização pedagógica e, consequentemente, na modernização da metodologia de ação de planejar, executar e avaliar o processo de ensino-aprendizagem.

Portanto, um currículo fragmentado, estático em que o professor é o centro do processo não corresponde à contemporaneidade dos estudantes, nem está em consonância com as novas metodologias de ensino, de avaliação e relação professor-aluno, muito menos com o que preconizam os documentos oficiais que regulam os cursos superiores.

5 LEGALIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ESTÁGIO NO BRASIL

No Brasil o estágio é regulamentado pela Lei n° 11.788/ 08, que assim o define:

> Art. 1° - Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de ensino de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.
>
> § 1° O estágio faz parte do projeto pedagógico do curso, além de integrar o itinerário formativo do educando.
>
> § 2° O estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho.
>
> Art. 2° O estágio poderá ser na modalidade obrigatório ou não obrigatório, conforme as diretrizes curriculares da etapa, modalidade e área de ensino e do próprio projeto pedagógico do curso.
>
> § 1° Estágio obrigatório é aquele definido como tal no projeto do curso, cuja carga horária é requisito para aprovação e obtenção de diploma.
>
> § 2° Estágio não-obrigatório é aquele desenvolvido como atividade opcional, acrescida à carga horária regular e obrigatória.
>
> § 3° As atividades de extensão, de monitoria e de iniciação científica na educação superior, desenvolvidas pelo estudante, somente poderão ser equiparadas ao estágio em caso de previsão no projeto pedagógico do curso. (Brasil, 2008)

A legislação sobre o estágio passou por um longo processo até chegar à lei citada, como mostramos QUADRO 1.

QUADRO 1 – HISTÓRICO DA REGULAMENTAÇÃO DO ESTÁGIO NO BRASIL

ANO	DOCUMENTO	CONTEÚDO
1931	Decreto n° 20.294, de 12 de agosto de 1931 do Ministério da Agricultura	Estabeleceu no artigo 4° que a Sociedade Nacional de Agricultura, admitiria, nas escolas, alunos estagiários, recebendo anualmente por dotação por aluno matriculado

continua...

continuação...

1942	Decreto-lei n° 4.073/ 42	Lei Orgânica de Ensino Industrial Lei Orgânica Comercial
1943	Decreto-lei n° 6.141	Faziam referência a “trabalhos” escolares como instrumento de formação e de complementos de estudo
1967	Portaria n° 1.002, de 29 de setembro	Ministério do Trabalho e Previdência Social. Disciplinava a relação entre as empresas e os estagiários no que diz respeito aos seus direitos e obrigações. Os estagiários tinham direito a Carteira Profissional de Estagiário, expedida pelo Ministério do Trabalho.
1970	Decreto n° 66.546, de 11 de maio	Permitiu a implantação de programas de estágio destinados a proporcionar aos estudantes do sistema de ensino superior, de área prioritárias como as de engenharia, tecnologia, economia e administração, a oportunidade de praticar em órgãos e entidades público e privadas o exercício de atividades pertinentes às respectivas especialidades.
1971	Lei n°5.692, de 11 de agosto	Lei de Diretrizes e Bases da Educação, determinou regras para o ensino de 1° e 2° graus, prevendo o estágio como forma de cooperação entre empresa e escola, desobrigando o vínculo empregatício por parte da empresa, mesmo se o estagiário fosse remunerado. As empresas tinham obrigações especificadas em convênio celebrados entre a instituição de ensino.
1972	Decreto n° 69.927, de 13 de janeiro	Criou o Programa Bolsa de Trabalho Determinando a relação direta entre a formação escolar do estudante e as tarefas que realizasse para que fosse considerado estagiário.
1975	Decreto n° 75.778, de 26 de maio	Disciplinou o estágio de estudantes de estabelecimentos de ensino superior e de ensino profissionalizante de 2° grau, perante o serviço público federal.
1977	Lei n° 6.494, de 7 de dezembro	Regulamentação do estágio. Porém, não exigia correlação entre o currículo escolar e a atividade organizacional. No art. 2° do art. 1° (...a fim de constituírem em instrumento de integração, em termos de treinamento prático de aperfeiçoamento técnico-cultural, científico e de relacionamento humano).
1981	Lei n°6,932, de 7 de julho	Prevê o estágio para médicos residentes, dispondo que ele é autônomo para fins da Previdência Social.
82	Decreto n° 87.497, de 18 de agosto	Regulamentação das normas de estágio, cujo texto se assemelhava a Portaria n° 1.002/ 67.
1994	Lei n° 8.856, de 23 de março	Alterou dispositivos da Lei n° 6.494, fazendo referência a alunos especiais. E determinando a necessidade do planejamento, acompanhamento e avaliação do estágio em conformidade com os currículos, programas e calendários.
1996	Lei n°9.394, de 20 de dezembro	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, permitiu às instituições de ensino o direito de editar normas disciplinadoras do estágio no ensino médio ou superior, não podendo estabelecer vínculo empregatício com as organizações, ou instituições, mas podendo o estagiário receber bolsa, e estar segurado contra acidentes e ter cobertura previdenciária.
2001	Medida Provisória 2. 164-41	O art. 6° dessa Medida Provisória, alterou o § 1° do art. 1° da Lei n° 6.494/77, onde: “os alunos a que se refere o *caput* deste artigo devem, comprovadamente, estar frequentando cursos de educação superior, de ensino médio, de educação profissional de nível médio ou superior ou escolas de educação especial.
2008	Lei n° 11.788, de 25 de setembro	Passou a tratar o estágio dos estudantes, revogando expressamente as Leis n° Lei n° 6.494/ 77, 8.856/ 94 e o art. 6° da Medida Provisória 2. 164-41 (art.22).

Fonte: Adaptado de Martins (2012).

De acordo com a legislação brasileira, as instituições de ensino públicas ou privadas têm a prerrogativa de realizar a normalização do estágio obrigatório e não obrigatório (quando for o caso) e proceder a supervisão (direta ou indireta) e avaliação dos estagiários. Em ambos os casos, o estagiário deve ter acompanhamento de um responsável no local de realização de estágio (esse pode ser um supervisor, no caso organizacional, pode ser o chefe do setor, mas precisa ser profissional da área específica).

O texto da Lei n. 11.788/08 estabelece:

> Art. 7° São obrigações das instituições de ensino, em relação aos estágios de seus educandos:
>
> I – celebrar termo de compromisso com o educando ou com seu representante ou assistente legal, quando ele for absoluta ou relativamente incapaz, e com a parte concedente, indicando as condições de adequação do estágio à proposta pedagógica do curso, à etapa e modalidade da formação escolar do estudante e ao horário e calendário escolar;
>
> II – avaliar as instalações da parte concedente do estágio e sua adequação à formação cultural e profissional do educando;
>
> III – indicar professor orientador, da área a ser desenvolvida no estágio como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do estagiário;
>
> IV – exigir do educando a apresentação periódica, em prazo não superior a 6 (seis) meses, de relatório de estágio;
>
> V – zelar pelo cumprimento do termo de compromisso, reorientando o estagiário para outro local em caso de descumprimento de suas normas;
>
> VI – elaborar normas complementares e instrumentos de avaliação de seus educandos;
>
> VII – comunicar à parte concedente do estágio, no início do período letivo, as datas de realização de avaliações escolares ou acadêmicas.
>
> Parágrafo único – O plano de atividades do estagiário, elaborado em acordo das 3 (três) partes a que se refere o inciso II do caput do art. 3° desta Lei, será incorporado ao termo de compromisso por meio de aditivos à medida que for avaliado, progressivamente, o desempenho do estudante. (BRASIL, 2008).

Percebe-se que a referida lei que regulamenta o estágio prevê o monitoramento das atividades realizadas durante o estágio, estabelecendo que a instituição ficará responsável pelo estudante, evitando que ele sofra abusos, como a exploração pelas entidades concedentes, exigindo que o estagiário realize atividades que não constam do plano de estágio ou no projeto pedagógico do curso.

Em relação ao estágio obrigatório, o Decreto n. 87.497, de 18 de agosto de 1982, considera:

> Art. 2° Estágio curricular são atividades de aprendizagem social, profissional e cultural, proporcionadas ao estudante pela participação em situações reais de vida e trabalho de seu meio, sendo realizada na comunidade em geral ou junto a pessoas jurídicas de direito público ou privado, sob responsabilidade e coordenação de instituição de ensino.
>
> Art. 3° O estágio curricular como procedimento didático-pedagógico, é atividade de competência da instituição de ensino a quem cabe a decisão sobre a matéria, e dele participam pessoas jurídicas de direito e privado, oferecendo oportunidade e campos de estágio, outras formas de ajuda e colaboração no processo educativo. (MARTINS, p. 33-34)

Portanto, “o estágio curricular é desenvolvido de forma a complementação do ensino e da aprendizagem a ser planejado, executado, acompanhado e avaliado em conformidade com os currículos, programas e calendários escolares” (MARTINS, 2012, p. 34).

Todos os cursos de graduação, independentemente da área do conhecimento, estão subordinados à referida Lei n. 11.788/08. Mas, como a própria lei propõe, cada curso pode normalizar as regras de estágio e isso é o que ocorre com o curso de medicina pesquisado no presente trabalho.

Na cidade de Curitiba, há instituições que encaminham e orientam os estudantes dos diferentes níveis de educação para entidades que ofertam vagas de estágio, são elas: o Centro de Integração Empresa Escola do Paraná (CIEE), uma associação civil, sem fins lucrativos e de utilidade pública, reconhecida como entidade beneficente de assistência social pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS); e o Instituto Euvaldo Lodi (IEL-PR), que é uma das entidades ligadas

ao Sistema Fiep, composto também pela Federação das Indústrias do Estado do Paraná (Fiep), Serviço Social da Indústria (SESI) e Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai) e vinculado à Confederação Nacional da Indústria (CIEE-PR, 2017).

O Sistema Fiep tem como objetivo o trabalho integrado, com foco no desenvolvimento industrial e na sua representatividade, para promover a educação, o crescimento sustentável e a melhoria de vida das pessoas. Seu compromisso maior é com a indústria, proporcionando o aperfeiçoamento profissional de trabalhadores, a formação e educação de jovens, o incentivo à inovação de processos e a adoção de práticas sustentáveis (FIEP, 2017).

5.1 A IMPORTÂNCIA DO ESTÁGIO NO PROCESSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A literatura sobre o ensino superior, em sua maioria, não aborda o tema estágio. Mas encontramos relatórios de estágios supervisionados nas mais diferentes áreas do conhecimento e disciplinas. Alguns autores como Almeida e Pimenta (2014) descrevem experiências específicas de determinada área do conhecimento, como a educação.

De acordo com Zabalza (2014, p. 29), “os livros sobre o Ensino Superior (em geral) não costumam abordar o estágio, em suas questões mais simples e técnicas. É como se esse período constituísse ainda um espaço a ser descoberto, a ser conceituado”.

Nas palavras do autor, o termo estágio:

> Trata-se de um neologismo latino que foi adquirindo substâncias semânticas mais por uso que por sua etimologia. Com as demonizações com as quais se identifica este componente do currículo formativo das carreiras universitárias são diferentes (estágio, prática em empresas, práticas de campo, formação em centro de trabalho), vale ressaltar que tal fato se refere àqueles períodos de formação que os estudantes de nível superior

> (de graduação ou pós-graduação) realizam fora da universidade em contextos profissionais reais (ZABALZA. 2014, p. 37).

Na Europa, segundo Zabalza (2014) há um documento que regula a prática do estágio: a Carta pela Qualidade do Estágio, que define por estágio três tipos de situações: a) um período de tempo de trabalho, durante a educação superior, quando o estagiário tem o status de estudante e recebe créditos ao seu final, desfrutando de benefícios como empréstimos, financiamentos, alojamentos, seguros, bolsa de estudos; b) um período de trabalho desenvolvido fora do âmbito formal, que não comporta créditos; c) toda e qualquer forma de experiência de trabalho ofertada ao estudante que oportunize a aprendizagem em ambiente real de trabalho.

Como descrito neste capítulo, o conceito de estágio na legislação brasileira se firma na Lei n. 11.788/2008. A comparação entre as conceituações nacional e europeia demonstra que, em ambos os casos, as normas não resolvem as dificuldades encontradas no campo de estágio. Tudo depende da característica e/ou modalidade do curso superior e os acordos firmados entre entidade concedente e instituição de ensino e o esclarecimento ao estudante do objetivo daquela prática.

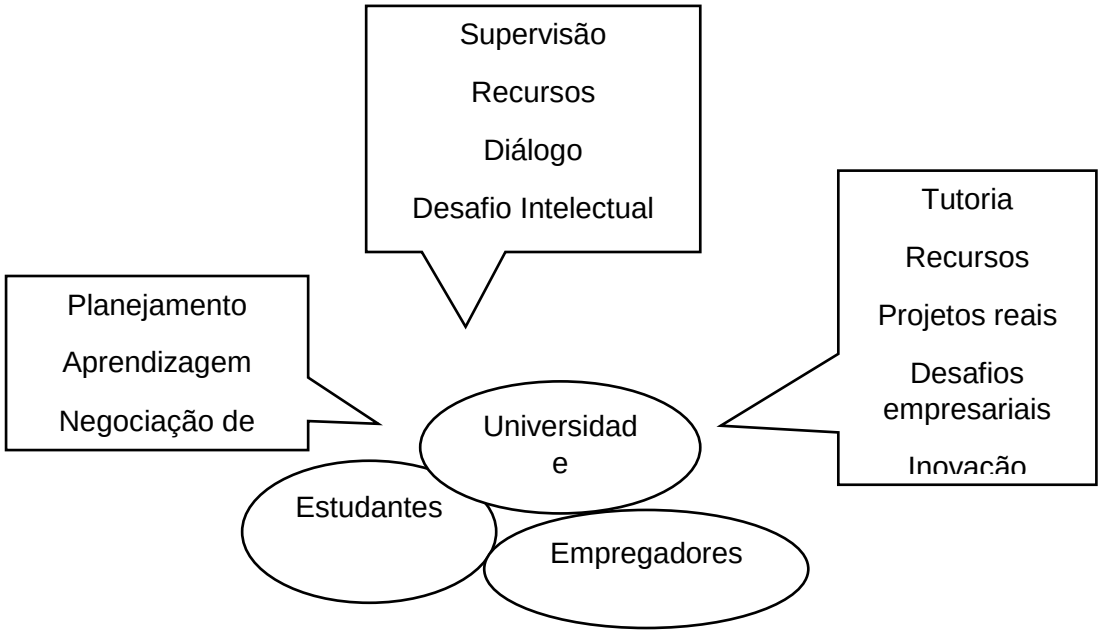
Zabalza (2014, p. 39) afirma que “o estágio é uma oportunidade de aprendizagem fundamentada no trabalho (*work-related learning*)”. Almeida e Pimenta (2014, p. 43), por sua vez, ressaltam que é preciso compreender o estágio como campo de conhecimentos, considerando que seu conceito está vinculado à “hora de pôr em prática os ensinamentos recebidos” ou mesmo como “treino” para aprender como trabalhar na situação real após a formação acadêmica.

A dificuldade para definir estágio está nas muitas variações e modelos de currículo, da realidade e do momento histórico de cada país e da categorização das profissões. O que existe em comum a todos os modelos é que, “por meio do estágio, pretende-se estabelecer uma alternância ou complementação dos estudos acadêmicos com a formação em centros de trabalho” (ZABALZA, 2014, p. 39). Talvez assim poder-se-ia construir uma definição básica de estágio.

É fato que o estágio deve estar interligado ao projeto curricular do curso de graduação. Ele não é e não pode ser uma peça isolada e independente, como se tivesse sentido por si só (ZABALZA, 2014). O estágio constitui uma realidade complexa, que recebe a interferência de inúmeras variáveis e da qual participam os seguintes agentes: os estudantes, a instituição universitária e os centros de atividades práticas (dependendo da área de conhecimento).

Foster e Stephenson[27] (apud ZABALZA, 2014, p. 41) representam essa realidade da maneira como mostra a FUGURA 10:

FIGURA 10 – OS AGENTES DO ESTÁGIO



Fonte: Adaptado de Foster e Stephenson (1998, p.165) citados por Zabalza (2014, p. 41)

Cada um desses agentes tem sua função, já descrita no corpo da Lei n. 11.788/2008, no caso brasileiro. Dessa forma, “o estágio curricular traz para o curso a oportunidade de os alunos vivenciarem momentos que favoreçam um processo de

[27] FOSTER, E.; STEPHENSON, J. Can higher education deliver capability? In: STEPHENSON, J.; YORKE, M. (ed.). **Capability and quality in higher education**. London: Kogan Page, 1998. p. 165.

identificação com o trabalho [...] no contexto em que está inserido na sociedade" (ALMEIDA e PIMENTA, 2014, p. 44).

Por outro lado, o estágio está vinculado à aplicação de técnicas e a modelos que foram ensinados durante o período de formação teórica, seja em laboratórios, com paciente simulado, estudos de casos clínicos, seminários ou mesmo em aulas teóricas e práticas.

Zabalza (2014, p. 29) destaca que:

> [...] o estágio constitui um cenário formativo no qual se entrecruzam muitos dos elementos e desafios a serem enfrentados pelo Ensino Superior. Isso significa que falar de melhorias no estágio ou em práticas de qualidade e estabelecer as condições para alcançar isso é bastante semelhante a citar a qualidade de ensino.

Por conseguinte, a reflexão sobre o estágio se faz necessária, uma vez que seu papel nas exigências formativas das universidades para a formação de um profissional competente é também exigência da sociedade que receberá tal profissional.

O objetivo do estágio curricular é oportunizar aos estudantes:

1. A aplicação dos conhecimentos e habilidades em contextos reais/práticos.

2. O desenvolvimento de conhecimentos e habilidades que os orientem no aprimoramento gradual das atividades práticas.

3. Seu envolvimento com os agentes do ambiente real de trabalho.

4. A compreensão da função da sua profissão na sociedade.

5. A prática de competências relacionadas à ética profissional.

6. A mensuração do próprio progresso, através de avaliações sistemáticas e permanentes recebidas dos professores avaliadores, estimulando o aprimoramento do estudante.

O estágio colabora também para que as universidades ou centros de formação superior revejam as estruturas curriculares dos seus cursos, a fim de que haja um retorno do processo ensino-aprendizagem, além de propiciar o aprimoramento do corpo docente com agentes ligados diretamente ao processo de avaliação, tanto do estudante quanto dos locais de realização do estágio e da avaliação da própria disciplina ou área na qual atuam.

Possibilita, igualmente, a integração entre áreas afins, que atuam no mesmo campo de estágio, promovendo a interdisciplinaridade; no caso do curso de medicina, com profissionais da área de enfermagem, psicólogos, fonoaudiólogos, entre outros, que auxiliam no processo de prevenção ou reabilitação do paciente.

Ademais, o estágio aproxima a instituição formadora da realidade social e do mundo produtivo. De acordo com Zabalza (2014, p. 55):

> [...] não são poucas as universidades que, na busca de uma melhor integração entre seus docentes e de geração de recursos, iniciaram processos de transformação em estruturas de produção. São as próprias universidades que elaboram as próprias estruturas profissionais e/ ou produtivas de maneira que a vinculação entre a formação acadêmica e o trabalho profissional tenha uma união muito mais profunda e estável [...]. É habitual esta combinação de formação-trabalho no caso de hospitais clínicos (que nas universidades públicas podem pertencer à rede pública de saúde, mas nas universidades privadas aparecem como estruturas próprias da universidade). São muitas as universidades que possuem fazendas, laboratórios de alta tecnologia, entre outros.

Além dos benefícios que estudantes e universidades ganham com a realização de programas de estágios bem elaborados, a sociedade e as próprias entidades que oferecem o campo de estágio são favorecidas.

A sociedade é beneficiada com a inserção no mercado de trabalho de futuros profissionais com conhecimentos na área de saúde (no caso da medicina), os quais estão supostamente preparados para atuar na prevenção de doenças, no tratamento de pacientes e na utilização de recursos materiais e tecnológicos que auxiliam no processo de atendimento básico de saúde.

As entidades que oferecem campos de estágio, por sua vez, contam com estudantes motivados para o trabalho. É claro que, para isso, essa competência deve ser adequadamente mobilizada, pois, no que se refere a jovens aprendizes, pode ser que as atitudes não sejam observadas. Portanto, aqui se destaca a importância do papel do supervisor local para “ajudar estudantes jovens a adquirir os conhecimentos e destrezas próprias” da atividade que desempenham (ZABALZA, 2014, p. 61).

5.2 OS CONTEÚDOS DA FORMAÇÃO ACADÊMICA

Os debates sobre quais conteúdos devem ser desenvolvidos em um curso de graduação têm espaço prioritário entre os educadores. A regulamentação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação definiu que os currículos contemplem o desenvolvimento de habilidades e competências profissionais visando a formação de um profissional com perfil adequado às necessidades da sociedade.

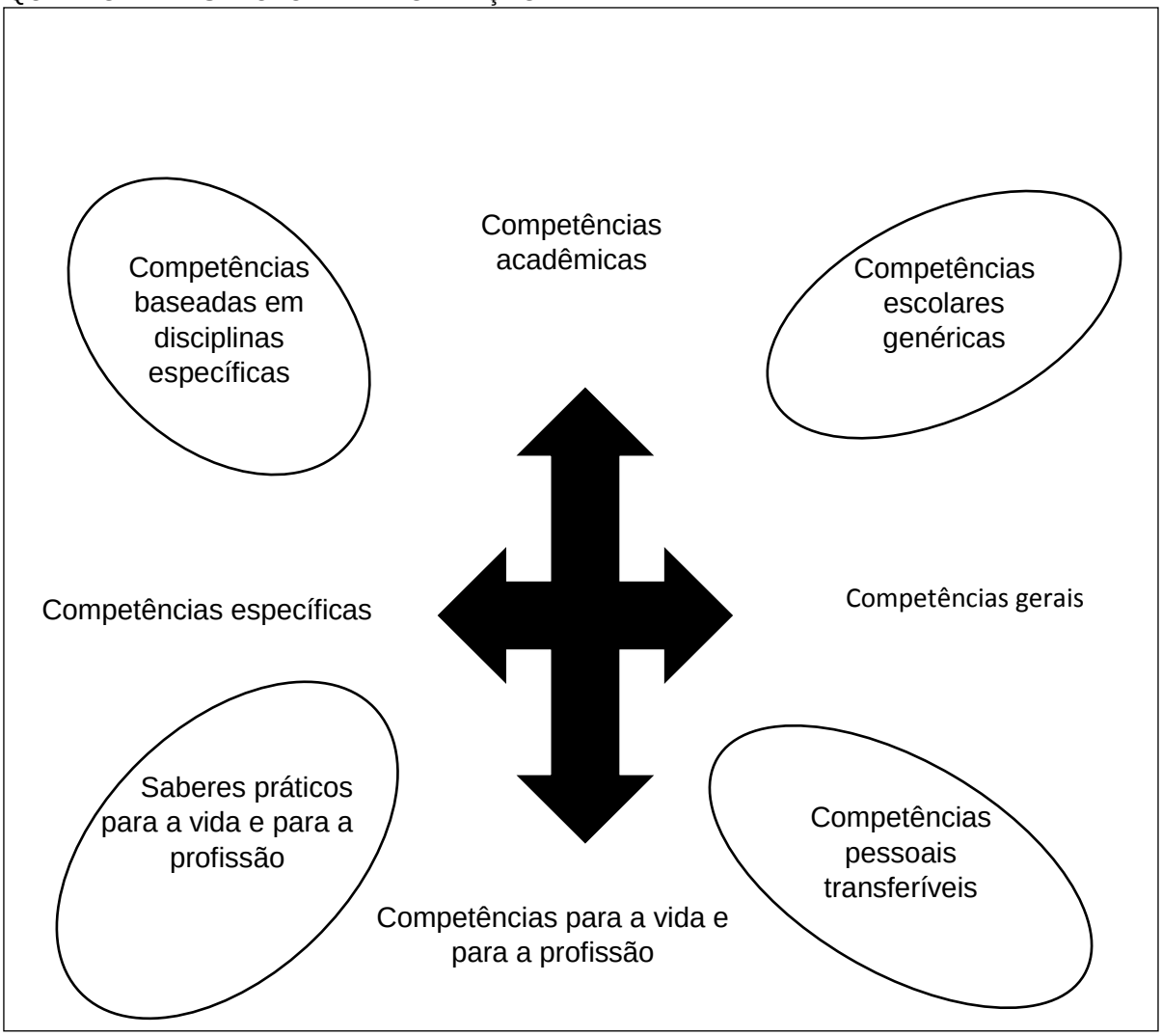
A partir dos estudos realizados por Barnett[28] sobre uma formação integral, Zabalza (2014, p. 90-91) propõe “um desenho da formação que cubra bem os diferentes espaços de aprendizagem e desenvolvimento de competências que sejam necessários para os estudantes universitários”. Para o autor, “o trabalho por competências, quando levado a cabo sob este prisma amplo da formação, nos permite desenhar propostas curriculares e enriquecedoras para nossos estudantes” (ZABALZA, 2014, p. 90).

Ao analisar a proposta de uma nova maneira de avaliar a formação do estudante, verificamos que ela é ampla e cobre diversos âmbitos, como a possibilidade do desenvolvimento pessoal, a aquisição de novos conhecimentos e novas habilidades, o desenvolvimento de atitudes e valores reconhecidos socialmente e o enriquecimento de novas experiências. Para que isso ocorra, faz-se necessário que a pedagogia universitária defina critérios que um bom modelo de formação deve reunir.

---

[28] BARNETT, R. **The limits of competence**: knowledge, higher education and society. Buckingham: SRHE and Open University, 1994. p. 61.

QUADRO 2 – ESTRUTURA DA FORMAÇÃO



Fonte: Adaptado de Zabalza (2014).

O primeiro eixo corresponde aos conteúdos acadêmicos – vinculados às aprendizagens habituais nas universidades – e aos conteúdos práticos – vinculados aos saberes práticos aplicáveis à vida pessoal e à vida profissional. O segundo eixo corresponde aos conteúdos específicos e especializados e aos conteúdos mais gerais (ZABALZA, 2014).

Entrecruzando os eixos estão as competências, que correspondem aos conteúdos formativos, os quais devem ser complementares uns aos outros de maneira equilibrada. De tal forma, temos:

> 1) O primeiro modelo formativo surge da união do vértice do acadêmico com o do especializado. Trata-se de um espaço onde os estudantes desenvolverão aprendizagens especializadas. Essas são justamente as matérias e disciplinas que cursarão em suas carreiras profissionais [...].
>
> 2) O segundo modelo formativo surge da intersecção entre as aprendizagens específicas e o que tem a ver com atividades e desempenhos práticos vinculados ao mundo do trabalho e da profissão. Também se incluem [...] outras aprendizagens práticas vinculadas à vida cotidiana e/ou a afazeres relacionados com a participação social. Em uma visão restritiva da formação [...], esta seria a figura do processo formativo e o restante ficaria como fundo em uma visão mais integral da formação, que constitui em elemento importante, mas insuficiente.
>
> 3) No cruzamento entre o acadêmico e o geral, integram-se todas aquelas aprendizagens que têm a ver com o desenvolvimento dos estudantes enquanto aprendizes universitários. Trata-se de competências que não pertencem a nenhuma matéria de fato (por isso são gerais), mas que são básicas para o bom desempenho acadêmico [...].
>
> 4) Finalmente, no cruzamento do geral e do mundo do trabalho e da profissão aparece outro conjunto de competências que refletem valores e capacidades genéricas, mas importantes para o desempenho profissional. Somente se as atendermos adequadamente poderemos dizer que formamos adequadamente os futuros profissionais. Assuntos como a ética profissional, a perseverança no esforço, o respeito à diversidade, a solidariedade, o espírito crítico, a capacidade de inovação, a reflexão, a autoavaliação, entre outros, constituem um conjunto de qualidades que caracterizam, ou deveriam fazê-lo, qualquer perfil profissional (ZABALZA, 2014, p. 92-93).

Assim, na visão apresentada pelo autor, uma boa formação é aquela que permite a formação integral do sujeito e o capacita a lidar com os desafios que encontrará em âmbitos diferentes da sua vida e em diferentes contextos.

5.3 AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DE ESTÁGIO

Entre as dificuldades observadas durante a realização do estágio obrigatório, está a metodologia de avaliação, assim como os critérios de avaliação do desempenho do estudante.

Segundo Tavares[29] (citado por CONTI e SOUZA, 2002, p. 38):

[29] TAVARES, C. **Iniciação à visão holística**. 4 ed. São Paulo: Record, 1998.

> Explicita que, junto com a saúde, a educação é uma das áreas em que mais necessitamos de *insights* criativos para que seja possível superar as dificuldades, conhecidas por todos. Procura-se uma educação que dê mais ênfase ao processo de ensino do que ao conteúdo, já que o conhecimento muda a cada dia nesta era de rápido progresso científico. Na visão holística da educação o ensino e a aprendizagem não se dão apenas pelo ambiente da escola, mas no contexto de toda a sociedade.

A realização do estágio obrigatório no processo de formação acadêmica se configura como o momento de demonstração da aprendizagem desenvolvida em sala de aula. É nesse momento que os estudantes entram em contato com a realidade que os aguarda ao término do curso. Sob a supervisão de um professor de maneira direta ou indireta (no caso do curso de medicina, a forma é direta), o estudante deve usufruir desse período para continuar aprendendo, mas também demonstrar os conhecimentos adquiridos.

De acordo com Moura (2002, p. 57):

> O ensino recebe a responsabilidade social de promover a formação para a cidadania dos membros da sociedade e ao defrontar-se, com esse trabalho, defronta-se também com a necessidade de promover sua própria reorganização para orientar-se por esse novo sentido.

Portanto, para que possamos compreender a avaliação e sua trajetória de relação entre os agentes envolvidos nesse processo, é preciso entender a organização do modelo curricular e como os conhecimentos estão dispostos nesse documento, uma vez que é no projeto pedagógico que estão descritas as metodologias de avaliação adotadas pelo corpo docente. Assim, a análise possibilita levantar hipóteses sobre as práticas pedagógicas, tanto no âmbito da sala de aula (aulas teóricas) quanto na avaliação do processo de estágio.

O processo de evolução da medicina, passando-se do modelo biomédico para uma perspectiva mais participativa dos agentes que compõem o ensino médico e de uma nova concepção de homem, considerando-o como ser biopsicossocial, ou seja, fortalecendo-se a medicina centrada na pessoa, de acordo com Nedy (e cols., 2005,

p. 163), são transformações que “[...] visam a alterar o papel do educador e do educando, para que deixe de haver uma transmissão unidirecional do conhecimento dando lugar a um modelo de construção dos saberes”.

Para muitos autores, como Almeida (1999a e 199b), Marins (2004), Rego (2004), Lampert (2004, 2009), Araújo (2004), Tibério et al. (2012), no campo das ciências da saúde e, principalmente, da medicina, a necessidade de mudanças é mais evidente, visto que muitas universidades ainda têm seus currículos alicerçados em um modelo tradicional de ensino, baseados em “muitos conteúdos teóricos, enquanto a realidade médica exige dinamismo e desenvoltura na prática” (NEDY e cols., 2005, p. 163). A prática tradicional, por sua vez, se reflete no momento da avaliação.

Como componente curricular, o período de estágio deve ser avaliado conforme o que está previsto no projeto do curso. Portanto, sendo componentes de um colegiado de curso, também os professores devem participar do processo de construção do currículo, uma vez que serão supervisores nos locais de realização de estágio.

Os critérios e os direcionamentos da avaliação, assim como os instrumentos a serem utilizados durante o processo de estágio devem estar explicitados no projeto do curso e serem previamente preparados pelo professor/supervisor. A construção dessa matriz deve ser feita pelos professores que compõem o colegiado do curso e que farão o acompanhamento dos estudantes durante o período de realização do estágio curricular, conforme dispõem as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

O currículo do curso de medicina da IES pesquisada está abalizado pelas DCN homologadas pela Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001, na qual constam as orientações sobre a regulamentação do estágio obrigatório.

> Art. 7° A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório em treinamento em serviço, em regime de internato próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no Parecer/Resolução

> específico da Câmara de Educação Superior o Conselho Nacional de Educação.
>
> § 1° O Estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos nas áreas de Clínica Médica, Cirúrgica, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio.
>
> § 2° O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar, no máximo 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para este estágio, a realização de treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em Instituição conveniada que mantenha programa de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de qualidade em nível internacional.
>
> [...]
>
> Art. 9° O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre ensino, pesquisa e extensão/assistência (BRASIL, 2001).

As novas DCN para os cursos de graduação em medicina, homologadas pela Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014, procederam mudanças em vários artigos da resolução anterior, a saber: alteração dos artigos 2°, 3°, 4°, 5°, 6° e 7°; inclusão do capítulo II; alteração dos artigos 8°, 9°, 10, 11, 12, 13; inclusão dos artigos 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 (que dispõe sobre o estágio curricular obrigatório, com 11 parágrafos), 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40 e 41 (BRASIL, 2014).

O conteúdo das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina publicadas em 2014 se assemelha muito como o teor das DCN de 2001. A diferença é que a última versão descreve com maior detalhamento as competências das práticas médicas, destacando cada uma delas: atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde. Em relação aos conteúdos curriculares e do projeto pedagógico, também o texto de 2014 é mais descritivo.

A prática da avaliação da aprendizagem, em qualquer nível da educação, “não é nem pode continuar sendo a prática pedagógica tirana que ameaça e

submete a todos com um poder discricionário" (LUCKESI, 2011, p. 263-264). A avaliação deve subsidiar o educador em sua atividade de gestão do ensino e dos recursos pedagógicos utilizados, além de auxiliar o educando na busca da sua autoconstrução, a partir de aprendizagens bem-sucedidas (LUCKESI, 2011).

D'Ambrósio[30] (citado por CONTI e SOUZA, 2002, p. 39) aponta o descompasso entre a prática educativa e o mundo atual. O autor afirma que:

> Os paradigmas mais recentes requerem a destituição de alguns mitos que perduram até hoje na educação: universidade dos conteúdos disciplinares, temporalidade na construção dos conhecimentos e qualificação da aprendizagem por meio de instrumentos ultrapassados.

Na abordagem transdisciplinar, a atuação é conjugada, envolvendo os diversos atores que compõem o sistema de ensino; isso significa que professores e estudantes devem estar entrelaçados no processo ensino-aprendizagem-avaliação. Assim é possível alcançar os objetivos valendo-se de atividades prazerosas para ambas as partes.

> A visão mecanicista de aplicada à avaliação é baseada nos princípios de rotinização excessiva; visão do indivíduo fora do contexto histórico de vida; e hierarquização, usada como ponto de discriminação entre duas instâncias, avaliador e avaliado, considerando o conhecimento como uma pirâmide em cujo topo encontra-se o avaliador (o detentor máximo deste conhecimento) e com o lugar do avaliado é obrigatoriamente a base (aquele que nada sabe) [...] (MOURA, 2002, p. 58).

Aqui, percebe-se que a definição de avaliação conhecida e empregada nas escolas é aquela de juízo de valor da qualidade sobre determinados dados para uma tomada de decisão, ou seja, para o educador, cujo objetivo é sempre o controle, com

[30] D'AMBRÓSIO, U. (org.) **Declaração dos fóruns de cultura da UNESCO**: Veneza, Vancouver, Belém. Carta da transdisciplinaridade. Editora Universidade de Brasília. Mimeografado, Brasília, 1996.

ênfase na racionalidade, na fragmentação das disciplinas, na especialização, buscando a verificação do desempenho do estudante de maneira mecanicista.

Porém, Luckesi (2011, p. 264) contesta essa prática. Para o autor, o processo de avaliação, além de verificar os dados relevantes no processo de ensino, deve ser "uma atribuição de qualidade, com base em dados relevantes da aprendizagem dos educandos, para uma tomada de decisão". É necessário provocar uma ruptura com a compreensão tradicional do processo de avaliação, "retratando a realidade do cotidiano vivido e relatado" (MOURA, 2002, p. 58).

Para que o educador possa proceder a avaliação, são necessárias duas condições: "a disposição psicológica de acolher a realidade como ela é, e a escolha da teoria com a qual fará sua aventura de investigar", como sinaliza Luckesi (2011, p. 265). Ao compreender e apreender essa prática, o educador terá à sua disposição uma ferramenta que auxiliará no diagnóstico da genuína aprendizagem do educando.

A diferença entre instrumento de coleta de dados e instrumento de avaliação é apontada por Luckesi (2011, p. 299) nos seguintes termos:

> Usualmente, denominamos os testes, os questionários com perguntas abertas e fechadas, as fichas de observação, as redações, os simuladores, entre outros, de *instrumentos de avaliação*. Na verdade, eles não são "instrumentos de avaliação", mas sim *instrumentos de coleta de dados para a avaliação*.

Concluímos, então, que os instrumentos de coleta de dados são os recursos que o professor emprega para obter informações sobre o desempenho do aluno. De posse dessas informações, o professor pode efetivar mudanças na sua prática pedagógica ou orientar o aluno para um melhor desempenho, buscando aprimorar certos conhecimentos.

Portanto, concordamos com a apreciação que Luckesi (2011) faz sobre a distinção dessas duas expressões, de tal forma que pretendemos utilizá-la no

presente trabalho na análise do instrumento de avaliação do estágio (exposto neste capítulo) que é utilizado no curso de medicina.

> [...] reservaríamos a expressão **instrumento de avaliação** [grifo nosso]para designar os atos metodológicos da prática da avaliação, e a expressão **instrumento de coleta de dados para a avaliação** [grifo nosso] para designar o que efetivamente eles fazem: “coletar dados”, como ponto de partida para avaliar. (LUCKESI, 2011, p. 300)

Tomando esse conceito, acreditamos que a avaliação de processo de estágio se dá de forma mais efetiva do que a mera aplicação de provas, testes de múltipla escolha, correlação de colunas, apresentação de seminários, construção de portfólios[31], realização de pesquisas, participação em projetos de extensão, entre outras metodologias de avaliação. Não afirmamos que essas metodologias devem ser descartadas, mas que a avaliação apenas com uso desses instrumentos pode não representar uma mensuração completa dos saberes do estudante ou das competências mobilizadas durante a prática do estágio curricular.

Um instrumento de coleta de dados necessita de um projeto claro e com objetivos bem elaborados do que se pretende avaliar; após “aplicados e corrigidos, segundo especificações decorrentes dessas decisões prévias às ações” (LUCKESI, 2011, p. 296), é que os agentes envolvidos no processo ensino-aprendizagem podem promover mudanças no que for necessário.

Segundo Luckesi (2011, p. 296):

> Ultimamente, em nosso meio educacional escolar, temos convivido com uma série de críticas, por vezes ingênuas, em relação ao uso de instrumentos de coleta de dados sobre o desempenho de aprendizagem dos estudantes, tendo em vista sua avaliação. Diz-se por exemplo, que questionários com perguntas abertas e fechadas, assim como os testes, já não são instrumentos admissíveis numa escola que tenha, entre seus modos de agir pedagogicamente, a prática da avaliação pedagógica da aprendizagem. (LUCKESI, 2011, p. 296).

[31] Portfólio é, por definição, uma lista de trabalhos de um profissional ou empresa.

O autor continua:

> [...] o uso de instrumentos de coleta de dados, em si, não tem a ver com exames ou com avaliação. Tanto o ato de examinar quanto o ato de avaliar necessitam deles. Exame e avaliação exigem coleta de dados sobre o desempenho do educando do ponto de vista do seu processamento (LUCKESI, 2011, p. 297).

Assim, o ato de examinar e avaliar são distintos, seja pela concepção pedagógica, seja pelos conceitos adotados pela escola, e não por seus recursos técnicos de coleta de dados utilizados. Portanto, “os dados coletados por meio dos instrumentos – contanto que sejam elaborados segundo regras metodológicas científicas – podem ser os mesmos, entretanto a avaliação os utilizará diagnosticamente e os exames classificatoriamente” (LUCKESI, 2011, p. 297).

Isso significa que, para que o professor realize uma prática avaliativa, necessita de dados da realidade e para obtê-los necessita de instrumentos que ampliem sua capacidade de observar a realidade (LUCKESI, 2011).

O professor supervisor/avaliador deve aprender que, para avaliar a aprendizagem, é preciso utilizar instrumentos que efetivamente coletem dados necessários para isso, e não outros dados. O que o professor deve saber é se o estudante adquiriu informações, habilidades, competências e atitudes que ele precisa para seu processo de formação profissional. Assim, instrumentos de coleta de dados construídos cientificamente são recursos úteis para a avaliação da aprendizagem do estudante.

5.3.1 Construção de um instrumento de coleta de dados

O primeiro passo para a elaboração de um instrumento de coleta de dados com base nos recursos metodológicos científicos é o planejamento, que contempla o conhecimento do projeto político-pedagógico da escola, o plano de ensino, o conteúdo e a metodologia utilizada no ensino. Para decidir sobre as bases que

orientarão a construção do instrumento, o professor que avalia precisa obter as normas científicas que guiarão tal elaboração.

De acordo com Luckesi (2011, p. 22), o termo “político”, no contexto educacional, “refere-se às nossas intenções conscientes ao propormos a realização de uma ação educativa e pedagógica, tendo em vista a formação do educando como sujeito e como cidadão”, e não necessariamente um engajamento político-partidário.

Todo instrumento de coleta de dados deve ser escolhido e construído intencionalmente e não aleatoriamente. Sua principal característica é a capacidade de coletar os dados de que o professor avaliador necessita para qualificar a realidade com a qual está trabalhando (LUCKESI, 2011, p. 337).

O critério de seleção do instrumento a ser utilizado, assim como sua configuração, tem sua fonte no próprio objeto de investigação. Nesse caso, o campo de estágio no qual se realiza a prática.

Para Luckesi (2011, p. 337):

> O avaliador, como investigador, escolhe e constrói o instrumento de coleta de dados comprometido com o que deseja investigar; ou seja, o próprio objeto de avaliação oferece ao avaliador os contornos necessários do instrumento para a coleta de dados. Este é construído para captar o que é preciso captar. Sem isso, o avaliador poderá fazer tudo, menos o lhe cabe fazer: investigar a qualidade do seu objeto de estudo.

Para elaborar um instrumento de coleta de dados, o professor precisa tomar alguns cuidados quanto às questões criadas (LUCKESI, 2011), as quais devem:

1°) cobrir todos os conteúdos essenciais trabalhados no ensino;

2°) apresentar o mesmo nível de dificuldade, dos conteúdos ensinados, não sendo nem mais difíceis, nem mais fáceis;

3°) apresentar níveis diferenciados de dificuldade dentro de um mesmo conteúdo, de tal forma que o estudante possa realmente demonstrar o que aprendeu, desde os conteúdos mais simples aos mais complexos;

4°) solicitar o mesmo nível de conhecimento que foi utilizado no ensino e nunca ensinar algo num nível simples e depois solicitar um desempenho superior do estudante;

5°) servir-se da mesma metodologia no momento do ensino e no momento da elaboração das questões;

6°) estar em uma linguagem clara e compreensível ao estudante;

7°) conter níveis de dificuldade diferentes, tendo por base a majoração das habilidades e competências do curso;

8°) ter precisão; o estudante deve compreender bem os contornos da resposta esperada e as perguntas não devem conter frases ambíguas, sujeitas a dúbia interpretação;

9°) ser válidas e fidedignas quanto à finalidade do que se deseja descrever ou observar;

10°) auxiliar o estudante a aprofundar seus conhecimentos e habilidades;

11°) possibilitar o feedback ao professor em relação à sua prática pedagógica como docente e supervisor.

O instrumento de coleta de dados possibilita também:

> 1) a avaliação do contexto em que ocorre a aprendizagem, o qual envolve uma ação (**como no caso do estágio, inserção da autora**);
>
> 2) avaliação das entradas, que diagnostica os insumos, os recursos, que são utilizados na ação (se são necessários ou desnecessários);
>
> 3) avaliação de processo de execução da ação, que é o diagnóstico que acompanha e, se necessário, reorganiza o seu curso;

> 4) por último, a avaliação do produto obtido ao final da ação, que diagnostica e testemunha a qualidade dos resultados finais. (LUCKESI, 2011, p. 366)

Em sua obra, Zabalza (2014) apresenta um conceito de instrumento de coleta de dados muito semelhante ao desenvolvido por Luckesi (2011). O autor apresenta uma extensa lista de questões que devem ser observadas durante a realização do processo de estágio, de acordo com cada uma das modalidades, curricular e não curricular. No modelo proposto por Zabalza (2014), o professor deve planejar, elencando os critérios mais relevantes, como os de qualidade; elaborar questões pertinentes à realidade observada/avaliada; e, a partir dos resultados, proceder as mudanças que julgar necessárias, levando em conta também o projeto do curso de formação no qual atua.

Diante do exposto, percebemos a importância da construção de um projeto curricular (projeto político-pedagógico) que abalize as práticas pedagógicas e que seja condizente com as necessidades sociais contemporâneas e não apenas com as questões teóricas impostas por ordenamento jurídico.

5.4 O PAPEL DO ESTÁGIO NA FORMAÇÃO ACADÊMICA

Para fazer das práticas acadêmicas e do estágio[32] curricular supervisionado um campo de formação profissional, é preciso considerar os fenômenos inerentes à aprendizagem da profissão como um campo de conhecimentos e mobilização de competências específicas.

As atividades do estágio ocorrido no interior de uma instituição específica de formação profissional, incluindo seus planos e o projeto pedagógico do curso, estrutura e funcionamento do local onde se realiza o estágio, se situam no movimento cotidiano dos sujeitos que ali convivem. “Nesse contexto, formadores e

[32] Estágio é um termo advindo do latim medieval, *stagium*, que significa ‘residência’, ‘moradia’. Em inglês e espanhol, o termo é *practicum* e, em italiano, *tirocínio* (ZABALZA, 2014, p. 37).

formandos precisam compreender os delineamentos, acontecimentos naquele espaço, e a ação dialógica estabelecida entre eles” (LIMA e COSTA, 2014, p. 42).

Entre a instituição de ensino superior e a entidade recebedora do estágio – no caso deste estudo, três hospitais universitários, sendo uma maternidade e uma unidade básica de saúde da Região Metropolitana de Curitiba –, há uma teia de relações que envolvem os sujeitos integrantes desse movimento de ensino-aprendizagem da profissão. Assim, existe um fenômeno a ser estudado: a mobilização de competências específicas do profissional médico.

Diante da configuração de uma nova realidade social, a universidade está submetida a desenvolver novos modelos curriculares sob o enfoque das competências, visando a integração do sujeito a ser formado para atuar nessa realidade.

Porém, essa é uma visão criticada por Zabalza (2014, p. 24):

> [...] por trás de cada um dos debates desenvolvidos [...], sempre surgiu um fantasma do neoliberalismo e as ameaças, vivenciadas por alguns profissionais como dramáticas, tanto ao sentido quanto à missão formativa das universidades.

As mudanças e as reformas propostas nada mais são do que a “ideia principal de retornar a uma docência ‘centrada na aprendizagem’” (ZABALZA, 2014, p. 24). Mesmo que essa realidade seja descrita no cenário europeu no qual o autor está inserido, entendemos que, no Brasil, ocorreu algo parecido no ensino superior e, igualmente, nos demais níveis de ensino, como demonstrado neste trabalho.

A importância da explanação feita por Zabalza (2014) – e da sua utilização como referencial teórico nesta tese – reflete na discussão sobre o estágio e a prática no setor profissional; no presente caso, no campo da educação médica (mais adiante, analisaremos a ferramenta utilizada como instrumento de coleta de dados para a avaliação do processo de estágio curricular obrigatório do nono período do curso de medicina de uma IES).

Nem sempre o estágio é visto como um momento de aprendizagem. Alguns profissionais o vêm como:

> [...] uma socialização prematura no campo profissional; uma maneira de confundir o papel do estudante e de trabalhador; uma forma de atrair mão de obra barata para as empresas e instituições; um novo estilo de consórcio amável, mas interessado entre universidade e empresa. (ZABALZA, 2014, p. 24)

Assim, é durante a realização do estágio supervisionado obrigatório que o estudante entra em contato direto com pacientes na prática das áreas que compõem a clínica médica, conforme demonstrado QUADRO 3:

QUADRO 3 – ESTRUTURAÇÃO CURRICULAR DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO DO 9° PERÍODO DO CURSO DE MEDICINA DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE CURITIBA

9° PERÍODO	**ESTÁGIOS**
Quatro estágios obrigatórios divididos em 5 semanas cada um, totalizado em 20 semanas e 800 horas, objetivo maior na atenção Primária e Secundária a Saúde	
Departamento de Cirurgia Hospital do Trabalhador	Estágio Trauma Ortopédico com 100 horas Estágio Emergências Cirúrgicas com 100 horas
Departamento de Tocoginecologia – Hospital e Maternidade Victor Ferreira do Amaral	Estágio obrigatório em Ginecologia e Obstetrícia Básica com 200 horas
Departamento de Clínica Médica Hospital Universitário	Estágio Curricular em Recursos Diagnósticos com 100 horas Estágio Clínica Médica Ambulatorial com 60 horas (Unidades de Saúde de Curitiba, CEMUN e Unidade de Saúde Boa Vista) Estágio Clínica Médica Extra- Hospitalar com 20 horas Estágio em Geriatria com 20 horas (Unidade de Saúde Ouvidor Pardinho)
Estágio Multidisciplinar com 200 horas	
Estágio Multidisciplinar em Otorrinolaringologia com 20 horas	
Estágio Multidisciplinar em Oftalmologia com 20 horas	
Estágio Multidisciplinar em Psiquiatria com 20 horas	
Estágio Multidisciplinar em Anestesiologia com 60 horas	
Estágio Multidisciplinar em Anatomia Patológica com 20 horas	

continua...

continuação...

Estágio Multidisciplinar em Cirurgia Ambulatorial com 20 horas
Estágio Multidisciplinar em Obstetrícia Ambulatorial com 20 horas
Estágio Multidisciplinar em Ginecologia Ambulatorial com 20 horas

Fonte: Extraído do documento: Reforma Curricular – 2010 de uma Instituição de Ensino Superior de Curitiba.

Segundo Lima e Costa (2012, p. 42), “o estágio como pesquisa, dentro de um contexto curricular, pode ser considerado a síntese da formação profissional” nos cursos de graduação ou nos demais níveis educacionais, conforme prevê a LDB n. 9.394/96 e a Lei n. 11.788/08, que regulamenta o estágio no Brasil.

O estágio, porém, não se resume às práticas, mas ao contexto como um todo para a sociedade atual. Portanto, o tratamos aqui como um processo que ocorre durante todo o período de formação acadêmica e que culmina efetivamente na prática em contextos específicos da realidade médica.

Embora o texto do documento da reforma curricular da IES eleita para nosso estudo alerte que, desde os períodos iniciais do curso de medicina, o estudante recebe informações que o capacitam a atuar como multiplicador dos conhecimentos da área médica entre seus pares e a comunidade, é somente no nono período que o estudante efetivamente atua no campo de estágio e é avaliado pelo professor/preceptor acerca dos conhecimentos que adquiriu durante os períodos anteriores. Desse aspecto surge nosso interesse de verificar qual é a percepção dos estudantes do nono ano do curso sobre a avaliação em relação à prática durante o estágio obrigatório.

O documento para avaliar os estudantes/estagiários da IES pesquisada será apresentado em capítulo posterior, no qual também discorreremos sobre as ferramentas e os instrumentos de avaliação que os professores usam para tal a avaliação. Destacamos aqui que nos interessou investigar como o estudante compreende a avaliação realizada é se essa contribui para sua formação profissional e o prepara para os ciclos vindouros, 10°, 11° e 12° períodos, bem como para o último período, o internato.

6 ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE CURITIBA

O curso de medicina eleito para nossa pesquisa integra uma instituição de ensino superior situada na cidade de Curitiba (Paraná), regulamentada conforme as normas do Ministério da Educação.

A instituição dispõe de extenso acervo bibliográfico físico e periódicos atualizados e tanto o corpo docente quanto o corpo discente têm acesso ao acervo pelo portal da instituição, que incorpora sites de consulta, como os da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES, BRASIL, 2017d), o Portal de Revistas Científicas da Área da Saúde (BIREME), além de livros da área de saúde disponíveis no formato digital (e-book).

A prática médica que norteia o funcionamento do curso de medicina dessa IES é a baseada em evidências.

Segundo os documentos da reforma curricular do curso de medicina (RC[33], v. 1, p. 4), construídos pelo colegiado do curso em 2010:

> As demandas da sociedade por um profissional de saúde que domine a ciência e que a pratique com arte adequada ao cenário social e econômico da nação suscitou a criação de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação da área da saúde.

Cumpre-nos lembrar que as DCN foram instituídas para todos os cursos de graduação.

6.1 CRONOLOGIA DA INSTITUIÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA O CURSO DE MEDICINA

Para o curso de medicina, o primeiro Parecer CNE/CES 1.133/201 das DCN foi aprovado em 7 de agosto de 2001 e homologado e publicado no Diário Oficial da União em 3 de outubro de 2001. Em 7 de novembro de 2001, o Conselho Nacional de Educação e Câmara de Educação superior publicou a Resolução CNE/CES n. 4, instituindo as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em medicina.

[33] RC, leia-se reforma curricular do curso de medicina da instituição pesquisada.

Em 8 de novembro de 2007, a pedido do estado do Ceará, foi incluída uma alteração no parágrafo 2° do artigo 7° da Resolução CNE/CES n. 4/2001, através do Parecer CNE/CES n. 236/2007, que se referia à possibilidade de os alunos cumprirem 25% da carga horária de estágios em outros locais da federação, por exemplo, no lugar onde residiam.

Em 3 de abril de 2014, através da Resolução CNE/CES n. 3, de 20 de junho de 2014, foram instituídas novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina. O parecer foi homologado e publicado no Diário Oficial da União em 6 de junho de 2014.

6.2 A CONSTRUÇÃO DA REFORMA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE CURITIBA PESQUISADA, A PARTIR DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PUBLICADAS EM 2001

Após a publicação do primeiro documento instituindo as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação e, em especial, em 2001, para o curso de medicina, o colegiado do curso da IES pesquisada iniciou o debate com seus pares sobre “os caminhos da transformação” (RC, v. 1, p. 4) na área da saúde. Alguns docentes, juntamente com os coordenadores organizaram discussões formais com ampla participação da comunidade acadêmica, de diversos departamentos envolvidos com o curso de medicina e com os professores que compunham o quadro do curso e que integravam diferentes departamentos. Além das discussões, foram realizados “fóruns de debates abertos, informais e regulares sobre os rumos a seguir na futura transformação” (RC, v. 1, p. 4).

Desse certame, de acordo com a RC (v. 1, p. 4-5), resultaram alguns princípios, entre eles:

> a) manutenção da carga horária total das disciplinas teórico-práticas;
> b) ampliação do tempo de internato para dois anos;
> c) antecipação de disciplinas e atividades clínicas;
> d) equalização da carga horária média de disciplinas teórico-práticas entre os oito períodos iniciais;
> e) exposição precoce e supervisionada ao Sistema Único de Saúde;
> f) internatos obrigatórios iniciando por atividades ambulatoriais extra-hospitalares, nas cinco áreas básicas (pediatria, clínica médica, cirurgia, saúde mental e gineco-obstetrícia) e pelo internato obrigatório de saúde coletiva;
> g) flexibilização curricular com incorporação de atividades formativas certificadas pelo colegiado do curso;

> h) estímulo à mobilidade acadêmica nacional e internacional durante o internato curricular.

Além disso, o documento sinalizou para a:

> [...] necessidade de implantar a avaliação periódica do docente pelo discente, criar um sistema de tutoria estudantil, modernizar o sistema de avaliação para incorporar novas tecnologias e avaliações seriadas por competências e habilidades (RC, v. 1, p. 5).

Tendemos a crer que as competências e habilidades descritas se referem a competências e habilidades expostas no artigo 4° da Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais.

> Competências gerais:
> I – Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, 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 integral 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. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta a responsabilidade da atenção à saúde, tanto em nível individual como coletivo;
> II – Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
> III – Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
> IV – Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posição de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
> V – Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento a 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; e
> VI – Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágio das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais dos serviços,

> inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais (BRASIL, CNE/CES, 2001).

Ainda no artigo 5° da mesma resolução, lê-se:

> Art. 5° A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional de conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:
> I - promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto as de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
> II – atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;
> III – comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;
> IV – informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;
> V – realizar com proficiência a anamnese e a consequente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;
> VI – dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocioambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;
> VII – diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critério a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;
> VIII – reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente pacientes de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;
> IX – otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos os aspectos;
> X – exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;
> XI – utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;
> XII – reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
> XIII – atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;
> XIV – realizar 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;
> XV – conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;
> XVI – lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com políticas de saúde;
> XVII – atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;
> XVIII – cuidar da própria saúde física e mental e buscar o bem-estar como cidadão e como médico;

> XIX – considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;
> XX – ter visão do papel do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;
> XXI – atuar em equipe multiprofissional; e
> XXII – manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde (BRASIL, CNE/CES, 2001).

Em 2005, a IES pesquisada iniciou a avaliação do corpo docente e de disciplinas e metodologia de ensino pelos discentes ao final de cada semestre. O documento da instituição explicita que tal avaliação passou a ser periódica e seus resultados debatidos com os docentes, responsáveis pelas disciplinas, membros do colegiado de curso e pela coordenação do curso, com a finalidade de propiciar melhorias no currículo que ora vinha sendo modificado.

Os dados obtidos por essas avaliações continuadas permitiram a reavaliação:

> [...] da permanência dos conteúdos oferecidos, bem como o momento de disponibilizá-los e ainda a possibilidade de articulação entre conteúdos afins ou complementares, afinal a construção de um novo currículo é muito mais que uma mera adaptação da grade de atividades acadêmicas (RC, v. 1, p. 5).

Encontramos no documento da reforma curricular do curso de medicina uma visão ampliada da importância da participação dos agentes que compõem o colegiado do curso: “o currículo de um curso é como um organismo vivo, deve estar em constante evolução” (RC, v. 1, p. 5). Reiterando-se, ainda, que a reforma foi:

> [...] construída pelo coletivo de quase 300 docentes do curso, dos 16 departamentos [...], entretanto [...] não deixemos de ajustá-lo continuamente, evitando que fique em desalinho com a evolução e promovendo que esta [...] permaneça jovial e protagonista de seu tempo e de seu tempo (RC, v. 1, p. 5).

A reforma curricular data do ano de 2010, mas as discussões sobre ela, como apontamos anteriormente, já estavam em andamento desde o início do segundo semestre de 2006, quando foi definido “implantar todas as modificações de modo gradual, mediante ajustes sucessivos, sem modificação inicial da carga horária obrigatória total do curso” (RC, v. 1, p. 5). A justificativa para isso foi que:

> [...] esta estratégia permitiu aplicar o método científico **transformação** [grifo nosso] curricular, sedimentando as boas experiências, estendendo-as a

> outras áreas e disciplinas, bem como a avaliação continuada do reflexo de cada alteração (RC, v. 1, p. 5).

A partir do primeiro semestre de 2007, iniciou-se a construção do novo currículo. Ao longo de quatro anos, docentes e discentes foram convidados a participar ativamente desse processo (RC, v. 1, p. 26). Ao todo, foram sete ajustes até chegar ao modelo curricular hoje vigente (RC, v. 1, p. 27).

Em agosto de 2009, cerca de 90% do novo currículo já havia sido implementado, testado e avaliado para ser aplicado aos alunos ingressantes no primeiro semestre de 2010 (RC, v. 1, p. 27).

Na avaliação dos participantes da construção da reforma curricular, “a implantação gradual permitiu que muitas modificações fossem oferecidas às turmas já em curso, estimulando a participação de todos no processo de transformação” (RC, v. 1, p. 5). Ou seja, aparentemente, desde a homologação das DCN para o curso de medicina, a instituição de ensino pesquisada deu início a um processo de “adaptação” às novas normas nacionais, junto ao corpo docente e discente, ainda que só tenha reformulado a grade curricular de acordo com o que era solicitado pela legislação.

Percebemos que o processo de construção da reforma curricular foi longo e sofreu inúmeras readequações, como a implantação das atividades formativas flexíveis (FFF), previstas nas DCN para os cursos de graduação e acatadas pelo conselho superior de cada universidade. Vale ressaltar que o objetivo das atividades formativas é possibilitar que o aluno, de qualquer curso de graduação do país, complemente seus estudos com atividades em áreas diferentes daquela que cursa. A deliberação de quais são essas atividades é uma atribuição de cada colegiado de curso, assim como a homologação da resolução que obriga o estudante a cumpri-la.

Nos cinco volumes que compõem o documento de reforma do currículo do curso de medicina da IES pesquisada, encontramos um histórico da IES e uma descrição das características do curso (RC, v. 1, p. 9).

> MODALIDADE: ensino presencial.
> PRAZO MÍNIMO PARA INTEGRALIZAÇÃO DO CURSO: 12 (doze) semestres.
> VAGAS OFERTADAS PELO PROCESSO SELETIVO: 88 (oitenta e oito) por semestre, totalizando 176 (cento e setenta e seis vagas).
> CARGA HORÁRIA MÍNIMA DO CURSO: 8.400 horas.

> TURNOS DE OFERTA AUTORIZADOS: matutino e vespertino.
> REGIME LETIVO: semestral
> ÁREA DE FORMAÇÃO: medicina
> DIPLOMA CONFERIDO – ESPECÍFICO REFERENTE À PROFISSÃO: médico.

6.2.1 Perfil do profissional formado pela instituição de ensino superior pesquisada

O perfil do profissional médico formado pela IES pesquisada segue o padrão estabelecido pelo Ministério da Educação, que entende que o ensino de medicina deve considerar a relação entre a sociedade e a instituição.

> Em meio a enorme esforço desenvolvido em muitos países e mesmo no Brasil, por autoridades da Saúde, associações de classe e Escolas de Medicina, o papel do médico tem sido redefinido em relação às necessidades da sociedade e do mercado de trabalho, com ênfase principal em modelos de prestação de serviços, promoção de novos perfis de médicos e avaliação crítica da responsabilidade social da Escola e da própria Universidade, num aperfeiçoamento constante dos modelos pedagógicos (RC, v. 1, p. 16).

Essa compreensão leva em conta que:

> Atualmente recomenda-se que o perfil do médico a ser graduado tem que ser considerado frente às exigências da Saúde, do modelo assistencial prevalente, do rápido progresso científico e tecnológico e de consideração intensiva aos valores éticos e humanísticos. Estas considerações favorecem um destaque especial ao médico com conhecimentos gerais de clínica apoiado na ação complementar de outros profissionais de saúde. Esta é tendência mundial e o Currículo do Curso de Medicina [...] é dinâmico em sua estrutura, sequenciado e integrado nas suas diferentes disciplinas, ainda preservando um início pelas disciplinas básicas e um final que permite chegar ao exercício prático com o necessário embasamento teórico para a formação de um médico generalista, com conhecimentos gerais de clínica, ajustado à realidade de nossa sociedade (RC, v. 1, p. 16-17).

O curso de medicina conta com três hospitais-escola, ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS), que atendem a população em geral. Mas também presta atendimento em Unidades Básicas de Saúde e Centros de Especialidades Médicas de Urgência (CEMU), atuando na manutenção da saúde com abordagem preventiva,

diagnóstica e terapêutica em relação às doenças mais prevalentes na região em todos os ciclos da vida; o acadêmico tem compromisso com doenças de maior gravidade e complexidade em razão de seus recursos tecnológicos e de investigação e, assim, “tem possibilidade de contato, em disciplinas e estágios, com a devida supervisão” (RC, v. 1, p. 17).

A IES oferece ao acadêmico de medicina recursos para uma futura especialização, dispondo de vários núcleos especializados, com um corpo docente de excelência.

6.2.2 Organização didático-pedagógica do curso de medicina

O curso de medicina da IES pesquisada pretende garantir os conhecimentos necessários para o exercício imediato da profissão, que é o caráter de terminalidade do curso, com ações integradas de ensino, pesquisa e extensão, as quais acontecem de maneira unificada no decorrer do curso, havendo o predomínio de ciências básicas, com enfoque no saber dos conteúdos de bases moleculares e celulares, de estruturas, anatomia e função dos tecidos, órgãos e sistemas, nos três primeiros semestres, e predomínio de ciências clínicas do quarto ao oitavo período.

Os quatro últimos períodos que finalizam a formação são dedicados às atividades de estágio, garantindo preparo, treinamento e formação de um profissional que possa atuar na promoção da saúde, na prevenção e no tratamento de doenças, bem como na reabilitação dos doentes (RC, v. 1, p. 29). O projeto está em consonância com o que preveem as DCN, já descritas anteriormente.

Ao ingressar no curso no primeiro período, o estudante é orientado para situações que atingem os jovens no que se refere a doenças sexualmente transmissíveis, gravidez precoce e uso e abuso de drogas. Essa abordagem prepara o estudante para atuar no âmbito da saúde da comunidade em geral e entre seus pares.

Entre o segundo e o quarto período do curso, os acadêmicos recebem conhecimentos sobre compreensão e domínio da propedêutica médica, que é a capacidade de realizar a história clínica, o exame físico, a identificação de sinais e sintomas do paciente. Igualmente, as atitudes, as aptidões e o comportamento médico são abordados nessa fase do curso.

> As ciências clínicas/profissionalizantes terão início a partir do quarto período, obedecendo a integração horizontal em cada período, percorrendo os diversos sistemas. No eixo vertical ocorrerá um aumento progressivo do grau de complexidade do processo saúde-doença-reabilitação, diagnosticando e tratando as principais doenças do ser humano, em todas as fases da vida (RC, v. 1, p. 31).

A abordagem pedagógica nos oito períodos iniciais do curso se dá da seguinte forma:

> 1. Adquirindo conhecimentos teóricos em forma de aulas, seminários, apresentação de casos clínicos, discussões em grupo.
> 2. Adquirindo habilidades e competências específicas da profissão por meio de aulas práticas, aulas com simuladores, aulas em unidades de saúde, ambulatórios e centro cirúrgicos dos hospitais (RC, v. 1, p. 31).

O documento da reforma curricular salienta que todos os acadêmicos são estimulados pelos docentes a adquirir novos conhecimentos através do desenvolvimento da pesquisa. Esse estímulo serve de preparo para o acadêmico elaborar seu trabalho de curso (TC), apresentado no oitavo período. Na exposição do trabalho, são avaliadas as habilidades de comunicação verbal e escrita e as competências de ética e bioética, necessárias à formação do médico de acordo com as DCN.

Os volumes 2, 3, 4 e 5 da reforma curricular do curso de medicina, apresentam a relação das disciplinas ofertadas, tanto obrigatórias quanto optativas, bem como suas respectivas ementas, a relação bibliográfica obrigatória, a metodologia de ensino, a avaliação de cada disciplina e a relação de professores que compõem o colegiado do curso de medicina.

A resolução homologada pelo conselho superior da IES pesquisada também consta no volume 1 do documento, que aprova o funcionamento do curso de medicina e apresenta a relação de disciplinas e suas respectivas cargas horárias que farão parte do currículo do curso, dividido em doze períodos, como mostra o QUADRO 4:

QUADRO 4 – CARGA HORÁRIA DIDÁTICA DO CURSO DE MEDICINA

	Carga horária TEÓRICA	**Carga horária PRÁTICA**	**ESTÁGIO**	**TOTAL**
FORMAÇÃO BÁSICA	990	780		1750
FORMAÇÃO PROFSISSIONALIZANTE	1480	1560	3440	6480
ATIVIDADE FORMATIVA FLEXÍVEL				140
TOTAL GERAL	2380	2340	3440	8440

Fonte: Reforma Curricular do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior de Curitiba (2010)

QUADRO 5 – PERIODIZAÇÃO RECOMENDADA PARA O CURSO DE MEDICINA

1. FORMAÇÃO BÁSICA	
1° PERÍODO	**DISCIPLINAS**
	Biologia Celular
	Histologia I
	Bioquímica I
	Genética e Evolução
	Anatomia Médica I
	Disciplina Optativa
2° PERÍODO	**DISCIPLINAS**
	Histologia II
	Bioquímica II
	Neuroanatomia
	Eplancnologia
	Embriologia
	Fisiologia MédicaI e Biofísica
3° PERÍODO	**DISCIPLINAS**
	Fisiologia Médica II
	Fisiologia Médica III
	Microbiologia Médica
	Parasitologia Humana
	Imunologia Humana
	Patologia Médica Molecular
4° PERÍODO	**DISCIPLINAS**
	Introdução ao Método Científico
	Introdução a Bioética
	Introdução a Bioética
	Farmacologia Médica Básica
2. FORMAÇÃO PROFISSIONALIZANTE	
1° PERÍODO	**DISCIPLINAS**
	Saúde Sexual do Adolescente
	Detecção Precoce para Drogas e Abuso

continua...

continuação...

2° PERÍODO	**DISCIPLINA**
	Propedêutica Médica
3° PERÍODO	**DISCIPLINAS**
	Propedêutica Médica II
	Saúde e Sociedade
4° PERÍODO	**DISCIPLINAS**
	Propedêutica Médica III
	Saúde Mental
	Epidemiologia
	Introdução à Clínica Médica
	Anatomia Patológica
	Ética Médica
5° PERÍODO	**DISCIPLINAS**
	Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental I
	Anestesiologia, Dor e Medicina Intensiva
	Organização de Sistemas e Serviços de Saúde
	Laboratório Clínico
	Técnicas de Evidência Científica
	Cardiologia
	Cirurgia Cardiovascular
	Fundamentos de Psiquiatria Clínica
	Pneumologia III
	Angiologia
	Cirurgia Geral
	Biossegurança na Medicina
	Farmacologia Cardiovascular; e Respiratório
	Trabalho de Conclusão de Curso I – Optar por uma em: Clínica Médica Cirurgia Tocoginecologia Saúde Coletiva Oftalmo-otorrinolaringologia Pediatria Bioquímica Fisiologia Farmacologia
	Disciplinas Optativas: Obstetrícia Hospitalar Toxicologia
6° PERÍODO	**DISCIPLINAS**
	Otorrinilaringologia
	Psiquiatria I
	Introdução a Bioestatística
	Atenção Integrada à Saúde I
	Reprodução Humana
	Gastroenterologia
	Cirurgia do Aparelho Digestivo
	Oftalmologia
	Ortopedia e Traumatologia
	Semiologia Pediátrica
	Reumatologia
	Cirurgia Vascular
	Radiologia

continua...

continuação...

	Trabalho de Conclusão de Curso II – Optar por uma em: Clínica Médica Cirurgia Tocoginecologia Saúde Coletiva Oftalmo-otorrinolaringologia Pediatria Bioquímica Fisiologia Farmacologia
	Disciplinas Optativas: Acupuntura Iniciação em Trauma Exercício Anatomo Clínicos Trauma (férias) Ortopedia Prática (férias)
7° PERÍODO	**DISCIPLINAS**
	Atenção Integral à Saúde II
	Infectologia
	Hematologia e Oncologia Clínica
	Cirurgia Plástical
	Ginecologia
	Psiquiatria II
	Saúde e Trabalho
	Infecções de Transmissão Sexual
	Cirurgia Pediátrica
	Pediatria Clìnica I
	Neurologia
	Neurocirurgia
	Farmacologia das Doenças Microbianas, Neoplásicas e Hematológicas
	Dermatologia II
	Trabalho de Conclusão de Curso III – Optar por uma em: Clínica Médica Cirurgia Tocoginecologia Saúde Coletiva Oftalmo-otorrinolaringologia Pediatria Bioquímica Fisiologia Farmacologia
8° PERÍODO	**DISCIPLINAS**
	Pediatria Clínica Ambulatorial
	Pediatria Clínica Ambulatorial
	Endocrinologia
	Cirurgia do Trauma
	Obstetrícia
	Pediatria Clínica II
	Urologia
	Medicina Legal
	Nefrologia
	Administração Médica

continua...

continuação...

	Bases Filosóficas da Prática Médica
	Pediatria Clínica Ambulatorial (cursar no 1° ou 2° bimestre)
	Disciplinas Optativas: Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde Técnica Cirúrgica Experimental II Fundamentos de Homeopatia e de Fitoterapia Cirurgia Plástica II Mercado de Trabalho e Responsabilidade Legal do Médico Cirurgia Cardiovascular II Mastologia Imunologia Clínica e Alergia Neuropsicofarmacologia Neurobiologia e Farmacologia da Memória Genética Médica
9° PERÍODO	**ESTÁGIOS**
Quatro estágios obrigatórios divididos em 5 semanas cada um, totalizado em 20 semanas e 800 horas, objetivo maior na atenção Primária e Secundária a Saúde	
Departamento de Cirurgia Hospital do Trabalhador	Estágio Trauma Ortopédico com 100 horas Estágio Emergências Cirúrgicas com 100 horas
Departamento de Tocoginecologia – Hospital e Maternidade Victor Ferreira do Amaral	Estágio obrigatório em Ginecologia e Obstetrícia Básica com 200 horas
Departamento de Clínica Médica Hospital Universitário	Estágio Curricular em Recursos Diagnósticos com 100 horas Estágio Clínica Médica Ambulatorial com 60 horas (Unidades de Saúde de Curitiba, CEMUN e Unidade de Saúde Boa Vista) Estágio Clínica Médica Extra- Hospitalar com 20 horas Estágio em Geriatria com 20 horas (Unidade de Saúde Ouvidor Pardinho)
Estágio Multidisciplinar com 200 horas	
Estágio Multidisciplinar em Otorrinolaringologia com 20 horas	
Estágio Multidisciplinar em Oftalmologia com 20 horas	
Estágio Multidisciplinar em Psiquiatria com 20 horas	
Estágio Multidisciplinar em Anestesiologia com 60 horas	
Estágio Multidisciplinar em Anatomia Patológica com 20 horas	
Estágio Multidisciplinar em Cirurgia Ambulatorial com 20 horas	
Estágio Multidisciplinar em Obstetrícia Ambulatorial com 20 horas	
Estágio Multidisciplinar em Ginecologia Ambulatorial com 20 horas	

continua...

continuação...

10° PERÍODO Realizados no Hospital Escola e Unidades de Saúde de Curitiba e Região Metropolitana	**2 ESTÁGIOS obrigatórios (11 semanas cada um)** Estágio Curricular Obrigatório em Clínica Médica
	Estágio Curricular Obrigatório em Clínica Médica
	Estágio Curricular Obrigatório em Saúde Coletiva
	Estágio Curricular Obrigatório em Saúde Coletiva
11° PERÍODO Realizados no Hospital Escola e Unidades de Saúde de Curitiba e Região Metropolitana e Hospital e Maternidade Victor Ferreira do Amaral	**2 ESTÁGIOS obrigatórios (11 semanas cada um)** Estágio Curricular Obrigatório em Clínica Cirúrgica Estágio Curricular Obrigatório em Clínica Cirúrgica Estágio Curricular Obrigatório em Pediatria IV Estágio Curricular Obrigatório em Pediatria IV
12° PERÍODO Realizados no Hospital Escola e Hospital e Maternidade Victor Ferreira do Amaral	**2 ESTÁGIOS obrigatórios (11 semanas cada um)** Estágio Curricular Obrigatório em Tocoginecologia Estágio Curricular Obrigatório em Tocoginecologia
Estágio Curricular Optativo – será obrigatório enquanto a realização, e optativa enquanto escolha do local a ser realizado podendo inclusive realizar este estágio em outra Universidade do País ou do Exterior.	

Fonte: Reforma Curricular do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior de Curitiba (2010)
Nota – Destaque em vermelho que é o estágio do nono período objeto desta pesquisa

6.2.2.1 O processo de estágios do curso de medicina

Os estágios de treinamento em serviço e em regime de internato complementam a graduação nos quatro últimos períodos do curso. No nono período (objeto do nosso estudo), o estágio é realizado em vários locais, propiciando a vivência do estudante em diferentes cenários de aprendizagem. Os locais são três hospitais universitários, sendo um deles uma maternidade, e unidades básicas de saúde de Curitiba e da região metropolitana.

No décimo período, acontecem dois grandes estágios.

1. Na área de clínica médica, em Hospitais Universitários, sendo complementando os conhecimentos de diagnóstico, prognóstico e conduta

terapêutica nas doenças prevalentes na região. Além de atendimento a politraumatismo e gestantes.

2. Na área de saúde coletiva, atuando em atenção primária e secundária, visando a saúde individual e coletiva nas Unidades Básicas de Saúde de Curitiba e Região Metropolitana (RC, v. 1, p. 18-19).

No décimo período, os estágios curriculares obrigatórios de treinamento acontecem na área de cirurgia. Nesse momento, são aperfeiçoadas as “habilidades e competências de Cirurgia no âmbito ambulatorial e na área da Pediatria para aquisição de conhecimentos de possível presença e tratamento de situações e doenças que acometem o ser humano nas fases iniciais da vida” (RC, v. 1, p. 33).

No décimo segundo período, ocorrem dois estágios.

1. O estágio de tocoginecologia no hospital universitário, que está voltado para a atenção à saúde da mulher em âmbito terciário.

2. O segundo estágio é eletivo e o acadêmico pode escolher a área de maior afinidade ou interesse, em que deseja aprimorar seus conhecimentos. O estágio pode ser realizado nos locais onde o estudante fez os outros estágios (já citados), em outro hospital universitário no Brasil ou fora do país, prevendo o conhecimento de novas realidades ou tecnologias, conforme preconizam as DCN.

6.2.2.2 Metodologia de avaliação do curso de medicina

> Em todos os períodos do Curso a avaliação do conhecimento e das habilidades será considerada como de vital importância: iniciada com avaliação do ‘saber’, por meio de testes e provas; em seguida o ‘saber como’ será avaliado com casos clínicos e apresentada ao aluno a realidade médica das doenças, capacidade de tomar decisões, sistematizar e decidir condutas mais adequadas; na etapa ‘mostrar como’, em modelos anatômicos, o aluno mostrará as habilidades necessárias para diversos atos médicos (RC, v. 1, p. 33).

Para avaliar as habilidades e competências, são utilizados laboratórios da própria IES, os quais também são empregados na avaliação do “saber fazer”, que é feita nos dois últimos anos de estágio e culmina na graduação do estudante.

No documento que estabelece a reforma curricular, a IES pesquisada, garante que “dará condições por meio de seus programas para completar a formação médica de forma flexível” (RC, v. 1, p. 34), oportunizando a realização de

atividades formativas flexíveis; o apoio a extensão, iniciação científica e monitoria; a oferta de disciplinas optativas; a realização de eventos científicos, inserindo os representantes estudantis nas discussões sobre os encaminhamentos do curso e a vivência por parte dos acadêmicos em realidades diferentes; estimulando, assim, “a melhoria da formação do médico e do cidadão para a sociedade” (RC, v. 1, p. 34).

6.3 NORMAS PARA AS DISCIPLINAS DE ESTÁGIO DO CURSO DE MEDICINA DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR PESQUISADA

Em 20 de agosto de 2009, em reunião do colegiado do curso foram aprovadas as normas para as disciplinas de estágio para os alunos que ingressariam no curso no primeiro semestre de 2010, as quais continuam vigentes.

Transcrevemos aqui o texto na íntegra (RC, v. 1, p. 76).

> 1. O Estágio terá frequência obrigatória de 100% das atividades.
> O aluno poderá repor até 25% de suas faltas, em período não letivo, nas situações abaixo, em comum acordo com os Departamentos envolvidos.
> - Por motivo de doença, comprovada por atestado médico e anuência **de órgão específico pela saúde dos estudantes responsável pela Instituição** [grifo nosso].
> - Licença por morte de familiar ou casamento (nojo ou gala).
> - Dispensa para apresentação ao Serviço Militar, convocação Judicial ou obtenção de visto consular.
> - Dispensa para realização de prova de Residência Médica.
> - Outras situações específicas serão avaliadas pelo Departamento.
>
> 2. A nota mínima para aprovação será SETE, com os seguintes pesos:
> - TRÊS para avaliação teórica.
> - TRÊS para avaliação prática.
> - QUATRO para o conceito.
>
> 3. Será permitida a TROCA DE PLANTÃO desde que tenha o aval do preceptor e do Departamento com justificativa e assinatura do Termo de Compromisso de troca.
> 4. A PARTICIPAÇÃO EM CONGRESSO será permitida, uma por aluno, em comum acordo conforme determinação do Departamento.

Ao final de cada etapa do estágio obrigatório, os professores preenchem uma ficha de avaliação (frente e verso), como mostra a FIGURA 11.

[...] – COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA

AVALIAÇÃO DE DISCIPLINAS DE ESTÁGIO

FOTO

CÓDIGO DA DISCIPLINA.....

ESTÁGIO.....

DE...../...../..... A ...../...../.....

MATRÍCULA GRR .....

PAI.....

MÃE.....

Endereço atual: .....Complemento.....

Bairro.....Cidade.....CEP.....

Fone..... Celular.....

		NOTA	NOTA FINAL	MÉDIA FINAL DO ESTÁGIO
TEÓRICA	PESO 3			
PRÁTICA	PESO 3			
CONCEITO	PESO 4			

Na avaliação do conceito serão observados os seguintes quesitos

Relacionamento e Ética	Interesse	Disciplina	Comunicação

FREQUENCIA DO ALUNO EM % (N° DE FALTAS)..... ESCORE FINAL .....(.....)

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL (CARIMBO) ..... DATA.....

VIDE O VERSO PARA INSTRUÇÕES A RESPEITO DOS QUESITOS

ORIENTAÇÕES PARA AVALIAÇÃO DO QUESITOS

1. **RELACIONAMENTO E ÉTICA**

- Ótimo relacionamento ético com professores, colegas e outros profissionais, tendo resposta imediata às necessidades dos pacientes.
- Bom relacionamento ético com professores, colegas e Enfermagem, não apresentando nenhum fato desabonador. Responde às necessidades do paciente.
- Relacionar-se normalmente com professores, colegas e outros profissionais, porém com algumas restrições. Responde adequadamente às necessidades do paciente.
- Apresenta grande dificuldade de relacionamento.

2. **INTERESSE**

- Participa ativamente, além do exigido, incorporando totalmente o que o estágio oferece ao seu crescimento.
- \participa normalmente, não indo além do exigido e incorpora o que o estágio oferece para o seu crescimento.
- Atitude passiva em relação às atividades do estágio.
- Não demonstra interesse pelas atividades do estágio.
- Atitude prejudicial ao estágio.

3. **DISCIPLINA**

- Empenha-se constantemente, com seriedade e zelo no cumprimento das normas e instruções do estágio.
- Empenha-se, na maior parte do tempo, com seriedade e zelo no cumprimento das normas e instruções.
- Realiza normalmente as atividades do estágio, necessitando de advertência ocasional do preceptor.
- Dá pouca atenção aos compromissos do estágio.
- É extremamente displicente no cumprimento das atividades.

4. **COMUNICAÇÃO**

- Comunica facilmente, de modo organizado e compreensível a todos, verbalmente e por escrito, os dados úteis do paciente.
- Comunica de modo organizado e compreensível a todos, apresentado alguma dificuldade em priorizar os dados úteis do paciente.
- Comunica de modo desorganizado por escrito e verbalmente, os dados úteis do paciente.
- Comunica de modo desorganizado, não fazendo distinção entre dados úteis e inexpressivos do paciente.
- Tem dificuldade de comunicacão.

Fonte: Reforma Curricular do Curso de Medicina de uma Universidade de Curitiba (2010).

6.4 A CONSTRUÇÃO DO CURRÍCULO

Etimologicamente, “a palavra currículo vem da palavra latina Scurrere, correr, e refere-se a curso ou (carro de corrida)” (GOODSON, 1995, p. 31). Em seu sentido mais estrito, portanto, é definido como um curso a ser seguido ou exposto. No âmbito educacional, ele é compreendido como o conteúdo a ser apresentado para estudo mas não como uma receita a ser seguida ou prescrita por aqueles que dominam de alguma forma a instituição escolar.

As origens do currículo são apresentadas por três teorias de acordo com Silva (1999). A noção de teoria, por sua vez, é aquilo que se “descobre”, o “real” ou o que há de correspondência entre a teoria e a realidade. Ou ainda é uma representação da realidade cronológica ou ontologicamente que a precede (SILVA, 1999, p. 11).

> Assim [...] uma teoria do currículo começaria por supor que existe, “lá fora”, esperando para ser descoberta, descrita, uma coisa chamada “currículo”. O currículo seria um objeto que precederia a teoria, a qual só entraria em cena para descobri-lo, descrevê-lo, explica-lo. (SILVA, 1999, p. 11)

Da perspectiva do pós-estruturalismo, hoje predominante na análise social e cultural, é impossível separar a descrição simbólica e linguística da realidade, ou seja, a teoria, dos seus efeitos na realidade, pois a teoria não se limita a descrever ou explicar a realidade, ela está implicada na sua produção. Por isso, Silva (1999, p. 11-12) prefere não falar em teoria, mas em discurso sobre o currículo, uma vez que “um discurso, em troca, produz seu próprio objeto: a existência do objeto é inseparável da trama linguística que supostamente o descreve”. Dessa forma, um discurso faz produzir uma noção particular de currículo.

No século XVI, os administradores e professores da Universidade de Leiden e depois de Glasgow, na Inglaterra, que começaram a usar a palavra “*curriculum* para designar o conjunto de assuntos estudados pelos alunos ao longo de um curso, certamente, não imaginavam que estavam instituindo uma novidade que teria desdobramentos tão amplos e profundos no campo educacional” (VEIGA-NETO, 1997, p. 59-60).

O currículo já foi objeto de estudo de diversos educadores, como Saviani (1998), Goodson (1995), Santos e Moreira (1995), Doll Jr. (1997), Silva (1999),

Pedra (1999), Sacristán (2000), entre outros. É importante salientar que há diferentes concepções ideológicas sobre a organização e o acompanhamento do ensino, o que se observa na construção do currículo. Assim, na literatura especializada encontramos autores com abordagens diferenciadas, tanto na construção quanto na reformulação do currículo.

Nesse sentido, a metáfora utilizada por Veiga-Neto (1997), “moldura”, cabe nesta discussão. Ao examinar uma pintura, aquele que a observa tem determinada ótica sobre a obra analisada. Assim podemos, “ao estudar cada configuração curricular e cada teoria sobre currículo, adotar ou uma posição interna ou externa” (VEIGA-NETO, 1997, p. 60).

Uma análise de perspectiva interna se circunscreve à própria teoria e a alguns ou todos os seus pressupostos, possibilitando a aplicabilidade da teoria à prática (VEIGA-NETO, 1997). Ou seja, interessa saber o que ocorre dentro da sala de aula e as perguntas que mais se fazem são: “o quê?” (se ensinar), que se refere aos conteúdos curriculares e “como fazer?”, que se refere à metodologia de ensino, como desenvolvê-los. Numa avaliação do currículo sob uma perspectiva externa, procura-se avaliar sua teoria em termos históricos, econômicos, culturais, antropológicos e psicológicos. Ao mesmo tempo, pergunta-se “por que” adotar esta ou aquela concepção teórica.

De acordo com Moreira (1990, p. 14), por exemplo, há modelos de currículo que “reduzem o fenômeno a instrumento de controle e dominação, usados no Primeiro Mundo e facilmente imposto e aceito no Terceiro Mundo”.

Na literatura educacional, o termo currículo começou a ser utilizado no início do século XX, nos Estados Unidos, quando a industrialização tomou impulso e a necessidade de mão de obra se impôs de modo definitivo. No período da industrialização, o conhecimento foi também transformado em indústria. A indústria segmentou o saber, o operário era destinado àquilo que ele sabia fazer. Foi nesse clima que os primeiros estudos sistemáticos sobre o que dever-se-ia ensinar, numa forma de racionalizar o processo de construção, desenvolvimento e teste de currículos, começaram a ser estabelecidos (PEDRA, 1999).

No livro *The curriculum* (1918) de “Franklin Bobbitt, que via o currículo como centrando-se nos déficits ou dificuldades dos indivíduos, quer culturais, pessoais ou sociais” (DOLL JR., 1997, p. 65), percebeu que o currículo é utilizado como processo quantitativo, de racionalização de resultados.

Segundo Silva (1999), esse modelo de currículo é a fábrica, cuja inspiração foi a administração científica de Frederick Taylor (1911). No discurso curricular proposto por Bobbitt (1918), os estudantes devem ser processados como produtos fabris, pois o currículo é a “especificação precisa de objetivos, processos e métodos para a obtenção de resultados que possam ser mensurados” (SILVA, 1999, p. 12).

Bobbitt (1918) criou a noção de currículo, teorizando a realidade. Alguns teóricos passaram a acreditar nesse discurso, ou teoria, como normalmente é descrito (SILVA, 1999). Em sua obra, Silva (1999) faz uma advertência em relação ao uso da palavra “teoria”, que ele considera uma forma simplista de descrever algo. Segundo o autor, a palavra “perspectiva” amplia a visão de análise daquilo que se pretende avaliar.

Ao longo do tempo, o conceito e a teorização sobre o currículo se ampliaram e se diversificaram, assim como os debates em torno do assunto. Todavia, Silva (1999) nos alerta, ainda, que talvez mais importante e mais interessante que a busca da definição mais acertada de currículo seja saber quais questões uma teoria do currículo ou um discurso curricular buscam responder.

A questão central de qualquer teoria do currículo é saber qual conhecimento deve ser ensinado, nas diversas áreas que compõem determinado curso de qualquer nível de ensino. Deve-se perguntar “o que” deve ser ensinado, que indivíduo pretendemos desenvolver para determinada sociedade? Que modelo de educação utilizar é também uma questão de pano de fundo nas discussões das teorias do currículo.

Através do currículo, nos tornamos o que somos, pois no fundo das teorias está posta a questão de identidade de cada um assim como sua subjetividade, seja dos sujeitos que construíram o modelo curricular, seja dos sujeitos que o aplicam na escola e em especial na sala de aula.

Portanto, “uma teoria define-se pelos conceitos que utiliza para conceber a realidade” (SILVA, 1999, p. 17). Para o autor, as teorias do currículo estão situadas num território que ele denomina de “contestado”, um território social, de poder, que é o que as diferencia.

6.4.1 Teoria Tradicional

Teorias tradicionais são aquelas que pretendem ser neutras, científicas, desinteressadas, em que o conhecimento e os saberes dominantes acabam por se concentrar em questões técnicas. Preocupam-se com o que ensinar e como fazê-lo. Preocupam-se com a organização, o planejamento, a eficiência e o cumprimento dos objetivos.

Bobbitt (1918) é um dos expoentes dessas teorias, assim como Raph Tyler, que publicou, em 1949, um modelo de currículo baseado nos fundamentos de Bobbitt (1918). Por sua vez, o paradigma fundado por Tyler (1949) se centra nas questões de organização e desenvolvimento, análise e interpretação do currículo. De acordo com Pedra (1999), o que Tyler (1949) propõe é um instrumento racional, eficiente no processo educativo.

Na sua concepção, o currículo deve buscar responder quatro questões:

> I. que objetivos educacionais deve a escola atingir?;
> II. que experiências educacionais podem ser oferecidas que tenham probabilidade de alcançar esses propósitos?;
> III. como organizar eficientemente essas experiências?;
> IV. como podemos ter certeza de que esses objetivos estão sendo alcançados? (SILVA, 1999, p. 25).

As respostas a essas perguntas são variadas, de acordo com as características dos sistemas educacionais, e correspondem à divisão tradicional da atividade educacional: sendo a primeira referente ao currículo, as questões dois e três relativas ao ensino e instrução e a quarta questão vinculada ao sistema de avaliação.

Tyler (1949) insiste ainda na afirmação de que os objetivos devem ser claramente estabelecidos e formulados em termos de comportamento explícitos. Essas “orientações” ficaram mais fortes nos anos de 1960, com o fortalecimento da tendência tecnicista, que influenciou também a educação brasileira, com a homologação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, n. 6592/71, a qual tinha um texto mais tecnicista.

Ainda que esses modelos de currículo constituam uma forma de reação ao modelo clássico e humanista que havia predominado na Antiguidade Clássica, principalmente na educação universitária da Idade Média e do Renascimento, na teoria proposta por Tyler há, segundo Pedra (1999, p. 41), um lugar para a cultura e a vida contemporânea, pois, na sua visão, ambas não se distinguem.

6.4.2.Teoria Crítica

As teorias críticas sobre o currículo efetuaram uma completa inversão nos fundamentos tradicionais, colocando em questão os pressupostos sociais e educacionais.

Para Moreira e Silva (2000, p. 7):

> O currículo há muito tempo deixou de ser apenas uma área meramente técnica, voltada para questões relativas a procedimentos, técnicas e métodos. Já se pode falar agora de uma tradição crítica do currículo guiada por questões sociológicas, políticas, epistemológicas. Embora questões relativas ao "como" do currículo continuem importantes, elas só adquirem sentido dentro de uma perspectiva que as considere em sua relação com questões que perguntem pelo "por quê" das formas de organização do conhecimento escolar.

Sob essa ótica, o currículo é considerado um "'artefato social e cultural', pois ele é colocado na moldura mais ampla de suas determinações sociais, de sua história, de se sua produção contextual" (MOREIRA e SILVA, 2000, p. 7).

É importante ainda salientarmos que o currículo não é um elemento inocente e neutro de transmissão desinteressada de conhecimento, pois está implicado diretamente nas relações de poder, transmite visões sociais particulares e interessadas (daqueles que o aplicam, os docentes, por exemplo) e produz identidades individuais e sociais particulares (daqueles que desenvolvem seu conhecimento a partir dos saberes abordados e do que farão com esses saberes). Além de não ser um elemento transcendente e atemporal, tem uma história, vinculada a formas específicas de sociedades e culturas, cada qual com suas particularidades e formas de organização (MOREIRA e SILVA, 2000).

A mesma visão é corroborada por Young[34] (1977, p. 237), citado por Goodson (1995, p. 18).

> O "currículo como fato" precisa ser considerado não apenas como mera ilusão, camada superficial da prática escolar de alunos e professores, mas como uma realidade social, historicamente específica, expressando relações de produção particulares entre pessoas. Semelhante currículo é uma mistificação quando se apresenta como algo que possui vida própria e confunde as relações humanas nas quais, como qualquer conceito de

[34] YOUNG, M. F. D. **Knowledge and control**: new directions for the Sociology of Education. Londres/ Collier: McMillan, 1977.

> conhecimento, está embutido, fazendo da educação uma coisa que as pessoas não podem compreender nem controlar.

Young (1977) ainda aborda o conceito de “currículo como prática”, tecendo críticas às “matérias escolares” que são impostas a docentes e discentes sem que possam controlá-las e, dessa forma, os atores são impossibilitados de entendê-las no contexto histórico (GOODSON, 1995, p. 18).

A instituição educacional não deixa de ser uma sociedade, composta por agentes de diferentes culturas socioeconômicas, com formações ideológicas de todas as ordens e, portanto, protagonistas do processo de construção do currículo.

A qualidade da educação e do ensino está diretamente relacionada ao tipo de cultura em que ela se desenvolve, portanto, o currículo tem seu significado cultural. Certamente, ganha significado educativo através das práticas e dos códigos que traduzem essa cultura em processos de aprendizagem que fazem parte dela.

Isso denota que o currículo e a prática escolar se desenvolvem em dado momento histórico e cultural, com o uso de técnicas específicas e análise das peculiaridades de determinado sistema educativo. Para haver de fato uma reforma qualitativa da educação, não basta reestruturar os conteúdos, é preciso que os sistemas escolares estejam em consonância e sua estrutura esteja bem estabilizada.

No início da década de 1970, vários grupos de pesquisa passaram a buscar perspectivas analíticas para avaliar a questão curricular, principalmente nos Estados Unidos, na França e na Inglaterra. Uma delas é a Teoria Crítica da Escola de Frankfurt[35], que procurou “realizar uma análise detalhada da sociedade de

[35] “A Escola de Frankfurt nasceu no ano de 1924, em uma quinta etapa atravessada pela filosofia alemã, depois do domínio de Kant e Hegel em um primeiro momento; de Karl Marx e Friedrich Engels em seguida; posteriormente de Nietzsche; e finalmente, já no século XX, após a eclosão dos pensamentos entrelaçados do existencialismo de Heidegger, da fenomenologia de Husserl e da ontologia de Hartmann. A produção filosófica germânica permaneceu viva no Ocidente, com todo vigor, de 1850 a 1950, quando então não mais resistiu, depois de enfrentar duas Guerras Mundiais. Ela reuniu em torno de si um círculo de filósofos e cientistas sociais de mentalidade marxista, que se uniram no fim da década de 20. Estes intelectuais cultivavam a conhecida Teoria Crítica da Sociedade. Seus principais integrantes eram Theodor Adorno, Max Horkheimer, Walter Benjamin, Herbert Marcuse, Leo Löwenthal, Erich Fromm, Jürgen Habermas, entre outros. Esta corrente foi a responsável pela disseminação de expressões como ‘indústria cultural’ e ‘cultura de massa’. A Escola de Frankfurt foi praticamente o último expoente, o derradeiro suspiro da Filosofia Alemã em seu período áureo. Ela foi criada por Félix Weil, financiador do grupo, Max Horkheimer, Theodor Adorno e Herbert Marcuse, que a princípio a administraram conjuntamente. Ernst Bloch e o psicólogo Erich Fromm acompanhavam à distância o despertar desta linha filosófica, que vem à luz justamente em um momento de agitação política e econômica vivido pela Alemanha, no auge da famosa República

inspiração sistêmica e, ao mesmo tempo, [...] estratégias de desreificação[36]" (FISCHER-LESCANO, 2010, p. 166). "Esses grupos de pesquisa assumiram uma postura crítica em relação aos pressupostos (explícitos e implícitos) que haviam sustentado tanto a teorização educacional quanto, num sentido mais restrito, a teorização sobre o currículo" (VEIGA- NETO, 1997, p. 63).

Os debates sobre o currículo devem abranger os campos pedagógico, sociológico, filosófico, político, econômico e cultural, para que possamos esclarecer o papel de instituições (e seus protagonistas), políticas educacionais, reformas, debates, encontros, conflitos e alianças de todas as ordens, no desenvolvimento do campo educacional e, principalmente, as especificidades que constituem a construção do currículo, sem deixar de mencionar o momento histórico em que isso ocorre.

Sobre a questão, Goodson (1995, p. 17) nos alerta:

> Como se tem observado o conflito em torno do currículo escrito tem, ao mesmo tempo, um "significado simbólico" e um significado prático, quando publicamente indica quais aspirações e interações devidamente inseridas nos critérios do currículo escrito servem para a avaliação e análise pública de uma escolarização.

Nesse sentido, percebemos claramente as normas básicas que avaliam a prática educacional e com ela se relacionam, assim como são percebidas outras normas para o funcionamento de qualquer curso em qualquer nível de educacional.

6.4.3 Teoria Pós-Critica

---

de Weimar. Seus membros seriam partícipes e observadores das principais mutações que convulsionariam a Europa durante a Primeira Guerra Mundial, seguida por outros movimentos subversivos, dos quais ninguém sairia impune. Adorno, até hoje tido como um dos filósofos mais importantes da Escola de Frankfurt, prosseguiu sua missão de transformação dialética da racionalidade do Ocidente, na sua obra Dialética Negativa. Sua morte marca a passagem para o que alguns estudiosos consideram a segunda etapa da Escola, que encontra seu principal líder em Jürgen Habermas, ex-assessor de Adorno e, posteriormente, seu crítico mais ardoroso". ESCOLA DE FRANKFURT. Disponível em: <http://www.infoescola.com/filosofia/escola-de-frankfurt/> Acesso em: 14 fev. 2017.

[36] É a desnaturalização daquilo que se tem como conceito e contextualizado como algo isolado; é transformar algo em coisa, seja a religião, a indústria, o homem.

Na década de 1990, percebemos uma mudança e uma reestruturação das formas de entender as conexões entre o currículo e as relações de poder na sociedade mais ampla.

Para Giroux (1993, p. 46):

> O pós-modernismo em seu sentido mais amplo refere-se tanto a uma posição intelectual (uma forma de crítica cultural) quanto a um conjunto emergente de condições sociais, culturais e econômicas que caracterizam a era do capitalismo e do industrialismo global.

A posição intelectual se refere a um questionamento da lógica das relações que fundamentaram o modernismo, ou seja, das relações entre emprego/empregador, da maneira como a sociedade, no modernismo, fundamentou essa relação a partir da revolução industrial e, consequentemente, como isso refletiu na organização da educação.

Em outro plano, o pós-modernismo se refere às mudanças das relações do modo de produção: “na natureza do estado-nação, no desenvolvimento das novas tecnologias que redefiniram os campos das telecomunicações e processos de informação” e como os meios político-econômicos se apropriam dessas mudanças (GIROUX, 1993, p. 46).

Nesse momento, houve um refinamento das categorias usadas anteriormente. Buscou-se compreender os interesses presentes no conhecimento (SANTOS e MOREIRA, 1995). Isso significa entender como os conhecimentos são produzidos no ambiente institucional e nas práticas sociais, além das formações culturais em contextos específicos, segundo McLaren (1993).

Popkewitz (1997, p. 31), por sua vez, afirma que:

> O estudo da reforma escolar deve concentrar-se nas rupturas e reformas das relações que diversos elementos da escola na sociedade maior, assim como o currículo e a formação de professores tornaram-se associados às noções seculares moral e socialização trabalhista. Neste sentido, são as relações entre os diversos elementos no campo que concedem `reforma a sua significação como uma prática social.

Além de Popkewitz (1997) e McLaren (1993), fazem parte da produção mais recente no campo do currículo, entre outros, Giroux[37] (1993) e Cherryholmes[38] (1993). Uma das discussões propostas por esses estudiosos é a análise das formas como o currículo constrói identidades e subjetividades (SANTOS e MOREIRA, 1995).

O discurso desenvolvido é que, nas escolas, não se aprende apenas conteúdos sobre o mundo natural e social, mas se aprende sobre si mesmo, adquire-se consciência, disposições e sensibilidades, que são inerentes às relações interpessoais e que interferem também na formação da estrutura da personalidade do sujeito. Portanto, o conhecimento faz parte de uma construção social, uma vez que interagimos uns com os outros, influenciamos e somos influenciados pelos determinantes da sociedade, que, apesar de simbólicos, são construídos historicamente.

Segundo Santos e Moreira (1995, p. 51):

> Tendo em mente as desigualdades as desigualdades que caracterizam nossa sociedade, não é difícil concluir que o processo de construção do conhecimento ocorre em meio a conflitos e lutas. Não é também difícil compreender de quem são os interesses que acabam predominando, bem como as razões que fazem com que determinados indivíduos e grupos, ainda que participantes desse processo, sejam excluídos da apropriação dos saberes produzidos e dos benefícios deles decorrentes.

Entende-se nessa perspectiva que o conhecimento se traduz por diversas linguagens e assume diversos papéis de relevância.

É indiscutível que as discussões sobre o conceito ou concepções sobre o currículo sempre foram desenvolvidas por estudiosos do campo da educação em diferentes momentos históricos e que diferentes grupos defendem sua análise e suas afirmações sobre o assunto, tanto é que grupos se formam em torno daquele que propõe um conceito ou descreve determinado fenômeno.

---

[37] GIROUX, H. **Teachers as intellectuals**: toward a critical pedagogy of learning. Massachusetts: Bergin & Garvey, 1988.

[38] CHERRYHOLMES, C. H. Um projeto social para o currículo: perspectiva pós-moderna. In: SILVA, T. T. (org.). **Teoria educacional crítica em tempos pós-modernos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

No Brasil, o campo do currículo segue a transferência educacional americana, entendida como “o movimento de ideias de movimentos institucionais e de práticas de um país para outro”, segundo Ragatt[39] citado por Moreira (1990, p. 18).
Segundo Giroux (1993, p. 65):

> A ênfase pós-moderna na rejeição de formas de conhecimento e pedagogia que venham envolvidas no discurso legitimador do sagrado e do consagrado, sua rejeição da razão universal como fundamento para as questões humanas, sua asserção de que todas as narrativas são parciais e seu apelo para que se realize uma leitura crítica de todos os textos científicos, culturais e sociais como construções históricas e políticas, fornecem as bases pedagógicas para radicalizar as possibilidades emancipatórias do ensino e da aprendizagem como parte de uma luta mais ampla pela vida pública democrática e pela cidadania crítica. Nessa visão, a pedagogia não é reduzida ao frio imperativo metodológico de ensinar interpretações conflitivas sobre o que conta como conhecimento.

Assim, o que deve estar em evidência são os atores diretamente envolvidos nessa “teia” chamada ensino. Permeada de significados e significantes. Os debates sobre a qualidade de ensino não podem ficar à deriva no momento da construção de um currículo, pois é através desse que os indivíduos de fato constituir-se-ão como agentes da sociedade e estarão capacitados a desenvolver suas habilidades e competências de forma a promover as mudanças no mundo do trabalho e na prática pedagógica.

Definir e compreender a concepção de conhecimento e qualidade na educação, portanto, são critérios imprescindíveis para a construção social do currículo, de metodologias de ensino e aprendizagem, assim como dos métodos de avaliação do estudo, sem deixar de fora os valores culturais e interesses envolvidos nessa escolha, conforme demonstrado nos estudos realizados por autores já citados.

6.5 O ENSINO POR COMPETÊNCIAS

Ao longo deste trabalho, detalhamos as mudanças ocorridas no mundo em

[39] RAGGAT, P. One person’s periphery. **Compare**, 1983, v. 13, n. 1, p. 1-5.

virtude do processo de globalização, e mudanças que refletiram nas relações de trabalho, no uso das novas tecnologias de informação e no âmbito educacional, que estabeleceu, no caso deste último, a necessidade de tratar o conhecimento de modo diferenciado daquele tradicional que vinha sendo utilizado desde o período da industrialização.

Como percebemos, construir um currículo baseado em novas relações sociais, que busque a consciência crítica do indivíduo para seu protagonismo na sociedade, exige daqueles que atuam no processo educacional novas maneiras de fazê-lo.

O conceito de competência parece novo, mas não é. Desde os anos 1960, as discussões sobre um novo modelo de ensino e avaliação já vinham ocorrendo nos países desenvolvidos, especialmente na França, mas também nos Estados Unidos (RAMOS, 2001). No Brasil, somente em 1996, com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei n. 9.394/96, o conceito veio à tona no âmbito das escolas. Porém, nas indústrias, já se falava de um trabalhador com "novas competências" para um novo mundo do trabalho, globalizado e tecnológico.

Muitos pesquisadores brasileiros se dedicaram ao tema e à produção teórica desde os anos 1990 até a atualidade, entre eles, Desaulniers (1998), Bueno (2000), Ramos (2001), Silva (2008), Demo (2012), assim como pesquisadores europeus, Ropé e Tanguy (1997), Isambert-Jamati (1997), Stroobants (1997), Perrenoud (1999, 2000) e Sacristán (2011).

A respeito da origem da noção de competência, Hirata (1994, p. 128) relata que a noção é oriunda do discurso empresarial e que, nas duas últimas décadas do século XX, autores franceses realizaram estudos relacionando-a ao conceito de qualificação. A noção de competência está "marcada política e ideologicamente por sua origem, e [...] [dela] está totalmente ausente a ideia de relação social, que define o conceito de qualificação para alguns autores". Segundo a autora, a gênese dessa noção "estaria associada à crise da noção de postos de trabalho [...] e de um certo modelo de classificação e de relações profissionais" (HIRATA, 1994, p. 129).

Assim, a partir da LDB, Lei n. 9.394/96, houve a necessidade de reformulação dos currículos dos cursos de graduação, bem como dos outros níveis de ensino. Para dar "forma" ao novo currículo, o MEC adotou a abordagem da formação no desenvolvimento de competências e habilidades no educando.

O rol das competências e habilidades e a descrição do perfil profissional para

cada curso de graduação que o país oferece foram elencados nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

Apple (2000) nos alerta quanto ao perigo de se ter um currículo nacional. De acordo com o autor:

> Temos, então, de nos perguntar se um currículo nacional – que se ligue indubitavelmente a um sistema de objetivos nacionais e a instrumentos de avaliação nacionalmente padronizados [...] é melhor do que um currículo nacional igualmente difundido, mas de alguma forma mais oculto, estabelecido por livros didáticos adotados [...] (APPLE, 2000, p.57)

A LDB não estabeleceu um currículo único para o país, mas os documentos oficiais, como as DCN para os cursos de graduação, sugerem que os currículos sejam construídos a partir das recomendações nelas contidas. Portanto, podemos afirmar que as DCN constituem uma forma de controle social e de poder.

Quanto à ideia de currículo oculto, mencionado por Aplle (2000), de acordo com Silva (2008, p. 29), significa que:

> O currículo comporta, assim, pelo menos três dimensões: uma dimensão *prescritiva*, na qual se formalizam as intenções e os conteúdos da formação; uma dimensão *real*, na qual o currículo prescrito ganha materialidade por meio das práticas colocadas em curso nos momentos da formação; e, ainda, a dimensão do currículo *oculto*, que emerge das relações entre educandos e educadores nos momentos formais e informais dos inúmeros encontros nos quais trocam ideias, valores etc. e que também se convertem em conteúdos da formação, mesmo que não se houvesse explicitado sua intencionalidade.

Costa (2001), em sua pesquisa com professores do ensino médio, buscou saber qual era a compreensão dos docentes sobre o significado de competências e a diferença entre habilidades, os quais estavam descritos nos novos documentos oficiais como os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) para o ensino médio.

A conclusão da pesquisadora foi que a maioria dos professores não sabia o significado de competências, nem as diferenciavam das habilidades, também não sabiam como desenvolvê-los com seus alunos ou até mesmo como proceder a avaliação das competências do aluno (COSTA, 2001, p. 68). Em seus discursos, muitos professores ressaltaram que desconheciam a LDB e os PCN, por isso

continuavam a atuar e avaliar os alunos da maneira tradicional.

Silva (2008), mencionada nos estudos de Giroux (1999), afirma que o currículo, muitas vezes, é campo de resistência por parte dos atores envolvidos no processo educacional. Isso nos leva à hipótese de que não sabendo como fazer eles não o fazem, pois não participaram da construção do currículo, não o aplicam ou nem ao menos buscam saber sobre a matriz curricular do curso no qual atuam. Muitas vezes, isso é sinal de resistência política, uma vez que lhes foi imposto desenvolver o conjunto de conteúdos de sua disciplina ou curso visando o desenvolvimento das competências e habilidades do aluno, como é caso da LDB e das DCN.

Decorridos vinte e um anos da sua inserção na legislação nacional, o conceito de competências e habilidades para a construção de um currículo que forme sujeitos com determinado perfil profissional ainda é alvo de intensas discussões.

Em relação ao corpo docente, alguns conhecem o currículo do curso no qual atuam ou pelo menos a ementa da disciplina que desenvolvem, por isso, sabem quais competências devem ser desenvolvidas, mas têm dúvidas em relação a como desenvolvê-las e avaliá-las no processo de ensino-aprendizagem.

Em decorrência da imprecisão do conceito de competência, convém ressaltar que existem abordagens distintas sobre o tema.

Ramos (2001, p. 40), por exemplo, aborda a noção de competência a partir da categoria "deslocamento conceitual[40]" da qualificação à competência, cujo significado é construído tomando-se o conceito de qualificação como central na relação educação-trabalho. Para a autora, "essa centralidade tende a ser ocupada, contemporaneamente, não mais pelo conceito de qualificação, mas pela noção de competência que, aos poucos, constitui-se como um conceito socialmente concreto" (RAMOS, 2001, p. 41).

Porém, a autora alerta que um conceito não substitui ou supera o outro, mas antes a noção de competência nega e afirma simultaneamente o conceito de qualificação, por negar algumas das suas dimensões e afirmar outras.

---

[40] Ramos utiliza o termo deslocamento conceitual em oposição ao de mecanismo simbólico de transferência de significados de um para o outro, no sentido psicanalítico, e de transferência como um processo materialmente objetivo, no sentido espacial.

> A noção de competência reafirma e nega o conceito de qualificação, pois com ele disputa espaço no ordenamento teórico-empírico das relações que a utilizam como referência, provocando assim o deslocamento conceitual de qualificação (RAMOS, 2001, p. 41).

De acordo com Ramos (2001), esse deslocamento teórico adquire materialidade através das políticas educacionais e de trabalho, que compõem uma rede complexa de relações. Essas relações são regidas por leis (da economia e da sociedade), que resultam da ação e da interação humanas e que podem ser transformadas pelos indivíduos. Tais "transformações são resultados de disputas entre diferentes concepções de mundo que pretendem ter a hegemonia" (RAMOS, 2001, p. 20).

Ramos (2001, p. 41) considera, na perspectiva teórico-filosófica e na perspectiva sócio-empírica, que a "noção de competência não somente se apresenta como novo signo, como também possui significados diferentes ao do conceito de qualificação". Assim, "a noção de competência, original das ciências cognitivas, surge com uma marca fortemente psicológica para interrogar e ordenar práticas sociais" (RAMOS, 2001, p. 39).

No que foi descrito até aqui, o termo competência marca uma relação direta com a demonstração de um saber, em qualquer esfera da vida.

Em sua obra, voltada para o setor produtivo Gramigna (2007, p. 25) apresenta um modelo de gestão das competências. As premissas deste modelo são:

> 1. Conscientização de que cada tipo de negócio necessita com perfis específicos.
> 2. Crença de que cada posto de trabalho existente na empresa tem características próprias e deve ser ocupado por profissionais que apresentem determinado perfil de competências.
> 3. Reconhecimento de que aqueles que ocupam funções gerenciais são responsáveis pela oferta de oportunidades que permitam o desenvolvimento e a aquisição de novas competências.
> 4. Percepção de que sempre haverá demanda para o desenvolvimento de novas competências e que o que hoje é essencial para boa execução de um trabalho poderá agregar novas exigências amanhã.

Assim, a competência vem provocando um deslocamento de noções, como foi apontado anteriormente: dos saberes à competência na esfera educativa e da qualificação à competência na esfera do trabalho (ROPÉ e TANGUY, 1997; RAMOS, 2001).

A consequência disso no campo educativo é apontada por Desaulniers (1998, p. 9) como:

> A redefinição dos conteúdos de aprendizagem, em que se verifica à passagem de um ensino centrado nos saberes disciplinares para um ensino voltado à instauração da competência, que são observáveis e mensuráveis em situações e tarefas bem específicas.

É importante ressaltar que, muitas vezes, no processo de formação, as normas de competências são apresentadas como se fossem as competências em si mesmas ou o currículo. Entretanto, Ramos (2001, p. 82) esclarece que “é obvio que as normas, ao não corresponderem à lógica de ensino-aprendizagem, não apresentam nenhuma sequência que observe uma metodologia própria para a formação”. Antes de tudo, elas expressam um objetivo, um resultado a ser alcançado e não uma metodologia de ensino, ou de como aprender a chegar a um resultado.

Tanguy (1998) faz considerações a esse respeito quando destaca que tal processo valoriza todos os tipos de saberes (formais, informais, teóricos-práticos da experiência, sociais), desde que sejam articulados de maneira eficaz, face aos desafios encontrados nos postos de trabalho.

Desaulniers (1998, p. 9) alerta que, para a construção da noção de competência, emerge a necessidade de redefinir o modelo pedagógico “supondo uma mudança de métodos, processos e concepções”.

Vale assinalar que a tendência dessa dinâmica ou desse movimento, em que se observa um conjunto de mudanças que ocorrem na sociedade em geral e em que a instauração da competência é uma de suas principais condições, derivou em grande medida das transformações que se desencadearam a partir do mundo do trabalho. Essa realidade “resulta de um movimento social amplo e irreversível, cujas bases situam-se em esferas ou níveis que independem das ações e iniciativas que apresentem um caráter isolado ou imediato” (DESAULNIERS, 1998, p. 15).

6.6 AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS

O atual discurso da reforma do ensino, que propõe como ícone de identidade

o conceito de competências (no plural), busca, como já exposto, a melhora do sistema educacional, que, por sua vez, tem o objetivo de formar um profissional apto para o mundo globalizado.

De acordo com Lima (2004, p. 123), o tema avaliação de competências “tem permitido aprofundar discussões sobre currículo, processo ensino-aprendizagem, avaliação da aprendizagem e também sobre compromisso social e legitimidade para a realização de processos de certificação profissional”.

A noção de competência é uma noção geral, que conhece uso extensivo em âmbitos diferentes da sociedade; é utilizada por atores sociais e também por aqueles que observam e analisam os fenômenos sociais e tem origem em áreas distintas, como a psicologia, a educação, a sociologia e a administração.

Como nos mostra a autora, somente no campo educacional, há três diferentes concepções para competências, a saber: “(i) coleção de atributos ou capacidades pessoais; (ii) relação de resultados observados ou esperados; (iii) combinação de atributos pessoais mobilizados em contextos específicos para atingir determinados resultados” (LIMA, 2004, p. 123).

Portanto, um currículo, com seus programas educacionais e seus processos de avaliação baseados em competências, pode ter seu desenvolvimento voltado para: 1) a realização de tarefas e obtenção de resultados (fazer) com pressupostos e modelo comportamental de educação e psicologia; 2) a observação de atributos centrados no desenvolvimento de capacidades cognitivas (saber), pois quem sabe ou conhece seria capaz de fazer; e 3) na prática profissional em diferentes contextos, mobilizando atributos segundo padrões de excelência socialmente construídos (LIMA, 2004).

Para Lima (2004), a abordagem dialógica da concepção de competências, que articula e integra resultados, tarefas e critérios de excelência, atributos e contextos, parece ser mais eficaz na busca de padrões de excelência na prática profissional, de tal forma que permite ao indivíduo desenvolver um estilo próprio para enfrentar situações diversas, sejam elas de ordem profissional ou pessoal.

A compreensão de Perrenoud (1999, p. 7) sobre o conceito de competências descreve com clareza a abordagem dialógica, que significa “uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”. Isso estabelece que, para enfrentar uma situação da melhor maneira possível, devem ser postos em ação vários recursos cognitivos

complementares, entre os quais estão os conhecimentos, que são representações da realidade, construídas e armazenadas ao sabor da experiência e da formação do indivíduo (PERRENOUD, 1999). Segundo o autor, “quase toda ação mobiliza algum conhecimento, algumas vezes elementares e esparsos, outras vezes complexos e organizados em rede” (PERRENOUD, 1999, p. 7).

Portanto, de acordo com Zarifian[41] (citado por LIMA, 2004, p. 124):

> Como a abordagem dialógica de competência é avaliada em função da prática profissional, precisa ser desenvolvida em articulação com o mundo do trabalho, onde as práticas são realizadas, porém com postura crítica e reflexiva que permita a transformação da própria prática e das organizações.

Mesmo que os processos de formação e de competência profissional estejam a cargo das instituições formadoras, discutir sobre os padrões de excelência de determinada área profissional abre caminhos para explorar de maneira mais aprofundada as concepções, os valores e as ideologias que orbitam em torno dos processos educativos.

Ropé e Tanguy (1997, p. 17) mostram que o uso de determinada definição, por uma sociedade que a considera legítima, demonstra certo número de mudanças ocorridas nessa sociedade, seja pelo desenvolvimento técnico-científico ou ético-cultural. Essas mudanças devem ser identificadas, pois “todas as grandes etapas da civilização se caracterizam pela proliferação de termos novos e pela atribuição de novos sentidos a termos antigos”.

> Assim, tanto os processos de formação como de certificação profissional e de acreditação institucional, põe a questão da competência no campo dos conflitos de interesses, das relações econômicas, das disputas ideológicas e de poder nas sociedades. (LIMA, 2004, p. 125)

Diante dessa configuração, avaliar as competências se tornou um ponto crucial: por que, o que, quando e como avaliar?

Para Ramos, (2001, p. 80), “a investigação das competências tem por objetivo garantir a evidência das competências requisitadas pelos empregos, possibilitando a definição e sistematização de um perfil profissional”. As normas de competência são

[41] ZARIFIAN, P. **Objectif compétence**: pour une nouvelle logique. Paris: Liaisons, 1999.

elaboradas a partir da análise do perfil com as ocupações ou situações típicas do trabalho, deduzindo-se o que se espera do desempenho do trabalhador. Essas normas podem ser organizadas pelo Estado e pelas próprias empresas, que podem "promover processos de formação para orientar a aquisição dessas competências, avaliá-las e certificá-las, tomando decisões com base nesses dados" (RAMOS, 2001, p. 80-81). Dessa forma, as competências se tornam instrumentos de negociação para a mobilidade horizontal ou vertical do trabalhador no âmbito organizacional, melhoria da remuneração e acesso a outros benefícios.

Portanto, avaliar uma competência profissional é atribuir um juízo de valor. Sendo a competência um conjunto de atributos que a pessoa mobiliza durante a prática profissional. Não é possível observá-la diretamente, todavia pode ser mensurada pela observação e pela avaliação dessa prática, através da análise de desempenho (LIMA, 2004). Aquele que avalia, no entanto, pode incorrer no risco de reduzir a avaliação de desempenho a meros resultados obtidos (tarefas realizadas segundo normas ou padrões de excelência preestabelecidos), subvalorizando outros atributos que o sujeito possui, mas que naquela situação não precisaram ser mobilizados. Por outro lado, se a avaliação das competências for centrada apenas na verificação dos atributos ou capacidades, a análise se torna descontextualizada dos domínios cognitivo, psicomotor e afetivo.

Para avaliar se o trabalhador apresenta ou desenvolveu as competências que a organização espera, são utilizados mapas com taxonomias, ou seja, escalas próprias que variam na classificação (avaliação) do mínimo ao máximo grau de desenvolvimento daquela competência.

Graminna (2007) apresenta um dos modelos de avaliação mais utilizados nos Estados Unidos: a avaliação 360 graus, que se trata de uma avaliação em rede, em que a sistemática prevê o recebimento de vários feedbacks daqueles que fazem parte da cadeia interna e externa da organização (clientes e fornecedores). Há outros modelos descritos em sua obra, mas para nosso trabalho, no momento, não são relevantes.

De acordo com Frigotto (2000), numa sociedade em que a empregabilidade deriva de competências adquiridas por via da escolarização, o protagonismo só é adquirido vencendo-se a luta por educação, pois é um crítico severo das mesmas. Logo, foi assim que se deu a passagem do planejamento do ensino (próprio da modernidade) para o processo ensino-aprendizagem, característica da pós-

modernidade, em todos os níveis de ensino.

No ensino superior e na pós-graduação, percebemos que a pesquisa é o foco central do processo ensino-aprendizagem. No ensino por competências, a avaliação deve ser realizada dentro de uma concepção holística e ampliada. Segundo Lima (2004, p. 126), "é necessário utilizar vários instrumentos que possam, por complementaridade, revelar e analisar as áreas de competências e os múltiplos elementos que as constituem (atributos, tarefas, padrões de excelência e contexto)".

No cenário educacional, a avaliação não é uma atividade a ser realizada no final de um programa ou disciplina, ela deve ser contínua. Para a avaliação de competências, existem vários instrumentos. De acordo com Lima (2004, p. 128-129) e Ramos (2001, p. 86), a seleção desses instrumentos envolve uma série de escolhas quanto aos seguintes aspectos: a prática profissional e a realidade na qual está inserida; a complexidade das tarefas realizadas e as respostas esperadas; o tempo consumido na preparação do instrumento, sua aplicação e correção; e a validade dos resultados obtidos.

Na compreensão de Méndez (2011, p. 233):

> Em contextos educativos, a avaliação é chamada a desempenhar funções essencialmente formativas. Isso quer dizer que a avaliação deve estar a serviço de quem aprende e, ao fazê-lo, simultaneamente estará a serviço de quem ensina. Os dois serão os beneficiados diretos da ação pedagógica.

De modo geral, nos cursos, os instrumentos mais utilizados são: os testes escritos e/ou avaliações orais, com uso de situações simuladas (estudos de casos clínicos, na área da saúde); observação direta da prática profissional; testes de múltipla escolha (a melhor resposta, verdadeiro/falso ou testes de correlação de colunas).

No ensino médico, podemos citar os estudos clínicos, os estágios ou internato com supervisão de clínicos especializados; os testes com pacientes simulados; o Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE[42] – *Objective Structured Clinical Examination*), no qual "estudantes passam por 'rodízios' de estações, cada uma simulando um ambiente onde uma habilidade específica é testada, com um avaliador diferente em cada estação"; o miniexercício de avaliação clínica (mini-

[42] Este teste foi proposto por Harden e Gleeson, em 1979, para sanar o problema da confiabilidade da avaliação, pois há dificuldade de padronizar uma avaliação em um cenário constante como uma enfermaria (TIBÉRIO, 2012).

CEX), que, ao “mesmo tempo em que oferece uma avaliação com paciente real, possibilita a oportunidade de um feedback imediato conferindo caráter formativo à avaliação” (TIBÉRIO, 2012, p. 5); por fim, os registros em diários (logbooks), que permitem ao estudante anotar os encontros e os procedimentos significativos que teve em sua experiência (os registros podem ser utilizados em outros momentos da sua formação, como no caso da residência).

Tanto na graduação quanto na pós-graduação, a avaliação das competências pode ser feita utilizando-se a pesquisa, estimulando o estudante a buscar respostas para determinado problema. Para Castanho (2000, p. 162):

> É isso que significa o ensino-pesquisa, quer dizer, uma atividade que estimule (*ensino*) a busca das informações (*pesquisa*) e orienta sua sistematização num corpo de conhecimentos (ensino-pesquisa). O ensino na verdade deixa de estar em primeiro plano, como estava na modernidade, sendo substituído, nesse protagonismo[43], pela aprendizagem.

Na modernidade, avaliar significava um meio de controle, no qual, através de procedimentos metodológicos, a classe dominante utilizava seus resultados como ferramenta para atender as demandas do sistema de ensino, como a renovação, o aumento ou a diminuição do número de vagas, as questões relacionadas a evasão escolar, enfim, demandas de toda ordem, conforme aponta Castanho (2000).

Atualmente, vivemos o período denominado pelos estudiosos de pós-modernidade:

> [...] onde a classe dominante dessa estrutura, a burguesia nacional, perde sua posição em favor da burguesia transnacionalizada, para a qual o que menos importa é o local de nascimento de seus membros. A produção propriamente nacional desloca-se para setores em que a agregação de valor econômico é diminuta. A cultura nacional desagrega-se ante a maciça de signos globais, através de signos midiáticos. A escola que adquiriu na modernidade a posição de lugar predominantemente de transmissão da cultura dominante, perde importância relativamente aos canais multimidiáticos. (CASTANHO, 2000, p. 161)

Isso significa que a escolarização pode ocorrer em outros cenários, não somente no “lugar chamado escola” e o saber pode ser desenvolvido em diferentes

[43] “O termo “protagonista” vem de *protos* (“primeiro”, “principal” e *agonistes* (“lutador”, “competido”)” (CASTANHO, 2000, P. 163).

contextos e formas, por exemplo, com a utilização de multimídias. Castanho (2000) alerta que a escola não passa a ter menos importância, mas é necessário repensar seu papel, assim como repensar a avaliação, buscando alternativas equivalentes a esse período histórico cujas relações sociais e meios de comunicação modificaram sobremaneira nosso modo de vida na sociedade.

Entre os países que desenvolveram sistemas que tornaram mais branda e eficiente a transição entre a escola e o trabalho, Deffune e Depresbiteris (2000) destacam Alemanha, Suíça, Áustria, Japão, Inglaterra, Escócia, Dinamarca, Noruega, Austrália, Nova Zelândia e Canadá. Todos esses países buscaram "criar seu modelo de coletar dados do mundo do trabalho e traduzi-los juntamente com outros referenciais em padrões de qualidade [...] com o objetivo de aumentar a competência da população" (DEFFUNE e DEPRESBITERIS, 2000, p. 63).

As autoras enfatizam que os sistemas visam, sobretudo, dar:

> Ênfase na formação do saber-fazer, que estavam fortemente presentes na noção de qualificação, A esse saber, se agregam os saberes, o saber-ser, o saber-agir e as capacidades e as habilidades, que só podem ser adquiridas na integração entre educação geral e educação profissional. (DEFFUNE e DEPRESBITERIS, 2000, p. 64).

Para desenvolver as competências, Deffune e Depresbiteris (2000, p. 52) argumentam que "atualmente, estão surgindo novas teorias de aprendizagem que apontam para as inteligências múltiplas[44]". Enfatizam ainda que, de acordo com essas teorias, "uma pessoa pode ter mais capacidade para raciocínios matemáticos do que outra que, por sua vez, tem maior raciocínio linguístico, ou outra que tem melhor traquejo para lidar com coisas manuais" (DEFFUNE e DEPRESBITERIS, 2000, p. 52).

Cumpre ressaltar também a visão crítica que alguns estudiosos têm sobre

---

[44] Teoria desenvolvida por Gardner (1994), na qual a inteligência não é exatamente um constructo isolado, unitário. Esse autor fala de sete inteligências distintas, que são relativamente independentes umas das outras. São elas: inteligência linguística, inteligência lógico-matemática, inteligência espacial, inteligência musical, inteligência cinestésico-corporal, inteligência interpessoal e inteligência intrapessoal. Cada uma é um sistema individual de funcionamento, embora esses sistemas possam interagir, a fim de produzirem o que consideramos inteligente.

competências. Gallart e Jacinto[45] (citado por GONZALES, 1996, p. 22), por exemplo, dizem que as competências são inseparáveis da ação, mas requerem determinado conhecimento que as oriente. As competências não são asseguradas pelo diploma, mas suas constantes modificações demandam que os indivíduos sejam submetidos a provas, consideradas como resolução de problemas concretos no trabalho e, eventualmente, na educação formal.

No Brasil, o termo competências foi incorporado ao vocabulário de vários segmentos sociais, expressando as novas exigências impostas, principalmente, à dinâmica do trabalho e da formação. Segundo Desaulniers (1998, p. 7), as mídias, em especial a imprensa, desempenharam importante papel no processo de construção social do termo competências, o qual está "assumindo um significado que se associa a um conjunto complexo de relações sociais que constituem a realidade capitalista da era atual".

Para a autora, a noção de competências se refere a "um sistema de conhecimentos, conceitos e processuais, organizados em esquemas operatórios que permitem, no interior de uma família de situações, a identificação de uma ação eficaz". Sendo as competências vinculadas à ação, "os resultados teóricos e/ou técnicos são utilizados de acordo com a capacidade de executar as decisões que ela (a ação) sugere" (DESAULNIERS, 1998, p. 8). Portanto:

> A competência é a capacidade para resolver um problema em uma situação dada, o que significa dizer que a mensuração desse processo se baseia essencialmente nos resultados, implicando um refinamento dos mecanismos e instrumentos utilizados na sua respectiva avaliação (DESAULNIERS, 1998, p. 8).

Diante do que foi exposto, a avaliação de um conjunto de competências, como as que são relacionadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação e, em especial, aquelas definidas para o curso de medicina, exige do professor o acompanhamento direto do aluno durante o processo de ensino-aprendizagem, bem como a escolha de instrumentos de avaliação que visem o desenvolvimento da formação profissional continuada.

---

[45] GALLART, M. A.; JACINTO, C. Competencias laborales: tema clave en la articulación educación-trabajo. **Boletín**, a. 6, n. 2, p. 13-18, dec. 1995.

A citada ferramenta é composta por dados relativos ao estudante e por índices de avaliação quantitativos e qualitativos, que somados resultam em uma nota. No verso do instrumento, consta a relação das competências a serem mobilizadas pelo estudante e avaliadas pelo professor – também apresentada posteriormente.

O objetivo desta reflexão é contribuir para a discussão sobre a formação do profissional e as metodologias de avaliação utilizadas pelo professor nesse momento, conforme a compreensão dos teóricos e do próprio currículo da IES, tão importante para a formação acadêmica dos seus futuros profissionais.

7 MATERIAL E MÉTODOS

Neste capítulo, expomos o tipo de pesquisa, os procedimentos, as técnicas e os critérios de seleção e exclusão dos estudantes definidos para o desenvolvimento do presente trabalho.

O método utilizado para a pesquisa foi o estudo de caso de natureza qualitativa e interpretativa, pois, segundo Lüdke e André (1995), a dimensão qualitativa está mais relacionada à postura teórica e aos valores do pesquisador quando da análise dos dados do que ao uso ou não de números. De qualquer forma, expomos a quantificação dos conteúdos dos dados coletados, com sua apresentação gráfica em alguns casos, para, posteriormente, procedermos a análise dos conteúdos das respostas dos questionários aplicados aos estudantes/estagiários do curso de medicina da IES objeto desta pesquisa.

Destarte, o uso de números na explicação dos resultados de uma pesquisa não a transforma em quantitativa. A abordagem qualitativa, por suas características, pôde encaminhar esta pesquisa no sentido do diálogo, da construção e reconstrução dos significados das concepções, visões de mundo e experiências expressas pelos respondentes.

De acordo com Lüdke e André (1986, p. 12), a pesquisa qualitativa apresenta algumas características básicas: 1) “tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento”; 2) trabalha com dados descritivos; 3) tem seu foco de atenção no processo, mais do que no produto; 4) dá importância ao significado expresso pelos participantes quanto aos temas abordados; e 5) a análise dos dados procura ser contextualizada, utilizando o método da análise de conteúdo, desenvolvido por Bardin (1977, p. 31), dado seu incontestável valor e sua pertinência face ao objeto de pesquisa, permitindo a exploração da problemática construída.

Para Bardin (1977, p. 31), metodologicamente:

> [...] a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações

Como decorrência da escolha desse tipo de pesquisa, para realizar a

investigação, optamos pela coleta de informações aplicando questionários com perguntas estruturadas e possibilidades de respostas abertas em algumas delas.

Ainda sobre a análise de conteúdo, optamos por trabalhar com o que é denominado por Bardin (1977, p. 36) de "[...] 'análise categorial', [...] que pretende tomar em consideração a totalidade de um 'texto', passando-o pelo crivo da classificação e do recenseamento, segundo a frequência de presença (ou de ausência) de itens de sentido". Segundo a autora, a análise de conteúdo "é o método de categorias, uma espécie de gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação construtivista da mensagem" (BARDIN, 1977, p. 37). É, portanto, um método taxionômico que introduz uma ordem, segundo critérios, na desordem aparente. Mas tudo depende da escolha dos critérios de classificação daquilo que se procura ou se deseja encontrar.

A finalidade dessa classificação é deduzir certos dados a respeito do que se busca pesquisar dependendo do cenário e dos sujeitos envolvidos. Ainda, "a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)" (BARDIN, 1977, p. 38).

A análise de conteúdo proposta por Bardin (1977) nos ofereceu a possibilidade de trabalharmos com a comunicação e, especialmente, com as respostas oferecidas pelos estudantes no questionário aplicado. O campo de aplicação da análise de conteúdo se torna pertinente neste trabalho, pois, "em última análise, qualquer comunicação, isto é, qualquer transporte de significações de um emissor para um receptor controlado ou não por este deveria poder ser escrito, decifrado pelas técnicas de análise de conteúdo" (BARDIN, 1977, p. 32). "Desta forma, tudo o que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a uma análise de conteúdo" (HENRY e MOSCOVICI[46] citado por BARDIN, 1977, p. 33).

Portanto, a análise de conteúdo é um tratamento das informações contidas nas mensagens, sejam elas faladas ou escritas, é a análise dos "'significados' (exemplo: a análise temática), embora possa ser também uma análise dos 'significantes' (análise léxica, análise dos procedimentos)" (BARDIN, 1977, p. 34).

Nesse sentido, pareceu-nos pertinente sua utilização para o desenvolvimento das categorias de análise do conjunto de questões que compõem o questionário,

[46] HENRY, P; MOSCOVICI, S. Problemès de l'analyse de contenu. **Language**, n. 2, set. 1968.

após a avaliação da frequência das respostas apresentadas pelos estudantes/estagiários. Compreendemos que a análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), como um conjunto de técnicas para o tratamento descritivo das respostas ao questionário aplicado aos sujeitos desta pesquisa, as torna documentos para fins de estudo sobre a percepção da avaliação do estágio obrigatório.

Entre os pesquisadores contemporâneos que buscam, nas histórias de vida e nos meios de comunicações dos sujeitos, os elementos para a realização de pesquisas nas ciências da educação, se destaca Antonio Nóvoa (1995), que em diversas obras analisou relatos de agentes pesquisados e elaborou categorias próprias, utilizando fontes orais como ponto de partida para sua reflexão.

Nóvoa (1995, p. 21) considerou no seu estudo as pesquisas desenvolvidas por Goodson (1995), que procura compreender as práticas pedagógicas a partir das narrativas ou descrições dos atores que compõem o cenário educativo. O autor mostra que os trabalhos de Goodson (1995), a partir das histórias de vida dos agentes educacionais, resultaram em reflexões sobre o desenvolvimento curricular.

Entre os pesquisadores contemporâneos que buscam, nas histórias de vida e nos meios de comunicações dos sujeitos, os elementos para a realização de pesquisas nas ciências da educação, se destaca Antonio Nóvoa (1995), que em diversas obras analisou relatos de agentes pesquisados e elaborou categorias próprias, utilizando fontes orais como ponto de partida para sua reflexão.

Quando aborda a história cultural, Chartier (1990, p. 16-17) reforça que esta tem por objetivo a identificação da maneira de se construir, de se pensar e interpretar uma realidade social, em diferentes locais e momentos. As práticas escolares, segundo o autor, são exemplos das percepções do aspecto social, mediante suas estratégias, que acabam impondo uma autoridade e justificando condutas.

No presente trabalho, procuramos evidenciar a realidade educacional vivida pelos estudantes/estagiários que frequentaram o estágio curricular obrigatório do nono período do curso de medicina de uma IES da cidade de Curitiba, buscando analisar a percepção desses em relação ao processo de avaliação.

Com a finalidade de coletar os dados sobre a percepção dos estudantes/estagiários, elaboramos um questionário com perguntas estruturadas e abertas. As respostas escritas no questionário marcam o depoimento de cada um

dos atores envolvidos e, assim, a realidade social aparece inserida na sua visão de mundo. Ao optarmos pelo trabalho com base nessa metodologia, entendemos que a construção de tal conhecimento não chega a ser exaurida, porquanto outros pontos de vista podem trazer maiores esclarecimentos na abordagem aqui apresentada.

A análise do conteúdo das respostas ao questionário aplicado possibilitou classificar a frequência das respostas dos estudantes sobre suas concepções acerca do assunto abordado.

Tendo em vista o referencial teórico e os objetivos da pesquisa, fizemos a opção metodológica por procedimentos qualitativos e o estudo de caso (TRIVIÑOS, 1987), visando o estabelecimento de relações entre a base documental pesquisada e as respostas dos questionários aplicados.

Segundo Lüdke e André (1986, p. 17-18), quando se pretende estudar algo singular, com valor em si mesmo, uma opção recomendada para o método é o estudo de caso. De acordo com as autoras, na área da educação, esse método permite a descoberta de novos elementos, enfatizando a interpretação de um contexto e revelando a complexidade das situações.

Para atingirmos tais objetivos, utilizamos como fontes de informação a comunicação, resgatada através da narrativa exposta no questionário aplicado; o acervo de base material, através da legislação e dos documentos oficiais; o instrumento de avaliação utilizado pelos professores durante a realização do estágio; além do currículo do curso de medicina; os quais possibilitaram a realização deste trabalho.

Todavia, a parte da nossa pesquisa que se refere à análise do instrumento de avaliação do estágio obrigatório se desenvolveu através do levantamento de fontes documentais impressas. Para a coleta de dados, recorremos à bibliografia apresentada no capítulo da revisão da literatura.

Objetivando contribuir para o conhecimento e a compreensão sobre o processo de avaliação do estágio no nono período do curso de medicina da IES pesquisada e tendo em vista a insuficiência de material informativo que trouxesse essas questões ao conhecimento público, atraiu-nos a possibilidade de verificar a concepção dos estudantes/estagiários (futuros profissionais) sobre a avaliação do estágio obrigatório, diante das técnicas de avaliação das competências que devem mobilizar durante o referido estágio.

Os questionários foram aplicados a uma turma composta por setenta e um

estudantes/estagiários, que já haviam concluído o período de estágio obrigatório do nono período.

No que se refere ao questionário, Lakatos e Marconi (2003, p. 201) entendem que:

> É um instrumento de coleta de dados, construído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. Em geral o pesquisador envia o questionário ao informante [...]; depois de preenchido, o pesquisado devolve-o do mesmo modo.

E ainda,

> Junto com o questionário deve-se enviar uma nota ou carta explicando a natureza da pesquisa, sua importância e a necessidade de obter respostas, tentando despertar o interesse do recebedor, no sentido de que ele preencha e devolva o questionário dentro de um prazo razoável (MARCONI e LAKATOS, 2003. p. 201)

Nessa perspectiva, o respondente segue espontaneamente a linha do seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal proposto pelo pesquisador. Assim, ele começa a participar da elaboração do conteúdo da pesquisa.

Entendemos que a escolha dos sujeitos em uma pesquisa qualitativa deve seguir critérios preestabelecidos, o que nos fez optar por aplicar o questionário em estudantes regularmente matriculados no nono período do curso de medicina, tendo em vista que é a fase do primeiro contato direto do aluno com os pacientes, nas disciplinas que compõem esse período.

Para a localização dos estudantes matriculados no nono período, fizemos um levantamento por meio de contato pessoal com o representante da turma do segundo semestre de 2015. Posteriormente, via contato telefônico, ele nos informou os horários e os locais – três hospitais universitários, sendo uma maternidade e uma unidade básica de saúde – de realização do estágio curricular, de acordo com os grupos de estudantes, a fim de que pudéssemos apresentar os questionários e os termos livre de consentimento (TLC) e recolhê-los mais tarde.

Os questionários respondidos pelos participantes da pesquisa e os TLC foram recolhidos separadamente e arquivados em pastas distintas para que o respondente não fosse identificado, uma vez que o questionário é anônimo.

Até chegarmos ao modelo do questionário (APÊNDICE 1) aplicamos uma primeira versão (pré-teste) em uma turma de graduação, a fim de validar o instrumento. Não obtendo o resultado esperado, o instrumento foi refeito, reaplicado e, por fim, aplicado na turma escolhida.

Seguindo as orientações propostas por Marconi e Lakatos (2003, p. 201-212), estabelecemos as seguintes etapas como normas de procedimento da aplicação do questionário:

1. o consentimento do entrevistado para a utilização das suas informações na pesquisa;

2. a ciência por parte do entrevistado quanto à garantia do seu anonimato, bem como o da IES à qual pertencia;

3. o direito do entrevistado de não responder às questões que julgasse inconvenientes;

4. a realização da tabulação dos dados e a codificação das respostas abertas;

5. a construção de quadros com as categorias segundo a incidência do conteúdo das respostas, de acordo com as perguntas do questionário;

6. a construção de categorias que serviriam para a análise do conteúdo das respostas dos respondentes.

Dessa forma, elencamos as categorias sobre a avaliação do instrumento utilizado para avaliar o processo de estágio curricular obrigatório.

Os estudantes foram classificados numericamente de 1 a 71. Tanto os questionários quanto os TLC se encontram em poder da pesquisadora, garantindo o anonimato da IES e dos respondentes e, considerando-se que descrevem fatos particulares da vida dos sujeitos, não foram anexados a este trabalho.

Dessa forma, elencamos as categorias sobre a avaliação do instrumento utilizado para avaliar o processo de estágio curricular obrigatório.

Os estudantes foram classificados numericamente de 1 a 71. Tanto os questionários quanto os TLC se encontram em poder da pesquisadora, garantindo o anonimato da IES e dos respondentes e, considerando-se que descrevem fatos particulares da vida dos sujeitos, não foram anexados a este trabalho.

Elaboramos um roteiro geral (APÊNDICE 1) para os questionários, no qual reunimos e estruturamos pontos levantados durante a pesquisa documental, seguindo os objetivos estabelecidos. O roteiro se constituiu de duas partes distintas, porém complementares. Na primeira parte, foram coletados os dados relativos à

caracterização dos entrevistados, como gênero e idade. Na segunda seção, constam os dados pertinentes ao assunto tratado e a percepção do processo de avaliação do estágio obrigatório.

As categorias analíticas assim se constituíram:

1. A percepção do estudante/estagiário sobre a avaliação realizada durante o estágio obrigatório.
2. A avaliação da aprendizagem durante o processo de realização do estágio obrigatório.
3. Avaliação de competências e habilidades durante o estágio obrigatório.
4. Necessidade de retorno aos estudantes das competências mobilizadas durante o estágio obrigatório.

Para a validação dos dados, usamos a análise interpretativa, ou seja, “checagem de um dado obtido através de diferentes informantes, em situações variadas e em momentos diferentes” (LÜDKE e ANDRÉ, 1986, p. 52). Afinal, como afirma Alberti (1990, p. 18), corroborando a teoria de Bardin (1977), esse é o caminho do pesquisador para conhecer progressivamente seu objeto de estudo, podendo avaliar quando o resultado do seu trabalho com as fontes fornece instrumental suficiente para que ele construa uma interpretação bem fundamentada do seu objeto.

8 RESULTADOS

8.1 ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ESTUDANTES/ESTAGIÁRIOS DO NONO PERÍODO DO CURSO DE MEDICINA DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE CURITIBA

Depois de descrito o caminho metodológico que resultou neste estudo, apresentamos o perfil dos estudantes entrevistados, seguindo-se da análise das categorias definidas.

8.1.1 Amostra dos estudantes/estagiários que responderam o questionário.

A primeira seção do questionário a turma que concluiu o estágio obrigatório no segundo semestre do ano letivo de 2015, 71 estudantes/estagiários responderam ao questionário.

A faixa etária da amostra variou entre 21 e 41 anos de idade, conforme apresentado no

Apresentado no QUADRO 6

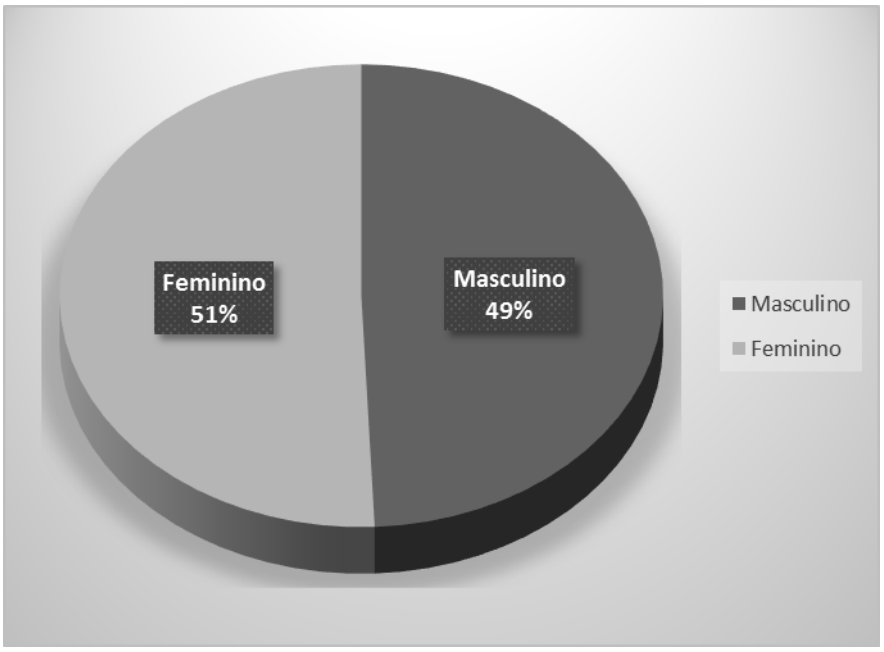
QUADRO 6 – FREQUÊNCIA DE IDADE DOS ESTUDANTES/ESTAGIÁRIOS QUE RESPONDERAM O QUESTIONÁRIO

Idade	**Número**
21	4
22	2
23	21
24	20
25	9
26	9
28	2
29	1
32	2
41	1

Fonte: A autora (2015).

O GRÁFICO 2 mostra que, entre os 71 estudantes/estagiários, há leve predominância do gênero feminino, com 51% do total, havendo 49% de discentes do gênero masculino.

GRÁFICO 2 – GÊNERO DOS ESTUDANTES/ESTAGIÁRIOS PESQUISADOS



Fonte: A autora (2015).

8.2 SEGUNDA SEÇÃO DO QUESTIONÁRIO APLICADO: AVALIAÇÃO DURANTE O ESTÁGIO OBRIGATÓRIO

A segunda pergunta do questionário aplicado aos estudantes/estagiários se referiu à percepção desses sobre o processo de avaliação do estágio obrigatório: “Como o aluno considera a avaliação realizada durante o estágio supervisionado: SE NECESSÁRIA; ou SE NECESSÁRIA, PORÉM INCOMPLETA”. Na mesma pergunta, havia um espaço para o estudante/estagiário justificar a escolha da sua resposta.

Para o preenchimento do questionário, havia a orientação de que o estudante deveria escolher apenas uma resposta e, assim como no termo livre de consentimento (TLC), caso o estudante não quisesse responder alguma questão ou desejasse desistir da pesquisa, havia essa possibilidade.

As respostas foram transcritas, conforme preconiza a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 1977) e, posteriormente, agrupadas de acordo com a frequência em que apareciam. A partir disso, foi produzido o QUADRO 7.

QUADRO 7 - CONSIDERAÇÕES DOS ESTUDANTES SOBRE A AVALIAÇÃO REALIZADA DURANTE O ESTÁGIO OBRIGATÓRIO

CONCEITO: A AVALIAÇÃO DURANTE O ESTÁGIO É NECESSÁRIA	FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS
1 – Necessário para avaliar as falhas e corrigi-las	6
2 – Necessário para estimular e/ou motivar o aluno para o aprendizado/conhecimentos adquiridos	3
3 – A avaliação deve ser continuada	2
4 – Necessidade de avaliar os conteúdos teóricos ministrados em sala de aula, na prática	2
5 – Necessidade de receber um retorno de seu desempenho durante o estágio	7
6 – Necessidade de elevar a qualidade do Curso	2
7 – Consideram que avaliam aspectos importantes	4
NECESSÁRIA	26
Conceito: a Avaliação durante o estágio é NECESSÁRIA, MAS INCOMPLETA	FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS
1 – Necessidade de supervisão direta (presença do avaliador no local de estágio), e uma interação maior entre os mesmos.	6
2 – Necessidade de haver critérios (métodos) de avaliação mais específicos e conhecidos tanto pelos alunos quanto pelo supervisor.	7
3 – A avaliação é generalizada.	4
4– Os instrumentos de avaliação utilizados para a avaliação não correspondem à prática realizada no campo de estágio	3
5 – Necessidade de haver um espaço (no instrumento de avaliação utilizado) para o aluno expor suas opiniões, visando a melhora do campo de estágio.	1

continua...

continuação...

6 – Necessidade de haver uma interação entre os conteúdos ministrados e os avaliados durante a realização do estágio.	3
7 – A avaliação deveria ocorrer durante as aulas teóricas e não apenas durante o período de estágio.	1
8 – Consideram a avaliação subjetiva	4
9 – Necessidade de avaliar as habilidades motoras finas	1
NECESSÁRIA, MAS INCOMPLETA	30
OUTRAS RESPOSTAS	FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS
1 - Não compreendeu a pergunta	1
2 – Irrelevante o nome dos pais e a fotografia na ficha de avaliação de estágio	4
3 – Respostas em branco	10
TOTAL: 26+30+15	71

Fonte: A autora (2015).

A pergunta possibilitou que o estudante/estagiário manifestasse sua compreensão sobre a importância da avaliação realizada durante o estágio obrigatório. A partir da frequência das respostas expostas no Quadro 6, foi possível desenvolver a primeira categoria de análise:

A PERCEPÇÃO DO ESTUDANTE/ESTAGIÁRIO SOBRE A AVALIAÇÃO REALIZADA DURANTE O ESTÁGIO OBRIGATÓRIO.

Partindo da inferência[47] de que os estudantes/estagiários são avaliados de acordo com o que está estabelecido no projeto curricular, o padrão de respostas demonstra que o processo de avaliação é imprescindível para sua formação e para os períodos vindouros.

[47] Para Bardin (1977, p. 38), a inferência "aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens. [...] O interesse não reside na descrição dos conteúdos, mas sim no que estes nos poderão ensinar após serem tratados (por classificação, por exemplo), relativamente a 'outras coisas'".

Dos estudantes que responderam ao questionário, 26 manifestaram a necessidade de haver uma avaliação durante o estágio obrigatório, mas salientaram que essa deve ser realizada com clareza quanto aos critérios adotados sobre sua prática após receberem as informações teóricas em sala de aula.

Os alunos destacaram também a importância de que a presença do professor supervisor (supervisão direta, como preconiza o próprio documento da IES) seja mais frequente, elevando o estímulo e a motivação dos estudantes para buscar novos conhecimentos.

A necessidade da avaliação do estágio parece sugerir, ainda, um desejo de elevar a qualidade do curso e corrigir possíveis falhas observadas ou vivenciadas por eles durante a realização do estágio.

Outro ponto mencionado pelos estudantes é a conveniência de receberem um retorno acerca do seu desempenho, após a realização de algum procedimento, o qual deve ocorrer de maneira individual ou em grupo, com a finalidade de aprimorar sua prática profissional, que é o objetivo principal do estágio.

Nesse aspecto, 30 estudantes/estagiários consideraram a avaliação necessária, porém incompleta. Manifestaram também que os instrumentos utilizados para a avaliação dos procedimentos durante a prática clínica nem sempre são esclarecidos pelo avaliador. Igualmente, a avaliação que ocorre em sala de aula não é suficiente, necessitando de outros instrumentos.

Dos estudantes/estagiários que responderam ao questionário, apenas um manifestou a necessidade de haver a avaliação de habilidades motoras finas. Essa é relevante, uma vez que é das habilidades motoras finas que o futuro profissional médico necessita para sua prática profissional, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de medicina, as quais estão expostas nos documentos da IES integrada pelos estudantes.

Entre os estudantes/estagiários pesquisados, 10 deixaram em branco a resposta sobre esse tema e um não compreendeu a pergunta ou desejou não opinar sobre a questão.

Segundo a Associação Europeia de Educação Médica (AMEE), o termo supervisão é definido “como o fornecimento de orientações e feedback relacionados ao desenvolvimento profissional e educacional do aluno para ajudá-lo a prover um

atendimento médico adequado[48]" (citado por DOMINGUES, AMARAL, ZEFERINO, 2009, p. 458). A supervisão vista dessa forma contribui para um direcionamento eficaz do processo ensino-aprendizagem, pois serve como guia para os estudantes em relação às competências que precisam mobilizar durante a realização de determinado procedimento durante o estágio, bem como em momentos da sua prática em sala de aula.

Esse conceito confirma o entendimento de Sacristán (1998, p. 295) sobre o processo de avaliação.

> A avaliação é uma prática muito difundida no sistema escolar em qualquer nível de ensino e em qualquer modalidade ou especialidade. Conceituá-la como 'prática' significa que estamos frente a uma atividade que se desenvolve segundo certos usos, que cumpre múltiplas funções, que se apoia numa série de ideias e formas de realizá-la e que é a resposta a determinados condicionamentos do ensino institucionalizado.

Concebida dessa maneira, a avaliação do estágio considerada pelos estudantes é um dos momentos de retorno do processo ensino-aprendizagem (que a AMEE conceitua como feedback), sob a supervisão de um professor que procede a avaliação.

Compreendemos que a "fala" dos alunos não retrata um aspecto negativo em relação à prática docente, mas que o processo de avaliação deveria ser realizado com maior frequência, assim como o retorno (feedback) acerca da sua prática profissional, ainda que seja o início da sua carreira.

Domingues, Amaral e Zeferino (2009, p. 458) apontam que:

> Para que a avaliação do aluno em estágio clínico tenha um forte impacto educacional, é importante que haja entendimento dos objetivos a serem atingidos, consenso sobre conteúdo a ser avaliado, conhecimento do nível de competência dos alunos e feedback construtivo e eficaz, para que o estudante possa refletir sobre suas ações e traçar um plano de desenvolvimento profissional contínuo.

As expressões descritas pelos alunos nessa pergunta demonstram que a avaliação deve ser fundamentada em quesitos que de fato promovam a avaliação,

[48] KILMINSTER, S.; COTTRELL, D.; GRANT, J.; JOLLY, B. AMEE Guide, n. 27: Effective educational and clinical supervision. **Med Teach**. 2007, v. 29, p. 2-19.

como a distinção das competências a serem mobilizadas durante a realização do estágio supervisionado.

Segundo Severino (2008, p. 27):

> Avaliar o desempenho do discente é a tarefa mais delicada da vida acadêmica de professores e alunos. Além da própria dificuldade do processo em si (atribuir valor às ações humanas), a avaliação que envolve fatores de subjetividade tanto dos avaliadores como dos avaliados, torna-se espaço privilegiado de manifestação de sentimentos complexos de desvios reais de postura e de procedimentos, com resultados contraproducentes. O docente sempre corre o risco de transformar sua intervenção numa operação técnica de medição ou então num severo julgamento moral, capaz de provocar um estigma do aluno, quando ela deveria ser tão somente uma análise diagnóstica destinada a investigar aspectos positivos e negativos, de modo que se possa orientar e reorientar o aluno na condução de sua prática escolar.

O autor alerta que o estudante corre o risco de entender a avaliação realizada pelo professor em uma simples cobrança quantitativa, o que pode acarretar um sentimento de desvalorização dos seus conhecimentos. Por outro lado, “a avaliação adequadamente conduzida deve ser uma abordagem diagnóstica do desempenho do aluno, levantando aspectos positivos e negativos sempre com vistas à reorganização das ações de estudo e aprendizagem” (SEVERINO, 2008, p. 27-28).

Os estudantes/estagiários consideram que a avaliação do estágio é necessária, mas que são fundamentais ajustes em seus procedimentos, sobretudo, em relação aos instrumentos utilizados pelos professores, os quais resultam no escore (nota) final do estágio. Nesse sentido, observamos que o instrumento denominado “Avaliação de Disciplinas de Estágio”, empregado pela IES pesquisada (exposto no capítulo 6 desta tese) precisa ser revisado, a fim de cumprir o papel efetivo que os estudantes identificaram como demanda nas respostas da pergunta analisada.

Percebemos que a falta de detalhamento em relação à avaliação durante o estágio obrigatório é observada pelos estudantes, que sugerem, como exposto, a necessidade de uma revisão ou de maiores esclarecimentos quanto aos procedimentos adotados durante a realização do estágio. Ainda que muitos professores possam oferecer esses esclarecimentos, não temos dados para afirmar que de fato ocorram.

8.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS PELOS PRFESSORES: A PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES SOBRE A FICHA DE AVALIAÇÃO CONTIDA NO PROJETO CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR PESQUISADA

No questionário, inserimos uma pergunta sobre a avaliação da aprendizagem durante a realização do estágio obrigatório, indagando ao estudante se a considerava suficiente ou insuficiente; uma segunda pergunta solicitava a opinião do estudante quanto aos aspectos contemplados no documento; e uma terceira pergunta, questionava sobre o resultado final da avaliação do estágio obrigatório. Nas duas últimas perguntas, o estudante/estagiário tinha a possibilidade de justificar ou não sua escolha.

A relação das perguntas são apresentadas nos QUADROS 8,9 e 10:

QUADRO 8 – CLASSIFICAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM DURANTE A REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO

CONCEITOS	FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS
1 - Suficiente	32
2 - Insuficiente	38
3 - Resposta em branco	1
TOTAL	71

Fonte: A autora (2015)

QUADRO 9 – ASPECTOS IMPORTANTES, QUE SÃO CONTEMPLADOS NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO NA PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES/ESTAGIÁRIOS

CONCEITOS	FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS
1 – Necessidade de avaliar a rotina, a prática médica, de fato.	13
2 – Necessidade de avaliar Competência para resolver problemas.	4
3 – Avaliação de Habilidade de comunicação verbal e inteligência emocional.	3

continua...

continuação...

4 – Necessidade de haver no instrumento de avaliação, um espaço próprio, para o aluno expor suas dificuldades/sugestões/críticas, sobre a avaliação do estágio.	4
5 – Avaliação da Competência: relação médico-paciente.	3
6 – Avaliar a competência de relacionamento interpessoal com os profissionais que compõem o corpo clínico, e demais agentes do local de realização do estágio.	4
7 – Realizar a avaliação, considerando as características inerentes ao serviço realizado no estágio (especificidades).	3
8 – O modelo de avaliação utilizado corresponde ás expectativas do estudante.	4
9 – Necessidade de receber um retorno verbal (por parte do professor), sobre seu desempenho durante a realização do estágio. De preferência individualmente, ou mesmo por escrito.	3
10 – Valorizar o estudante mais qualitativamente, do que quantitativamente.	11
11 - Desconhecem o instrumento de avaliação, ao qual se refere a questão	4
12 – Não responderam a questão	3
13 – Respostas em branco	12
TOTAL	71

Fonte: A autora (2015).

Nas respostas de 13 estudantes/estagiários, fica evidente a necessidade de que a prática e a rotina médica sejam avaliadas, mas não apenas de forma quantitativa, como apontaram 11 estudantes.

Ainda que a avaliação das competências ou, pelo menos, a descrição das competências conste no verso do documento de avaliação (“comunicação, segundo as competências do perfil médico, diz respeito à comunicação entre colegas do serviço em saúde e na relação médico-paciente, liderança, relacionamento, ética, interesse”), na percepção dos estudantes/estagiários, essas não são avaliadas, pois não há a descrição pormenorizada das dificuldades apresentadas pelos alunos na

ficha de avaliação. Há apenas um espaço para a quantificação (valorização numérica) de tais competências.

Certamente, o professor utiliza outros instrumentos de coleta de dados, como provas escritas ou orais, seminários, testes de múltipla escolha, testes com paciente simulado etc. para estabelecer a média e avaliar os estudantes, não apenas no ambiente de estágio, mas em outros cenários, como a sala de aula, uma vez que a mobilização de competências pode ser observada de diversas maneiras.

Para Luckesi (2011, p. 171), a avaliação como ato investigativo se serve de recursos metodológicos rigorosos, pois é uma ciência que descreve e interpreta a realidade. Porém, ela deve também qualificá-la e, ao fazê-la, a avaliação oferece ao professor ou à instituição de ensino bases consistentes para suas ações.

Novamente, nos valemos da inferência na comunicação escrita pelos estudantes sobre a necessidade de melhor abordagem desse item, descrito em suas especificidades, para que o aluno possa corrigir suas falhas e aprimorar sua prática profissional, assim como possa fornecer ao professor um retorno do processo ensino-aprendizagem. Em nossa compreensão, isso auxiliaria na melhora do processo educativo como um todo.

Zabalza (2014, p. 212) afirma que um estágio fundamentado em experiências vividas pelos estudantes:

> [...] e na observação e reflexão sobre tal experiência pode dar lugar a um conhecimento divergente [...], pois os mesmos desenvolvem a capacidade de emitir seus próprios juízos, assim como destacar os aspectos com os quais concordam ou discordam, aqueles conhecimentos e experiências que de fato contribuíram e fizeram sentido para o seu processo de formação. Este juízo estaria fundamentado não em teoria, mas na própria prática.

Os estudantes/estagiários expressaram também a necessidade de um espaço na ficha de avaliação para exporem suas dificuldades e suas percepções sobre o campo de realização do estágio, com a finalidade de melhorar esse aspecto.

Chamou-nos a atenção o fato de que quatro estudantes/estagiários, embora tenham preenchido seus dados no documento de avaliação, tenham alegado desconhecimento da existência de tal documento.

Porém, não podemos deixar de citar aqueles que consideraram que o estágio é bem avaliado, tendo em vista as condições de realização, sejam elas estruturais ou pessoais.

Houve também estudantes/estagiários que se valeram de experiências vivenciadas em outros locais de estágio, em que a avaliação ocorreu de maneira adequada, dentro do que se espera que seja um processo de avaliação, com instrumentos apropriados e professores comprometidos com a formação do futuro profissional. Não sabemos, todavia, de que maneira tal avaliação foi realizada, pois isso não ficou evidenciado nas expressões dos estudantes/estagiários. Podemos conjecturar que a sensação dos alunos de estarem seguros e bem avaliados pelos professores está relacionada a uma postura adequada sobre o processo de avaliação.

A questão que complementava a pergunta sobre a avaliação durante o estágio obrigatório se relacionou ao resultado final da avaliação, ou seja, às consequências geradas nos estudantes/estagiários sobre se sentirem bem avaliados e confiantes, avaliados superficialmente e parcialmente confiantes ou mal avaliados e inseguros nos domínios que integram o perfil profissional.

Um exemplo do exposto, é um estudo realizado por Gunderman (2001, p. 1) com residentes de radiologia apontou seis competências para o exercício médico: 1) conhecimento médico, 2) habilidades de comunicação, 3) profissionalismo, 4) aprendizagem e aperfeiçoamento baseados na prática, 5) inter-relacionamento humano e 6) prática baseada em sistemas. Para o autor, analisar de perto essas competências e determinar quais são suas consequências pode oferecer um aprendizado diferenciado para o futuro profissional médico.

Gunderman (2001) considera que a relação médico-paciente ocorre por via de uma comunicação de qualidade e isso se torna favorável à colaboração do paciente quanto aos procedimentos futuros que precise enfrentar durante o processo de tratamento ou por conta de lesões decorrentes da doença. Ainda no que diz respeito ao profissionalismo e às demais competências citadas, Gunderman (2001, p. 1) afirma que essas devem “ser incentivadas durante o processo de formação profissional” e aprimoradas diariamente ao longo da vida do médico.

O que o autor pretende deixar claro é a necessidade de que o médico explique brevemente quaisquer testes ou procedimentos em uma linguagem que o paciente e a família entendam, que esteja disponível para o esclarecimento de

dúvidas, ou seja, que o médico dispense tempo para o paciente e sua família (GUNDERMAN, 2001).

Assim, compreendemos que a mobilização das competências descritas por Gunderman (2001) se inicia na prática do estágio obrigatório. Na teoria, certamente, o estudante já obteve tais informações em sala de aula. Mas ao mobilizá-las durante o estágio, nas expressões escritas pelos estudantes, a necessidade de ouvir ou ler se sua prática está de acordo com o que foi estudado fica bastante evidente.

Para Cate (2014, p. 325), os "clínicos têm tido dificuldade em avaliar os alunos sobre essas competências teóricas mais detalhadas. Listas de verificação para fazê-lo (exigido por órgãos reguladores), em seguida, tendem a tornar-se um pouco sem sentido". Por essa razão, o autor cunhou o conceito de atividades profissionais confiáveis (EPA), que, segundo ele, são o que importa na prática profissional, considerando-se que as competências são construções abstratas que descrevem apenas capacidades. As exposições do autor se baseiam na dificuldade de observar e avaliar uma competência em serviço.

Ainda de acordo com Cate (2014, p. 326), "a atitude e os valores de ordem superior, e o fato de que a competência depende do contexto, nunca podem satisfazer plenamente os requisitos de mensurabilidade padronizada". As ponderações do autor parecem responder às demandas dos estudantes que buscam uma avaliação imediata ou direta da execução da sua prática durante o estágio obrigatório.

Há que se considerar que o estudante vai aprimorar nos períodos vindouros do curso (internato) as competências e as habilidades, como a relação médico-paciente, mas que, naquele momento, são importantes para que se sinta seguro e enfrente situações que exigirão maior segurança, além de conhecimento.

Por isso, para desvelarmos esse nível de segurança, elaboramos um quadro no qual o estudante/estagiário deveria avaliar o resultado do seu desempenho, a partir dos resultados obtidos ao final do estágio obrigatório.

As respostas correspondem ao QUADRO 10, apresentado a seguir:

QUADRO 10 – COMO OS ESTUDANTES PESQUISADOS SE SENTEM EM RELAÇÃO AO RESULTADO DAS AVALIAÇÕES REALIZADAS DURANTE O ESTÁGIO OBRIGATÓRIO

SENTIMENTO APÓS A AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO	ESTUDANTES/ESTAGIÁRIOS QUE RESPONDERAM AO QUESTIONÁRIO

continua...

continuação...

Bem avaliado e confiante no domínio dos conteúdos que integram o perfil profissional	3
Avaliado superficialmente e parcialmente confiante no domínio dos conteúdos que integram o perfil profissional.	54
Mal avaliado e inseguro quanto ao domínio dos conteúdos que integram o perfil profissional	14
TOTAL	71

Fonte: A autora (2015).

Os estudantes/estagiários poderiam optar por uma única resposta e expor sua justificativa, de tal forma que, após as análises das respostas, elaboramos o QUADRO 11:

QUADRO 11 – PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES EM RELAÇÃO AO RESULTADO DAS AVALIAÇÕES REALIZADAS DURANTE O ESTÁGIO OBRIGATÓRIO

PERGUNTA	CLASSIFICAÇÃO	FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS
Bem avaliado e confiante no domínio dos conteúdos que integram o perfil profissional	1 – Conhece o conteúdo necessário para a prática médica, durante a realização do estágio.	6
	2 – Sente-se bem avaliado quanto ao domínio da teoria.	4
Avaliado superficialmente e parcialmente confiante no domínio dos conteúdos que integram o perfil profissional	1 – As avaliações são subjetivas.	4
	2 – As avaliações são genéricas, imprecisas e/ou sem critérios específicos, dependendo do campo de estágio.	16
	3 – Observa a necessidade de supervisão direta.	8
	4 – Necessidade de receber *feedback* (retorno) do avaliador.	7
Mal avaliado e inseguro quanto ao domínio dos conteúdos que integram o perfil profissional	1 – Há pouca ênfase na avaliação individual.	7
	2 - Sente-se inseguro em relação ao domínio do conteúdo ministrado para a prática profissional.	9

continua...

continuação...

	Respostas em Branco	10
	TOTAL	71

Fonte: A autora (2015).

Para analisarmos as respostas dos estudantes/estagiários, consideramos as "variáveis psicológicas do indivíduo emissor, variáveis sociológicas e culturais, variáveis relativas à situação de comunicação e do contexto de produção da mensagem" (BARDIN, 1977, p. 40).

Dessa forma, não inferimos sobre o que o aluno expressou, mas tentamos compreender o sentido da comunicação, se, em outra situação, o aluno posicionar-se-ia de modo diferente. Ou seja, se diante de alguma das variáveis citadas, o estudante responderia de forma diferenciada da que escolheu primeiramente.

Consideramos que o questionário serviu como uma variável para que o estudante realizasse uma autoanálise do seu processo de formação, sendo ele próprio o agente desse processo e não apenas o que recebe de outros profissionais (como colegas que atuam no serviço de atendimento à saúde ou o professor) o retorno sobre seu desempenho acadêmico/profissional, independentemente do campo do estágio realizado.

Portanto, considerar como o estudante/estagiário interpretou a pergunta é relevante, posto que isso se relaciona às suas condutas como aluno. Assim, considerando os fatores descritos, formulamos a seguinte categoria de análise:

A AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM DURANTE O PROCESSO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO.

Ainda que o estudante/estagiário manifeste se sentir avaliado superficialmente, nas suas considerações, apreende-se novamente a ausência de uma supervisão direta, com critérios mais explícitos em relação ao que é avaliado, ou seja, as competências e habilidades referentes à formação do profissional médico, mesmo sabendo que essas estão expostas no currículo do curso da IES.

Segundo Zabalza (2014, p. 263):

> Tanto o projeto curricular do estágio quanto seu desenvolvimento e resultados devem ser avaliados como qualquer componente curricular. Trata-se de um compromisso institucional indeclinável em qualquer programa formativo, sobretudo quando se pretende fazer primar a ideia de melhoria e qualidade dos processos estabelecidos.

Analisando-se dessa forma, professores universitários e estudantes devem exercer o compromisso de refletir sobre sua prática durante o desenvolvimento do estágio do qual tenham participado. “É sabido que a experiência não gera por si mesma aprendizagem. É preciso que essa experiência seja revista e submetida a processos de reajustes derivados dos resultados da referida revisão” (ZABALZA, 2014, p. 264). Porém, os poucos materiais ou instrumentos de registro de avaliação do processo de estágio, como “áudios, vídeos, relatórios de práticas, entre outros” (ZABALZA, 2014, p. 265), associados a um retorno de sua prática, podem ocasionar ao estudante a sensação de que está sendo avaliado superficialmente.

Para o autor, se o estudante tivesse uma documentação, esta serviria “depois para [...] rever o processo, para lhe dar publicidade, para defender-se das críticas, para poder solicitar ajudas, entre outros”. O mais importante é que “fica o registro físico do trabalho realizado e que vai se construindo uma espécie de ‘memória’ histórica das ações, um banco de dados” (ZABALZA, 2014, p. 265).

Outro dado que nos chamou a atenção nas expressões dos estudantes/estagiários é o aspecto subjetivo do processo avaliativo. Aqui, podemos nos referir a uma variável: se um professor de determinado campo de estágio explicita sua metodologia e instrumentos de avaliação utilizados, isso pode contribuir para gerar certa segurança no estudante. Em outros casos, se não houver clareza da metodologia empregada, o estudante pode se sentir inseguro sobre o que estudar.

Percebemos nas expressões dos estudantes que não é isso que ocorre durante a avaliação do processo de estágio, visto que 16 estudantes/estagiários se sentem avaliados superficialmente e inseguros para o exercício profissional, considerando as avaliações genéricas ou imprecisas, dependendo do campo de estágio.

Assim, Severino (2008, p. 28) define que:

> Todas as atividades humanas precisam ser sempre avaliadas, pois elas não se determinam de forma mecânica, automática. Sendo atividades intencionais, ou seja, ganham seu sentido de uma opção valorativa da própria pessoa, elas precisam ser constantemente observadas, acompanhadas e ter seus resultados devidamente analisados, buscando-se sempre aquilatar até que ponto sua realização está adequando a sua finalidade.

Em outro momento, quando isso não ocorre, há a necessidade de receber um retorno quanto ao seu desempenho profissional, sobretudo, nesse período inicial da sua vida acadêmica, em que o estudante tem contato direto com o paciente e precisa mobilizar as competências do profissional médico, bem como suas habilidades.

Outra categoria de estudantes considera que seu domínio (variável psicológica) em relação ao conteúdo depende dele, estudante, e não de uma avaliação; outros, por sua vez, consideram que o retorno individual do seu desempenho feito por outrem elevaria seu nível motivacional.

Quando verificamos a porcentagem de estudantes que se sentem bem avaliados e confiantes, não podemos deixar de considerar as variáveis que interferem no juízo do seu aprendizado. Parece que o estudante acredita que depende dele a aquisição e o aprofundamento dos conhecimentos desenvolvidos em aulas teóricas e práticas de laboratório.

Porém, qualquer tipo de ferramenta que auxilia no processo de avaliação serve como momento de reflexão, de acordo com Severino (2008, p. 28).

> É, entanto, muito difícil substituí-lo operacionalmente por procedimentos qualitativos e mais difícil ainda convencer os alunos que a avaliação é fundamentalmente uma imprescindível mediação para sua própria formação. Deve ser vista e vivenciada como momento de análise e reflexão para identificar dificuldades e obstáculos, para contextualizar sucessos e insucessos na aprendizagem e para que sejam lançados novos pontos de partida para a reorientação de ações futuras na interação com os processos de estudo e aprendizagem.

Mas essa proposta somente alcançará êxito se a intervenção do professor oferecer subsídio para a tomada de decisão do estudante, com vistas ao redirecionamento do seu caminho no processo de formação profissional.

Fica explícito que o desejo do estudante é um acompanhamento direto realizado pelo professor/supervisor durante a prática no campo de estágio, recebendo deste um retorno acerca do seu desempenho acadêmico. Apenas a utilização de instrumentos de avaliação na forma de provas ou similares não atende as expectativas dos estudantes quanto à segurança sobre sua formação profissional.

Nesta categoria, percebemos que as considerações feitas pelos estudantes, corroboram a afirmação de Severino (2008, p. 28): “o arraigado regime tradicional de

atribuição de notas e seu decorrente ranqueamento consolida essa percepção mensurante da avaliação".

A prática pedagógica ocorre em diferentes espaços (sala de aula, laboratórios etc.) e, neste trabalho, elencamos o campo de estágio e seus protagonistas como sujeitos de estudo. Assim, especificamente nesta categoria que ora analisamos, sobre a avaliação da aprendizagem durante a realização do estágio, Marget e Cardoso (2009, p. 718) alertam:

> A partir das suas percepções, vivências e representações, o educando é levado à compreensão, à reelaboração, à tomada de decisões e à adoção de uma linguagem progressivamente científica. Isto significa que os educandos trazem para o espaço acadêmico um conjunto de ideias, preconceitos, representações, disposições emocionais e afetivas e modos de ação próprios.

Neste contexto, conhecer o campo de estágio no qual atua, ou atuará, o conjunto de elementos, acontecimentos, fatores e/ou processos diversos que ocorrem naquele cenário pode desenvolver no estudante/estagiário um sentimento positivo em relação às práticas que deverá executar.

Em virtude dessa diversidade, o papel da avaliação no ensino superior se torna tão complexo. Quando o estudante explicita que se sente bem avaliado, avaliado superficialmente ou mal avaliado para o exercício profissional, sobre qual tipo ou concepção de avaliação ele se refere?

Para Dias Sobrinho (2005, p. 15):

> Toda avaliação opera com valores, nenhuma avaliação é desinteressada e livre de referências valorativas dos distintos grupos sociais. Toda avaliação se funda em alguns princípios, está de acordo com determinadas visões de mundo e busca produzir certos efeitos, ainda que esses pontos de partida, ideologias e objetivos nem sempre estejam claramente explicitados.

Entretanto, o autor deixa claro que complexidade não significa complicação. Os procedimentos podem ser simples, como explica Dias Sobrinho (2005), sem produzir reducionismos, complexidades ou desconsiderar as redes de significados dos fenômenos humanos. Ao contrário, eles precisam estar integrados ao plano curricular do curso de graduação, conforme corrobora Zabalza (2014, p. 276).

> O estágio constitui um elemento-chave na formação universitária porque permite uma integração mais plena entre saberes acadêmicos e aprendizagem em contextos profissionais reais. Por essa razão, as

> universidades deveriam contar com um modelo educativo compromissado com uma formação equilibrada entre o desenvolvimento científico, o pessoal e o profissional de seus estudantes, atribuindo nele um importante papel ao estágio.

Ao se autoavaliarem nos quesitos que elencamos no questionário, alguns estudantes parecem expor um déficit em relação à compreensão dos objetivos tanto do estágio quanto da avaliação que é realizada.

8.4 AVALIAÇÃO E RETORNO DA PRÁTICA DURANTE O ESTÁGIO OBRIGATÓRIO: AS COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS

O questionário apresentado aos estudantes/estagiários propôs uma questão que exigia deles a consideração quanto à frequência com que algumas competências e habilidades pertinentes ao perfil profissional eram avaliadas durante o período de realização do estágio obrigatório, independentemente do local, se nos hospitais universitários ou nas unidades básicas de saúde. Com as respostas, produzimos o QUADRO 12:

QUADRO 12 - PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES QUANTO A FREQUÊNCIA DA AVALIAÇÃO DE ALGUMAS HABLIDADES E COMPETÊNCIAS DO PROFISSIONAL MÉDICO

COMPETÊNCIAS E HABILIDADES	CLASSIFICAÇÃO E FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS				TOTAL
	Sempre	**Às vezes**	**Nunca**	**Resposta em branco**	
Habilidades motoras finas.	1	47	20	3	71
Atitudes adequadas a assistência aos pacientes	18	45	6	2	71
Comunicação verbal adequada	18	36	15	2	71
Inteligência emocional	8	18	42	3	71
Conhecimento teórico	21	43	4	3	71
Comportamento ético e moral	17	38	13	3	71

Fonte: A autora (2015).

Analisando as respostas que os estudantes/estagiários apresentaram, percebemos certa discrepância quanto à percepção da avaliação de algumas

competências e habilidades durante o estágio, descritas no documento da IES da qual fazem parte.

Entre os 71 estudantes que responderam ao questionário, dependendo da competência e da habilidade, como percebemos no QUADRO 12, há variância entre aqueles que consideram que sempre são avaliados, que às vezes são avaliados e um baixo porcentual que considera que nunca são avaliados.

Das competências relacionadas, o que se destacou foi a resposta de apenas um estudante/estagiário, que considerou que as habilidades motoras finas são sempre avaliadas durante a prática do estágio, divergindo dos outros 47 estudantes que responderam que, “às vezes”, são avaliadas.

Assim, a partir desses dados, construímos a categoria de análise:

AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS E HABILIDADES DURANTE A REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO

Como percebemos na análise das categorias anteriores, os estudantes questionam a metodologia de avaliação empregada para a obtenção do escore (nota) que lhe é atribuído ao final do estágio.

Recorremos novamente à inferência (BARDIN, 1977) para indagar por que as respostas dos estudantes são díspares, uma vez que o avaliador, via de regra, utiliza a mesma ferramenta para avaliar tais competências e habilidades exigidas para o exercício do profissional médico no campo de estágio. De acordo com Bardin (1977, p. 43), “qualquer análise objetiva procura fundamentar impressões de juízos intuitivos, através de operações conducentes a resultados de confiança”. Dessa forma, podemos afirmar que a avaliação do processo ensino-aprendizagem está sujeito à interferência dos conhecimentos daquele que avalia e aos objetivos estabelecidos previamente no plano curricular.

Segundo Dias Sobrinho (2005, p. 17):

> A complexidade da avaliação inscreve-se num campo de conflitos e de contradições, como tudo o mais que é social e político. Não há consensos sobre o tipo de sociedade desejada, sequer há consenso sobre a educação superior, porque os valores sociais são contraditórios e os interesses mercantis são competitivos entre si. Consequentemente, quando se ultrapassa a mera questão técnica, não pode haver consenso absoluto no campo da avaliação, apenas entendimentos relativos.

Podemos considerar então que a avaliação das competências não deixa claro se é o posicionamento verbal do professor/avaliador sobre os comportamentos do estudante/estagiário, um conceito como apto ou não apto (conceito qualitativo) ou um conceito valorativo (quantitativo) que desejam os estudantes dos seus avaliadores. Dessa feita, parece-nos que os estudantes desconhecem o significado dos conceitos de habilidades e competências e como são os procedimentos da sua avaliação.

Para Marinho-Araújo e Rabelo (2015, p. 447):

> O processo de avaliação educacional apresenta múltiplos sentidos, produzidos na interdependência entre a aprendizagem de conhecimentos e o desenvolvimento de competências, influenciando a constituição da subjetividade dos atores nos processos educativos.

É nesse espaço que deve ocorrer a interlocução entre os conhecimentos a serem apropriados pelos sujeitos em seu processo de formação profissional e as possíveis competências que poderão ser mobilizadas e que oportunizarão o processo de avaliação.

Como demonstramos neste trabalho, as mudanças pedagógicas realizadas nas últimas décadas nas estruturas curriculares do ensino básico ao ensino superior, neste último com as Diretrizes Curriculares Nacionais, “vêm sinalizando a necessidade de a investigação educacional pautar-se nos indicadores da trajetória de formação educativa, expressa em competências, habilidades, conhecimentos e saberes fundamentais” (MARINHO-ARAÚJO e RABELO, 2015, p. 447).

Marinho-Araújo e Rabelo alertam que diversos autores em suas áreas de conhecimento vêm debatendo as proximidades e distanciamentos, além do consenso sobre o conceito de competências e habilidades (PERRENOUD, 2000a; ROPÉ, 1997; RAMOS, 2001; DEMO, 2012). No que se refere ao conceito de competências, é importante considerar que não se trata apenas de um conjunto de capacidades, reduzindo seu desenvolvimento ou mobilização a um mero treinamento técnico para o exercício ou ação profissional (MARINHO-ARAÚJO e RABELO, 2015).

> Compreender a noção de competência em uma dimensão ampla, contemplando não só os aspectos racionais, cognitivos ou mentais, mas também processos intersubjetivos, afetivos, socioculturais, torna-se premente em um cenário no qual as subjetividades perpassam processos

> educativos e por eles são transformados (MARINHO-ARAÚJO e RABELO, 2015, p. 448).

Portanto, aprender a identificar, mobilizar, gerenciar e utilizar esse conjunto de recursos associados a habilidades do futuro profissional oportuniza ao estudante utilizá-las como ferramentas em sua prática. Articular o conhecimento adquirido nos diversos cenários educacionais com a mobilização das competências exige do estudante tempo para desenvolver e poder aplicá-las nas ações que sua profissão exige.

Por outro lado, o desafio de avaliar as competências dos estudantes durante a realização do estágio também exige do avaliador que reveja seus conceitos da prática avaliativa quanto ao processo ensino-aprendizagem.

O estudo realizado por Gontijo, Alvim, Megale, Melo e Lima (2013), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, apresentou a proposta de uma matriz de competências essenciais para a avaliação de desempenho de estudantes de medicina. Os autores afirmam que “a função de uma matriz de competências é expressar os consensos coletivos acerca do que é imprescindível e o conteúdo que nenhum estudante deverá deixar de saber ao se formar” (GONTIJO et al., 2013, p. 527).

A fundamentação teórica do estudo se pautou em autores que tratam o homem imerso em sua cultura, nas suas experiências construídas histórica e coletivamente, assim como nas práticas sociais, entre eles estão Vygotsky[49] (2007, 2008), Bakthtin[50] (2003), Le Boterf[51] (2003), Perrenoud[52] (2002).

A matriz de competências foi avaliada e aprovada por 112 docentes, tanto do ciclo básico quanto do ciclo profissionalizante do curso de medicina da UFMG, e pela totalidade dos coordenadores das 52 disciplinas obrigatórias. “Os domínios foram divididos em 28 subdomínios, para os quais foram elaborados 204 detalhamentos que compreendem as competências a serem perseguidas durante o curso de medicina da UFMG” (GONTIJO, 2013, p. 532).

---

[49] VYGOTSKY, L. S. **Formação social da mente**. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007; VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
[50] BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal**. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
[51] LE BOTERF, G. **Desenvolvendo competência dos profissionais**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
[52] PERRENOUD, P. **A prática reflexiva no ofício de professor**: profissionalização e razão pedagógica. Porto Alegre: Artmed, 2002.

Em sua versão final, Gontijo e colaboradores (2013, p. 532-536) apresentaram a seguinte matriz composta por seis grandes domínios: 1) profissionalismo: conjunto de valores, comportamentos e responsabilidades mobilizados no cotidiano da atenção à saúde e das relações profissionais; 2) relacionamento interpessoal e comunicação: aprimoramento das relações interpessoais pautadas no diálogo e empatia, utilizando comunicação verbal, não verbal e escrita que resulta na compreensão da informação para a integração entre pessoas e a resolução de conflitos; 3) atenção integral à saúde da pessoa: visão ampliada de saúde das pessoas e da interação que elas estabelecem com seu meio; está centrada no cuidado das necessidades pessoais familiares e coletivas e na atenção voltada para aspectos afetivos, biológicos, ambientais e socioculturais; pressupõe a integridade que perpassa outros domínios; 4) gestão do conhecimento: competência de analisar de forma crítica a própria vivência, buscar novas informações e apropriar-se delas, visando o aperfeiçoamento continuado da prática profissional; 5) organização de sistemas de saúde e atenção em saúde pública: abordagem integral do processo saúde-doença na população alinhada às políticas públicas de atenção e gestão da assistência; e 6) conhecimento médico: conteúdos biológicos, psicológicos e sociais que fundamentam e organizam a formação médica. Compreende desde a interpretação até a aplicação do conhecimento científico e outros saberes na área da saúde para resolução de problemas.

Em que pese a matriz para a avaliação das competências propostas pelos docentes da UFMG parecer completa, os programas das universidades internacionais recomendam que as instituições de ensino superior que têm seus currículos baseados em competências possuam sistemas de avaliação acreditados pelo Next Accreditation System (NAS) a cada seis meses (RILEY e RILEY, 2017) (WEISS, BAGIAN, NASCA, 2013), tanto para graduandos quanto para médicos residentes.

Portanto, a avaliação deve ser discutida amplamente pelos agentes envolvidos no processo de formação profissional e ser considerada uma atitude de responsabilidade da instituição de ensino que estrutura os programas de graduação (CAVALCANTE e MELLO, 2015).

Segundo Luckesi (2011, p. 278), o primeiro passo para o diagnóstico do processo avaliativo é a “configuração do seu objeto de estudo, o que implica na sua descrição, tendo por base suas propriedades físicas”. Nesse caso, corresponde a

tudo o que estamos investigando: os estudantes e suas competências cognitivas, o local de estágio e seus recursos humanos e tecnológicos, sendo esses os aspectos que permitem ao professor proceder a observação e coletar os dados pertinentes com a finalidade de intervir sobre eles.

Assim, após a exposição acerca da importância da compreensão sobre o que são e como são avaliadas as competências e habilidades descritas nas DCN para os cursos de graduação na área de saúde, percebermos que nem sempre há o entendimento sobre ela pelos sujeitos envolvidos durante o processo de formação acadêmica e na prática do estágio obrigatório. O discurso a seguir corrobora nossa análise.

> O campo da formação em Saúde engloba aspectos de produção de subjetividade, presença e raciocínio crítico investigativo, e de desenvolvimento de habilidades técnicas indispensáveis à capacidade de dar acolhimento e atenção às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas. Nesse sentido, a avaliação se constitui importante elemento para saber como os alunos se sentem diante das escolhas feitas, à medida que estes se deparam com situações práticas que exigem formação profissional orientada para a integralidade do cuidado em saúde (CAVALCANTE e MELLO, 2015, p. 427).

Considerando que, a mobilização da competência profissional é avaliada de maneira subjetiva fica a cargo daquele que avalia compreender os momentos em que os estudantes as demonstram.

Como complemento das informações dessa questão, foram feitas outras duas perguntas. A primeira delas relacionada à necessidade de receber do professor/supervisor um retorno (opinião) sobre seu desempenho durante ou após a realização do estágio; a segunda pergunta indagava se o estudante/estagiário considerava importante que, na ficha de avaliação, houvesse um espaço para sua auto avaliação.

As respostas para a primeira questão estão categorizadas no Quadro 12 e as respostas para a segunda pergunta, no QUADRO 13 e a segunda no QUADRO 14

QUADRO 13 - PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES EM RELAÇÃO A DEVOLUTIVA DE SEU DESEMPENHO DURANTE OU APÓS A REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO

CLASSIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS	FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS
1 – Não há retorno do seu desempenho	29
2 – É feita através de notas (provas, seminários etc.	21
3 – É realizada de maneira indireta ou superficial	4
4 – Retorno realizado direto com o professor ou com o médico residente	10
5 – Raramente recebe retorno do seu desempenho	1
6 – Não souberam responder à questão	4
7 – Respostas em branco	2
TOTAL	71

Fonte: A autora (2015)

QUADRO 14 - PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES QUANTO A NECESSIDADE DE HAVER UM ESPAÇO NA FICHA DE AVALIAÇÃO PARA EXPOR SUAS CONSIDERAÇÕES SOBRE SI OU SOBRE O ESTÁGIO

CLASSIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS	FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS
1 – Necessário para descrever as dificuldades e impressões positivas e negativas sobre o estágio.	6
2 – Necessário para dar e receber um retorno sobre o estágio e assim poder contribuir para a melhoria do mesmo.	11
3 – Necessário para refletir sobre o seu desempenho profissional.	20
4 – Com a finalidade de contribuir para a melhora do processo ensino-aprendizagem.	17
5 – Necessário, sem justificar sua escolha	10
6 – Desnecessário, pois a avaliação é muito subjetiva, e realizada após a atividade não seria eficaz.	6
7 – Resposta em branco.	1
TOTAL	71

Fonte: A autora (2015).

Decidimos conjugar os QUADROS 13 e 14, cujas respostas apresentadas se entrecruzam. Dessa forma construímos a seguinte categoria de análise:

NECESSIDADE DE RETORNO AOS ESTUDANTES/ESTAGIÁRIOS DAS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS DURANTE A REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO.

Quando analisamos as expressões usadas pelos estudantes do curso de medicina, identificamos que 29 deles expuseram a necessidade de receber um retorno quanto à sua prática profissional durante a realização do estágio, ficando evidente que o ato de avaliar pressupõe o acompanhamento da ação discente. O que, de acordo com Luckesi (2011, p. 277), "implica dois processos articulados e indissociáveis: 1) diagnosticar o processo ensino-aprendizagem e 2) se necessário intervir, tendo em vista a melhoria dos resultados".

> Avaliar é diagnosticar, e diagnosticar, no caso da avaliação é o processo de qualificar a realidade por meio da sua descrição, com base em dados relevantes, e a seguir, pela qualificação que é obtida pela comparação da realidade descrita com um critério, assumindo com a qualidade desejada. (LUCKESI, 2011, p. 277).

O retorno por meio de notas (quantitativamente) parece não ser suficiente para o estudante reavaliar sua prática, mesmo quando é realizado de maneira direta ou indireta, durante as aulas práticas em laboratório ou com pacientes simulados, por exemplo, e/ou com médicos residentes, como sinalizaram alguns estudantes. A solicitação dos estudantes/estagiários, compreendemos, se refere ao que o professor/supervisor observou durante sua prática no campo de estágio objetivamente.

Embora tenhamos sugerido que a avaliação das competências e habilidades seja realizada de maneira subjetiva, dessa forma qualificando a prática profissional, os estudantes/estagiários não a percebem como tal. Na análise que efetuamos, tanto do instrumento de avaliação contido no plano curricular do curso de medicina pesquisado quanto das exposições escritas pelos estudantes, identificamos a necessidade que o estudante sente de receber diretamente daquele que o avalia um retorno sobre seu papel de futuro profissional médico.

Segundo Dias Sobrinho (2005, p. 31):

> Os processos de reflexão, crítica e discussões coletivos são um exercício de aprofundamento da autonomia cidadã e institucional. Por outro lado, nenhuma transformação consistente e duradoura pode haver em educação se simplesmente vier impulsionada por dispositivos legais e burocráticos e não contar com a adesão e o comprometimento dos sujeitos concernidos para a solução dos problemas que lhes dizem respeito.

O autor se refere também à avaliação das instituições de ensino, uma vez que essas estão solidamente comprometidas com as mudanças qualitativas do processo de ensino que desejam ofertar à sociedade (DIAS SOBRINHO, 2005).

Quando os estudantes expõem sua percepção em relação às vivências durante a realização do estágio, independentemente do campo de atuação, seja hospital ou unidade básica de saúde, se referem ao que buscam oferecer à comunidade. O que corrobora a análise de Dias Sobrinho (2005, p. 33).

> [...] a avaliação participativa é, em vários sentidos, um importante instrumento de articulação. Ela é um processo relacional que articula o corpo social, as diversas funções, dimensões e estruturas institucionais, os meios e os fins, os instrumentos e os momentos, etc. Como atitude heurística, a avaliação busca compreender, por meio de aproximações, a totalidade de uma instituição. Não que o todo institucional vá se desvelar com toda a clareza e em plenitude àqueles que participam da avaliação. O que se espera é produzir alguns conhecimentos e julgamentos sobre as diversas dimensões – corpo social, ensino, pesquisa, extensão, infraestrutura, gestão, relações com a sociedade, projetos e realizações, etc. –, não isoladamente, mas articuladamente.

Portanto, a ideia é construir uma imagem diferenciada de uma instituição de ensino superior ou de um curso de graduação, uma vez que essa se fundamenta no ensino, na pesquisa e na extensão. Solicitar um espaço para “falar” parece ser, para o estudante/estagiário, o momento da sua avaliação em relação às críticas do processo de formação, que incluem dimensões técnico-científicas, éticas, políticas, de relações interpessoais etc.

Quanto à necessidade de se posicionarem sobre sua prática, ou dificuldades encontradas durante a realização da prática profissional, os estudantes sinalizaram que desejariam ser “ouvidos”, que poderiam contribuir para a melhoria tanto do campo de estágio como da própria prática do processo de ensino-aprendizagem, não com o intuito de apontar erros, mas de corrigi-los para futuros grupos de estudantes. A participação do estudante como agente desse processo é

fundamental para que, efetivamente, a avaliação cumpra seu papel, como os autores citados apontaram.

Diante do que foi manifestado pelos estudantes, dispor de um espaço para expor suas dificuldades corrobora a proposta de Luckesi (2011), que percebe os instrumentos de avaliação como instrumentos de coleta de dados para proceder a avaliação. Para o autor:

> Muitos dados (fatos) estão presentes na vivência de um educando dentro da escola, mas podem não ser relevantes para o que estamos querendo avaliar. [...] para a prática da avaliação da aprendizagem, deverão ser coletados dados significativos que lhe sejam essenciais, relevantes, significativos (LUCKESI, 2011, p. 281).

Assim, ter clareza acerca da teoria que orienta a prática pedagógica e, por conseguinte, da avaliação influi positivamente para o ato de avaliar. Sem a teoria, tanto a coleta dos dados quanto sua interpretação podem levar ao erro, acreditando-se numa realidade que não existe.

A avaliação no espaço de sala de aula ou em outro contexto – neste caso, no ambiente de estágio – pressupõe um processo que se desenvolve em longo prazo. É também um espaço democrático, onde todos devem e podem expor suas ideias. Isso significa dar “voz” aos agentes participantes desse processo, dar e receber um retorno, para que haja mudanças efetivas nos sujeitos envolvidos.

Tendo em vista a exposição de alguns estudantes/estagiários que afirmam desconhecer as metodologias de avaliação que são empregadas durante e/ou após a realização do estágio, pois apenas recebem a nota indiretamente, através da secretaria do curso ou via portal do aluno da IES, concordamos com Severino (2008, p. 29-30), quando o autor afirma que:

> O professor pode recorrer a todas as modalidades de tarefas já consagradas no trabalho pedagógico: trabalhos escritos, exercícios de reflexão, relatórios de leitura, elaboração de resumos, resenhas, relatórios de pesquisa de diversas naturezas, seminários, provas, etc. levando em conta as circunstâncias das turmas. O fundamental é que estas tarefas tenham consistência e coerência, ensejem a análise precisa, a reflexão crítica e a criatividade, privilegiem o exercício da inteligência mais que da memória, seja exequíveis para o tempo disponível. E que, uma vez realizadas e relatadas pelos alunos, devem ser efetivamente avaliadas, com retorno formal dos resultados, com as necessárias justificativas dos mesmos. Este retorno com esclarecimento do porque do resultado é fundamental para dar à avaliação seu significado pedagógico, tirando dela sua conotação de mero exercício de poder.

Tanto Luckesi (2011) quanto Zabalza (2008) descrevem detalhadamente como coletar os dados para uma efetiva avaliação, mas alertam que sua acreditação depende do cenário no qual se desenvolve o processo educacional. Por isso, não vamos nos deter em descrevê-los, pois os ambientes nos quais os estágios obrigatórios se desenvolvem possuem características singulares e um modo de ação são se aplicaria a outro.

> Ao se referir à educação, portanto, à elevação da condição humana e à construção da sociedade, a avaliação há que ser democrática. Deve ser uma prática coletiva, amplamente participativa e plural – inserida nos processos de construção da comunidade educativa – e envolver, como responsáveis, todos os sujeitos da educação. Nesse sentido, a avaliação assume-se como processo de construção de sujeitos críticos e ativos, mas também conscientes dos limites da vida social. Essa pode ser outra maneira de dizer que a avaliação tem um papel ético-político e contribui para a construção da autonomia e da cidadania (DIAS SOBRINHO, 2015, p. 37).

Por conseguinte, o ato de avaliar, compreendido nesta categoria como “dar um retorno” (ou feedback), deve ser um ato pedagógico e ser conduzido de forma que respeite os direitos dos sujeitos e viabilize sua formação como profissionais e como cidadãos, auxiliando também no desenvolvimento e na melhoria do espaço em que se desenvolve o processo ensino-aprendizagem.

CONCLUSÃO

Ao longo do diálogo que travamos sobre os conceitos aqui expostos, pudemos desenvolver um estudo com a finalidade de compreendermos a percepção de estudantes/estagiários em relação ao processo de avaliação do estágio obrigatório que cumprem no nono período do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino na cidade de Curitiba/PR, no âmbito das reformas educacionais no ensino superior e no cenário em que elas se desenvolvem.

O estágio curricular obrigatório, objeto deste trabalho, consiste em um conjunto de funções mais amplas e vinculadas ao processo de formação e aprendizagem dos estudantes, uma vez que prioriza a reflexão sobre a experiência pessoal e a autoavaliação, atuando em um contexto profissional real, como é caso das carreiras de Ciências Sociais e da Saúde.

Os sujeitos da pesquisa demonstram muito boa compreensão do sentido do estágio obrigatório para sua formação profissional. Ao serem questionados acerca do que julgavam relevante, além do que estava exposto no questionário, os estudantes apontaram para questões já tratadas teoricamente inclusive por Zabalza (2014), quando este refere o papel do estágio curricular como sendo o de inserir os estudantes em cenários reais de trabalho, oferecer a oportunidade de enfrentar situações complexas, cuja universidade não tenha desenvolvido com eles em sala de aula. Possibilita também, que o estudante estabeleça ajustes progressivos entre as suas expectativas, atitudes e comportamentos habituais no mundo do trabalho. Portanto, o estudante agora estagiário passa a compreender o seu papel de agente promotor de uma possível mudança, no âmbito acadêmico, social, cultural e em outras esferas da sociedade.

A Lei n°11.788/2008 que regulamenta o estágio no Brasil, possibilita às IES a prerrogativa de estabelecerem suas próprias normas e regulamentos, desde que os mesmos sejam claros e com critérios para a sua realização e avaliação. No curso de medicina da IES pesquisada, as normas para a prática e a avaliação do estágio, encontram-se descritas em um documento que apresentamos no Capítulo 6. Nele encontram-se os dados de identificação do aluno, e no verso do mesmo as competências que devem ser mobilizadas e posteriormente avaliadas, no contexto de realização do estágio. A “nota” do estudante que realiza o estágio, resulta das avaliações quantitativas somadas a avaliação qualitativa da prática durante o estágio

curricular.

A despeito da existência desta ficha, nos chamou a atenção que alguns dos estudantes/estagiários disseram, no questionário, desconhecer a existência da mesma além de declarar que, não sabem como são avaliados durante o estágio.

Os dados obtidos nesta pesquisa, permitem afirmar que os estudantes/estagiários, consideram a avaliação do estágio: a) necessária, ou b) necessária, porém incompleta. Essa avaliação dos estudantes nos leva a analisar que ainda que entenda e concordem que devem realizar o estágio dado que é tido como um momento especial para aplicar seus conhecimentos, mobilizar suas competências, e aprimorar suas habilidades, não sentem ocorrer o que do estágio esperariam. Mediante suas respostas, o que fica explícito é que há um descompasso entre o que imaginariam que fosse ocorrer no decurso do acompanhamento e avaliação do estágio - também preconizado pelo Plano Curricular da IES da qual fazem parte - e expresso no documento que orienta os professores nos procedimentos para que a avaliação se efetiva (ou não se efetiva, melhor dizendo) na práxis.

Uma das evidências sobre a falta de avaliação que pudesse lhes proporcionar maior segurança profissional futura, reside, segundo eles, no fato de receberem uma avaliação quantitativa mas também um acompanhamento de natureza qualitativa.

O currículo da IES pesquisada está centrado na avaliação das competências dos estudantes descritas nas DCN.

O desvelamento da noção de competência nos levou a refletir sobre a necessidade da conscientização deste processo no âmbito educacional, visto que a análise dos dados oferecidos nas respostas dos questionários demonstrou a falta de clareza sobre tal noção e as possíveis formas de avaliá-las durante a prática profissional no estágio curricular.

As categorias de análise que desenvolvemos a partir dos dados obtidos mediante a aplicação do questionário nos mostraram ainda, que a dificuldade em compreender como se processa a avaliação pode surgir da ausência de espaços para discussões sobre as demandas dos estudantes não apenas no que se refere à mobilização das competências, mas também sobre o processo avaliativo com os agentes envolvidos no processo ensino-aprendizagem nos Cursos de Graduação.

Embora algumas IES tenham promovido debates sobre a reforma educacional, notamos que há muito assunto sobre os sistemas de avaliações,

reforma educacional, políticas educacionais, reformas curriculares entre outros, a serem discutidos. E que essa discussão envolve toda a comunidade acadêmica, além da sociedade.

A reforma educacional no campo do ensino médico em curso no Brasil incorporou a noção de competência. O Governo Federal, ao conceder a autonomia aos sistemas de ensino e delegar aos Estados e Municípios da Federação a responsabilidade de administrar esses sistemas, permite assim, a efetivação da reforma curricular dentro da legislação vigente. Portanto, refletir coletivamente no curso sobre o que se pretende com a pedagogia das competências parece subsistir como sugestão a partir deste trabalho, para a IES estudada.

Este contexto aponta para a necessidade de se refletir ainda mais sobre as políticas impostas à educação pelo Estado. Embora não tratadas com profundidade neste estudo, entendemos que essas questões são fundamentais para se alcançar à conscientização que abordamos anteriormente.

Ainda sobre as categorias que analisamos, categorias emergentes das respostas ao questionário aplicado, os resultados sugerem que outros estudos em relação à prática pedagógica frente ao processo de mudanças que atingem o Ensino Superior, tanto no âmbito sócio-cultural, econômico, tecnológico, as políticas públicas, etc. e que refletem nas metodologias de avaliação utilizadas no cenário educativo sejam objeto de estudos futuramente.

Dessa forma, questionar a viabilização do currículo construído a partir da Pedagogia das Competências no Ensino Médico, e de que forma os agentes educacionais desenvolverão um novo currículo e como procederão a avaliação, e ainda, de que forma haverá um esclarecimento sobre o real significado da noção de competência na reforma educacional, são alguns dos caminhos a serem trilhados.

Durante o processo de coleta dos dados, com a aplicação e análise dos questionários nos estudantes/estagiários, percebemos a disponibilidade, motivação e principalmente a necessidade da mudança, por um ensino cada vez melhor, não apenas para si mas para futuros estudantes.

Os estudantes/estagiários demostraram interesse pelo tema e a preocupação em esclarecer suas dúvidas sobre seus conhecimentos, e muito mais sobre a realidade que o espera após formados. Aqui, concordamos com Zabalza (2014, p. 114) quando afirma que, “a questão moral que subjaz às questões que analisamos é que o estágio possui uma capacidade formativa que vai muito além do

mero *training* (formação) pré-profissional". O estágio traz em seu bojo um encontro: entre o estudante e a realidade. E este encontro pode impactar o estudante e gerar certo nível de ansiedade e questionamentos sobre o grau de seus conhecimentos, analisar se possui segurança suficiente para as responsabilidades que o serviço lhe exigirá, se poderá contar com o auxílio de outros profissionais da área de formação, se saberá resolver problemas complexos, entre outros.

Ao conhecer a percepção dos estudantes quanto a estas necessidades, a IES pode propor meios para a discussão destas sensações para que o estudante desenvolva gradativamente a segurança que tanto almeja, conforme percebemos na leitura e análise das respostas do questionário, pela presença física do professor ou preceptor, além outros agentes de saúde, como médicos residentes no serviço no qual realiza o estágio obrigatório.

Cremos que estando o currículo da IES pesquisada em processo de reformulação, este trabalho pode servir como um referencial para que os agentes envolvidos neste processo repensem as formas de compreensão que têm sobre o estágio e o estudante/estagiário. Entendemos, outrossim, que a ideia de envolver os estudantes no processo de reformulação mediante avaliações como a efetivada nesta pesquisa possa contribuir com o processo de reestruturação curricular.

O objetivo deste trabalho não foi desenvolver um "modelo ideal de avaliação do estágio obrigatório", mas apresentar a percepção dos alunos sobre as metodologias de avaliação que lhes são aplicadas, assim como dados referenciais que apontam para **um instrumento que de fato sirva como um meio de coleta de dados para posteriormente proceder a avaliação, inerente a qualquer atividade profissional e de qualquer curso de graduação**, e não como mero instrumento gerador de nota, ou seja quantitativamente.

É preciso compreender que os estudantes explicitaram a necessidade da permanência física mais efetiva do professor/supervisor/preceptor para se sentirem mais confiantes em seu processo de formação como futuros médicos. Temos clareza que nem sempre esta solicitação será contemplada pelo formato de distribuição dos estudantes nos campos de realização de estágio e pelo número de alunos que compõe cada grupo, e ainda pela supervisão ser de forma direta e indireta.

Como consequência desta pesquisa, entendemos que seria interessante que outras pudessem também buscar dados acerca dos demais estágios e da percepção

dos professores/preceptores, permitindo uma visão de caráter mais global do curso com o objetivo sempre presente e necessário de aprimoramento da formação, do atendimento e da produção de conhecimento novo, fins precípuos das Instituições de Ensino Superior.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26 (12): 2234-2249, dez, 2010**. Download. Disponível em: < https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/2430/1/repost2010.8.pdf> Acesso em: 27 jan. 2017.

ALMEIDA, J. M. de. Ensino médico e o perfil profissional de saúde para o século XXI. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. 4, fev, 123 – 132, 1999a. Download. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/icse/v3n4/10.pdf> Acesso em: 10/05/2013.

_____. **Educação médica e saúde**: possibilidades de mudança. Londrina: ed. UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999b.

ALMEIDA, J. M. de; CAMPOS, J. J. B. de; TURINI, B.; NICOLETTO, S. C. S.; PEREIRA, L. A.; REZENDE, L. R.; MELLO, P.L. de. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em medicina no Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica.** 31 (2), 156-165, 2007. Download. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n2/05.pdf> Acesso em: 10/05/2013.

ALMEIDA, M. I. de; PIMENTA, S. G. (orgs.). **Estágios supervisionados na formação docente**: educação de jovens e adultos. São Paulo: Cortez, 2014.

ALVES, R. **O médico**. Campinas, São Paulo: Papirus, 2002.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2000
ANGERAMI-CAMON, V. A. **Urgências psicológicas no hospital** (org.). São Paulo: Pioneira, 1998.

AMARAL, E.; DOMINGUES, R. C. L,; ZEFERINO, A. M. B. Avaliando competência clínica: o Método de Avaliação Estruturada Observacional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 31 (3): 287-290, 2007.

APPLE, M. W. **Política cultural e educação**. Tradução: Maria José do Amaral Ferreira. São Paulo: Cortez. 2000.

BANCO MUNDIAL. **La Enseñansa Superior**: las leciones derivadas de la experiência. Washington, 1995.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: EDIÇÕES 70, 1977.

BARRETO. V. H. L.; De MARCO, M. A. Visão de preceptores sobre o processo ensino-aprendizagem no Internato. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 38 (3); p. 94-102, 2014.

BILLETT, S. & CATE O dez. Competency-based medical education: origins, perspectives and potentialities. **2014 John Wiley & Sons Ltd. MEDICAL EDUCATION 2014; 48: 325-332**. Disponível em: < http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/medu.12355/full> Acesso em: 27 jan 2017

BIREME, **Portal de Revistas Científicas da Área da Saúde**. Disponível em: < http://portal.revistas.bvs.br/?lang=pt > Acesso em: 11 fev. 2017.

BRASIL, Casa Civil da Presidência da República. Brasília, DF. **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. Atualizada. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 6 fev. 2017.

_____, Casa Civil da Presidência da República. Brasília, DF**. Decreto n. 2.026 de 10 de outubro de 1996**. Estabelece procedimentos para o processo e avaliação dos cursos e instituições de ensino superior. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D2026.htm>. Acesso em 9 fev 2017.

_____, Casa Civil da Presidência da República. Brasília, DF**. Decreto de 20 de outubro de 2003**. Institui Grupo de Trabalho Interministerial encarregado de analisar a situação atual e apresentar plano de ação visando a reestruturação, desenvolvimento e democratização das Instituições Federais de Ensino Superior - IFES. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/dnn/2003/dnn9998.htm>. Acesso em 9 fev 2017.

_____,Casa Civil da Presidência da República. Brasília, DF. **Lei n. 5540 de 28 de novembro de 1968**. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5540compilada.htm>. Acesso em: 9 fev. 2017.

_____,Casa Civil da Presidência da República. Brasília, DF. **Lei n. 9.131/95 de 24 de novembro de 1995**. Altera dispositivos da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e dá outras providências. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9131.htm. Acesso em: 9 fev. 2017.

_____, Casa Civil da Presidência da República. Brasília, DF. **Lei n. 10.861 de 14 de abril de 2004**. Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES e dá outras providências. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.861.htm>. Acesso em: 9 fev. 2017.

_____, Casa Civil da Presidência da República. Brasília, DF. **Decreto n. 6.096, de 24 de abril de 2007**. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - **REUNI**. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm>. Acesso em: 9 fev. 2017.

_____, Casa Civil da Presidência da República. Brasília, DF. **Emenda Constitucional n. 53 de 19 de dezembro de 2006**. Dá nova redação aos arts. 7º, 23, 30, 206, 208, 211 e 212 da Constituição Federal e ao art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc53.htm>. Acesso em: 9 fev. 2017.

_____, Casa Civil da Presidência da República. Brasília, DF. 2008. **Lei n. 11.788/ 08**, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis nºs 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º da Medida Provisória nº 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm>. Acesso em: 20 fev. 2017.

_____, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Brasília, DF. **Lei n° 9.394/ 96, de 20 de dezembro de 1996**. Institui a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Curitiba: UFPR/ PROGRAD, 1997.

_____, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Brasília, DF. 2004. Portal Oficial das **Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação**. Disponível em: < http://portal.mec.gov.br/mais-educacao/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao> Acesso em: 01 fev. 2017.

_____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Brasília, DF. 2014. **Parecer CNE/CES N°: 116/ 2014**. Aprovado em: 3/4/2014. Disponível em: < http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&category_slug=abril-2014-pdf&Itemid=30192> Acesso em: 01 fev. 2017.

_____, Portal Câmara dos Deputados. Brasília, DF. **Lei n° 9.394/ 96, de 20 de dezembro de 1996.** Atualizada. Brasília, DF.2017a. Disponível em: < http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9394-20-dezembro-1996-362578-norma-pl.html>. Acesso em: 18 jan. 2017.

_____, Portal Câmara dos Deputados. Brasília, DF. **Projeto de Lei n. 7200/2006, em tramitação.** Brasília, DF. 2017d. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=327390>. Acesso em: 10 fev. 2017.

_____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, Brasília, DF. **Portal Oficial do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais REUNI**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/reuni-sp-93318841>. Acesso em 9 fev 2017

_____,MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Basília, DF. 2017b. **Estudantes avaliados podem conferir gabaritos na Anasem**. Download. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/tags/tag/38131>. Acesso em: 01 fev. 2017.

_____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Basília, DF. 2017d. CAPES. **Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.** Disponível em: < http://www.capes.gov.br/>. Acesso em: 11 fev. 2017.

_____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **PARECER Nº: CNE/CES 1.133/2001**. ASSUNTO: Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Homologado e Publicado no Diário Oficial da União em 3 de outubro de 2011. Disponível em: < http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2017.

_____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. **RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001**. ASSUNTO: Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2017.

_____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **PARECER Nº: CNE/CES 116/2014**. ASSUNTO: Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina. Homologado e Publicado no Diário Oficial da União em 6 de junho de 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&category_slug=abril-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 11 fev. 2017.

_____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **PARECER Nº: CNE/CES 3, de 20 de junho de 2014**. ASSUNTO: Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 11 fev. 2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n° 189/ GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**.Política de Educação Permanente. Disponível em:< http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/legislacao> Acesso em: 20 fev. 2017.

BIANCHETTI, R. G. **Modelo neoliberal e políticas educacionais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999. 188 p. (Coleção primeiros passos, 56).

BOBBITT, F. **The Curriculum**. Disponível em: <https://archive.org/details/curriculum00bobbrich>. Acesso em 19 jan. 2017

CANDAU, V. M. (org.) **Cultura, linguagem e subjetividade no ensinar e aprender**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

CARLEIAL, L. M. da F. Política econômica, mercado de trabalho e democracia: o segundo governo Dilma Rousseff. **Estudos Avançados, 2015**. Download. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ea/v29n85/0103-4014-ea-29-85-00201.pdf >. Acesso em: 5 fev. 2017.

CASTANHO, S. Ainda avaliar? **In**: CASTANHO, S.; CASTANHO, M.E. L. M. **O que há de novo na educação superior**: do projeto pedagógico à prática transformadora. Campinas: Papirus, 2000.

DURHAM, E. Reformas do Estado e da educação superior no Brasil. In: CATANI, A. M. (org.). **Novas perspectivas nas políticas de Educação Superior na América Latina no limiar do século XXI**. Campinas, São Paulo: Autores Associados, 1998. – Coleção educação contemporânea.

CAVALCANTE, L. P. F.; MELLO, M. A. Avaliação da aprendizagem no ensino de graduação em saúde: concepções, intencionalidades, reflexões. **Avaliação**. Campinas; Sorocaba, SP, v. 20 n. 2, p. 423-442, jul.2015.

CHARTIER, R. **A história cultural**: entre práticas e representações. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 1990.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Brasília, DF, 2015. **Demografia Médica 2015**: população médica cresce mais que a geral, mas persistem desiqualdades na sua distribuição. Disponível em: < https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25867>. Acesso em: 01 fev. 2017.

CONTI, R. de C.; SOUZA, S. de S. Navergar é preciso! **In**: DE SANTINI, M. C. (org.). **Metodologias de ensino na saúde**: um enfoque na avaliação. São Pulo: Manole, 2002.

COSTA, M. C. G. da; TONHOM, S. F. da R.; FLEUR, L. N. Ensino e aprendizagem da prática profissional: perspectivas de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica, 40 (2):245-253; 2016**. Disponível em: <scielo. br/pdf/rbem/v40n2/1981-5271-rbem-40-2-0245.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2017.

COSTA, M. V. da. A noção de competência na visão do professor de ensino médio em Curitiba. **Dissertação de Mestrado**. Cusrso de Pós-Graduaçãoe, Educação. Setor de Educação. Universidade Federal do Paraná. 2001.

CRUZ, C. da S. S.; FERNANDES, de R. F.; PIMENTA; M. L. P.; OLIVEIRA, L. C de. Do pensamento clínico, segundo Foucault, ao resgate do modelo biopsicossocial: uma análise reflexiva. **Revista da Universidade do Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 11, n 1, p. 30-39, jan./jul. 2013**. Disponível em: < periódicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/974/pdf_6> Acesso em: 27 jan. 2017.

CUNHA, L. A. O ensino superior no octênio FHC. **Educ. Soc**., Campinas, vol. 24, n. 82, p 37-61, abril 2003. Download, Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/es/v24n82/a03v24n82.pdf> Acesso em: 6 fev. 2017
CUNHA, M. I. da. O bom professor e sua prática. Campinas: Papirus, 1989.

CURY, C. R. J. Formação e conhecimento: perspectivas filosóficas e sociológicas. **AVALIAÇÃO**: Revista da avaliação da Educação Superior. V. 19, n. 03 nov/ 2014, p. 603-629.

CUTOLO, L.R.A; CESA, A. I, Percepção dos alunos do Curso de Graduação em Medicina da UFSC sobre a concepção Saúde-doença das práticas curriculares.. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 32, n°4, 2003. Disponível em: < www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/154.pdf> Acesso em: 30 jan. 2017.

DE SANTINI, M. C. (org.). **Metodologias de ensino na saúde**: um enfoque na avaliação. São Pulo: Manole, 2002.

DELORS, J. (org.). **Educação**: um tesouro a descobrir. 5. ed. São Paulo: Cortez; Brasília DF: MEC: UNESCO, 2001**. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI.**

DEMO, P. **Habilidades e competências no século XXI**. 3. ed. Porto Alegre: Mediação, 2012.

DIAS SOBRINHO, J. Avaliação como instrumento da formação cidadã e do desenvolvimento da sociedade democrática: por uma ético-epistemologia. **In**: RISTOFF, D.; ALMEIDA JÚNIOR, V.de P. (orgs**.). Avaliação participativa: perspectivas e desafios**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2005. 240 p. Coleção: Educação superior em debate, v. 1).

DIAS SOBRINHO, J. Democratização, qualidade e crise da educação superior: faces da exclusão e limites da inclusão**. Educação & Sociedade**, 3 (113), p. 1223-1245. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/es/v31n113/10.pdf> Acesso em: 6 fev. 2017.

DIDRIKSSON, A. La universidad em la sociedade del conocimiento: hacia um modelo de producción y transferência de conocimientos y aprendizajes. **AVALIAÇÃO**: Revista da avaliação da Educação Superior. v. 19, n. 03 nov/ 2014, p. 549-559.

DINIZ, D.S. A. Ciência das doenças e a arte de curar: trajetórias da medicina hipocrática. Rio de Janeiro; 2006. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: < http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=6829> Acesso em: 01 fev. 2017.

DELUIZ, N. **Formação do trabalhador**: produtividade & cidadania. Rio de Janeiro: Shape, 1995.

DEMO, P. **Habilidades e competências**: no século XXI. 3. ed. Porto Alegre: Meditação, 2012.

DEFFUNE, D.; DEPRESBITERIS, L.. **Competências, habilidades e currículos da educação profissional**: crônicas e reflexões. São Paulo. Editora SENAC, 2000.

DESAULNIERS, J. B. R.. **Formação & trabalho & competência**: questões atuais. Porto Alegre: Edipucrs, 1998.

DOLL Jr, W. E. **Currículo**: uma perspectiva pós-moderna. Tradução: Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

DOMINGUES, R. C. L.; AMARAL, E.; ZEFERINO, A. M. B. Os diferentes olhares na avaliação de alunos em estágio clínico supervisionado. **Revista da Associação Médica Brasileira**. 55 (4): p 458-462, 2009.

DUTRA, J. S.; FLEURY, M. T. L.; RUAS, R. **Competências**: conceitos, métodos e experiências. 1. ed., 2. reimpr., São Paulo: Atlas, 2010.

European Quality Charter on Internships and Apprenticeschips. 2013 Desponível em: < http://www.youthforum.org/assets/2013/10/0595-10_European_Quality_Charter_Internships_Apprenticeships_FINAL.pdf.> Acesso em: 21 fev. 2017.

FERREIRA, S. Reformas na educação superior: de FHC a Dilma Rousseff (1995-2011). **Linhas Críticas**, Brasília, DF, n. 36, p. 455-472, maio/ ago. 2012.

_____. Reformas na educação superior: novas regulações e a reconfiguração da universidade. **Educação Unisinos, 2015** Download. Disponível em: < http://revistas.unisinos.br/index.php/educacao/article/viewFile/edu.2015.191.11/4578 > Acesso em: 5 fev. 2017.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec/ Rede Unida, 1998.

_____. Gestão dos processos de mudança na graduação em medicina. In: MARINS, J. J. N. (et al.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Editora Hucitec, ABEM, 2004, cap. 1, p 17-39.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Cnada –"A report to the Cranegie Foundatin for the Advancement of Teaching"**. Download. Disponível em: < file:///C:/Users/Valéria/Documents/TESE%20FASE%201/Flexner_Report.pdf> Acesso em: 27 jan. 2017.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Tradução: Roberto Machado. 7. ed. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 2015.

_____. **Microfísica do poder**. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

FRIGOTTO, G. Educação, crise do trabalho assalariado e do desenvolvimento: teorias em conflito. p. 25-54. **In**: FRIGOTTO, G. (org.) **Educação e crise no trabalho**: perspectivas de final de século. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. Coleção estudos culturais em educação.

_____. Os delírios da razão: crise do capital e metamorfose conceitual no campo educacional. **In**: GENTILI, Paplo (org). **Pedagogia da exclusão**: crítica ao neoliberalismo em educação. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1995, 303 p. (Coleção estudos culturais em educação , 2).

_____. **Educação e a crise do capitalismo real**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. Os circuitos da história e o balanço da educação no Brasil na primeira década do séculoXXI. In: **Revista Brasileira de Educação**, v. 16, n. 46, jan/ abr. 2011.

FISCHER-LESCANO, A. A troria crítica dos sistemas da Escola de Frankfurt. Tradução de: Rúrion Melo. **Novos Estudos**, n. 86, mar., p. 163-177, 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/nec/n86/n86a09.pdf> Acesso em: 14 fev. 2017.

FUNDAÇÃO CAPES. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Universidade Aberta do Brasil (UAB).** Brasília, DF. Disponível em: < http://www.capes.gov.br/uab>. Acesso em: 9 fev 2017.

GAETA, C.; MAESTRO, M. T. **O professor iniciante no ensino superior**: aprender, atuar e inovar. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2013.

GARDNER, H. **Estrutura da mente**: a teoria das Inteligências Múltiplas. Tradução: Sandra Costa. Reimpr. 1997. Porto Alegre: Artmed, 1994.

GENTILI, P. **Neoliberalismo e educação**: manual do usuário. In SILVA, Tomas Tadeu; GENTILI, Paplo (Orgs.) Escola S.A. Petrópolis: Vozes, 1997, p. 9-49.

GIROUX, H. A. O Pós-Modernismo e o discurso da crítica educacional. **In**: SILVA, T. T. (org.) **Teoria educacional crítica em tempos pós-modernos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GOMES, A. P.; ARCURI,M. B.; CRISTEL, E. C.; RIBEIRO, R. M.; SOUZA, L. M. B. DA M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Avaliação no ensino médico: o papel do portfólio nos currículos baseados em Metodologias Ativas. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 34 (3), 330 – 396, 2010. Download. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n3/08.pdf> Acesso em: 12/05/2013.

GONZALES, W. R. C. **Competência**: uma alternativa conceitual? Rio de Janeiro: SENAI/DN/Ciet, 1996.

GONZÁLEZ, J. E. Mitologia y Medicina I: Dioses gregos promogenios de la Medicina Occidental. **Salus**: Revista de La Faculdad de Ciencias de la Salud. Univerdad de Carabobo. Decienbre 2014, v.18, n. 3. Download. Disponível em: <http://www.scielo.org.ve/pdf/s/v18n3/art07.pdf> Acesso em: 20 jan. 2017.

GOODSON, I. F. **Currículo: teoria e história**.Tradução de Attílio Brumett; revisão da tradução: Hamilton Francischetti. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

_____. **Dar voz ao professor**: as histórias de vida dos professores e o seu desenvolvimento profissional. In NÓVOA, Antônio (Org.). **Vidas de professores**. 2. ed. Porto: Porto Editora, 1995. p. 63-69.

GRAMIGNA, M. R. **Modelo de competências e gestão dos talentos**. 2. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

GONTIJO, E. D.; ALVIM, C.; MEGALE, L.; MELO, J. R. C.; LIMA M. E. C. de C. Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 37 (4):526-539, 2013. Disponível em: <scielo.br/pdf/rbem/v37/n4/a08v3n4.pdf>. Acesso em: 03 mar 2017.

GUNDERMAN,R. B. **Patient communication**: what to teach Radiology Residents. American Journal of Roentgenelogy, 2001. 177: 41-43.

HAGEMEYER, R. C. de C. Dilemas e Desafios da função docente na sociedade atual: sentidos da mudança. **Educar**, n. 24, p.67-85, Curitiba:Editora UFPR, 2004.

HIRATA, H. Da polarização das qualificações ao modelo da competência. **In**: FERRETI, C. J. (et. al.). **Tecnologias, trabalho e educação**. Petrópolis: Vozes, 1994.

IANNI, O. **Teorias da globalização**. 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

LAKATOS, E. M. ; MARCONI, M de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**: tipologia das escolas. 2. ed. São Paulo: Hucitec/ Associação Brasileira de Educação Médica, 2009.

LUCKESI, C. C. **Avaliação da aprendizagem**: componente do ato pedagógico. 1ª reimpr. São Paulo: Cortez, 2011.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LIMA, M. S. L; COSTA, E. A. da S. A formação do professor para o trabalho em Educação de jovens e adusltos: liçoes do estágio curriculat obrigatório. cap. 2, p. 41-67. **In**: ALMEIDA, M. I. de; PIMENTA, S. G. (orgs.). **Estágios supervisionados na formação docente**: educação de jovens e adultos. São Paulo: Cortez, 2014.

LIMA, V. V. Avaliação de competências nos cursos de medicia. **In**: MARINS, J. J. N. (et al.) **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Editora Hucitec, ABEM, 2004, cap. 6, p 123-140.

MARCELO, C. G. Formação de professores: para uma mudança educativa. Traduçaõ: Isabel Narciso. Porto: Porto Editora, 1999. **Coleção Ciências da Educação Século XXI**.

McLAREN, P. Pós-modernismo, pós colonialisnmo e pedagogia. **In**: SILVA, T. T. (org.) **Teoria educacional crítica em tempos pós-modernos**. Porto Alegre: Artes Médica, 1993.

MARGET, G; CARDOSO, M. Tragetória formativa: entrelaçando saberes...estudo do meio como lugar de aprendizagem do/discente. **In**: **AVALIAÇÃO**: Revista da Avaliação da Educação Superior, Campinas; Sorocaba, SP. v. 14 , n. 3, p. 713-726, nov. 2009.

MARINHO-ARAÚJO, C. M.; RABELO. M. L. Avaliação educacional: a abordagem por competências. **In**: **AVALIAÇÃO**, Revista da Aavaliação da Educação Superior. Campinas; Sorocaba, SP, v. 20, n. 2, p 443-466.2025

MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. de (orgs.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec/ Associação Brasileira de Educação Médica, 2004a.

MARINS, J. J. N. Os cenários de aprendizagem e o processo do cuidado em saúde. p. 97-108. **In**: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. de (orgs.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec/ Associação Brasileira de Educação Médica, 2004b.

MARQUES, G. H. Responsabilidade médica e suas implicações na prática médica. **Rev. Bioét**. (Impre.), 2015; 23 (1): 51-60. Download. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v3n1/1983.bioet-23-1-0051.pdf> Acesso em: 20 jan. 2017.

MARTINS, S. P. **Estágio e relação de emprego**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012.
MÉNDEZ, J. M.A. Avaliara aprendizagem em um ensino centrado nas competências. **In**: SACRISTÁN, J. G. (et. al.). **Educar por competências**: o quû há de novo? Tradução: Carlos Henrique Lucas Lima; Revisão técnica: Selma Garrido Pimenta. Porto Alegre: Artmed, 2011.

MORI, L. **Avaliação de políticas públicas** (org.). Porto Alegre: UFRGS/ CEGOV. E-book. Disponível em:< https://www.ufrgs.br/cegov/files/pub_37.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2017.

MOREIRA. A. F. B. Currículos e programas no Brasil. Campinas, SP: Papirus, 19990. **Coleção Magistério: Formação e Trabalho Pedagógico**.

MOREIRA, A. F; SILVA, T. T. (orgs.). **Currículo, cultura e sociedade**. Tradução: Maria Aparecida Baptista. 4. ed. São Paulo: 2000.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B. Medicina sob as lentes da História: reflexões teórico-metodológicas. **Artigo Article**: Ciências & Saúde Coletiva.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01085. pdf> Acesso em: 20 jan. 2017.

MOURA, A. Avaliar: o que é isso? **In**: DE SANTINI, M. C. (org.). **Metodologias de ensino na saúde**: um enfoque na avaliação. São Pulo: Manole, 2002.

NEDY, M. B. C. (et. al.). Ensino Médico no Brasil: origens e transformações Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA. **Gaz méd**. Bahia; 75:2 (jul-dez) 2005. Disponível em: < http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/362/351> Acesso em: 02 fev. 2017.

NOGUEIRA- MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais**: a formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

NÓVOA, A. (org.). Profissão professor. Tradução: Irene Lima Mendes, Regina Correia, Luísa Santos Gil. Portugal: Editora do Porto, 2000.

_____. (Org.). **Vidas de professores**. 2. ed. Porto: Porto Editora, 1995.

OLIVEIRA, D. A. As políticas educacionais no governo Lula: rupturas e permanências. **RBPAE** – v.25, n.2, p. 197-209, maio/ago. 2009.

OLIVEIRA, G. S.; KOIFMAN, L. Integralidade do currículo de medicina: inovar/ transformar, um desafio para o processo de formação. p.143-164. **In**: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. de (orgs.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec/ Associação Brasileira de Educação Médica, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Declaração de Nova Délhi sobre Educação para Todos**. 1993. Disponível em: < http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139393por.pdt>. Acesso em: 23 mar. 2015.

OTRANTO, C. R. A reforma da educação superior do Governo Lula da Silva: da inspiração à implantação. **Trabalho apresentado na 29ª ANPED (Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação**, out/ 2006. p.1-19. Disponível em: < http://29reuniao.anped.org.br/trabalhos/trabalho/GT11-1791--Int.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2017.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Coleção Temas em Saúde Interativa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. E-book. Disponível em: < http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/4/>. Acesso em: 31 jan. 2017

PAGLIOSA, F. L.; Da ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 32 (4): 492 – 499, 2008. Disponivel em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf> Acesso em: 13 maio 2013.

PEDRA, J. A. Currículo, conhecimento e suas representações. São Paulo: Papirus, 1999. **Coleção Práxis**.

PEREIRA, T. I & SILVA, L. F. S. C. As políticas públicas do Ensino superior no governo Lula: expansão ou democratização? **Revista Debates**, 4(2), p 10-31. 2010. Disponível em: < http://seer.ufrgs.br/index.php/debates/article/view/16316/10573>. Acesso em: 6 fev. 2017

PERIM, G. L. **Avaliação da Educação Superior**: uma realidade na Educação Médica. Tese de Doutorado (Pós –Graduação em Educação) Universidade Estadual

de Campinas. Download. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000422797&fd=y> Acesso em: 27 jan. 2017. SAVIANI, D. **A nova lei da educação**: trajetória, limites e perspectivas. 6. ed. Campinas: Autores Associados, 2000.

PERRENOUD, P. **Práticas pedagógicas, profissão docente e formação**: perspectivas sociológicas. Tradução: Helena Faria, Helena Tapada, Maria João Carvalho e María Nóvoa. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1993.

_____. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

_____. **Dez novas competências para ensinar**: covite à viagem. Porto Alegre: ArtMed, 2000a.

_____. **Pedagogia diferenciada**: das intenções à ação. Porto Alegre: ArtMed, 2000b.

_____. **Ensinar**: agir na urgência, decidir na incerteza. – Saberes e competências de uma profissão complexaTradução: Cláudia Schilling. Porto Alegre: Artmed, 2001

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L das G. C. **Docência no ensino superior**. São Paulo: Cortez, 2002.

PLANK, D. N. **Política educacionla no Brasil**: caminhos para a salvação pública. Porto Alegre: Artmed, 2001.

POPKEWITZ, T. S. **Reforma educacional**: uma política socológica – poder e conhecimento em educação. Tradução: Beatriz Afonso Neves. Porto Alegr: Artes Médicas, 1997.

RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências**: autonomia ou adaptação? São Paulo: Cortez, 2001.
RILEY, B. A., & RILEY G. Innovation in graduate medical education-using a competency based medical education curriculum. **International Journal of Osteopathic Medicine**, 23, 36-41, 2017

REFORMA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA, DE UMA INATITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DA CIDADE DE CURITIBA. v.1-5, 2010.

RIOS, T. A. **Ética e competência**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2001. 86 p. (Coleção Questões de Nossa Época, 16).

ROPÉ, F.; TANGUY, L. (orgs.). **Saberes e competências**: o uso de tais noções na escola e na empresa. Campinas: Papirus, 1997.

SANTI, M. C. (org.). **Metodologia de ensino na saúde**: um enfoque na avaliação. São Paulo: Manole, 2002.

SANTOS, L. L. de C.; MOREIRA, A. F. Currículo: questões de seleção e de organização do conhecimento. **Revista Série Ideias**. Sáo Paulo, 1995.

SANTOMÉ, J. T. **Globalização e interdisciplinariedade**: o currículo integrado. Tradução: Cláudia Schilling. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

_____. A imperiosa necessidade de uma teoria pedagógica radical crítica: diálogo com Jurjo Torres Santomé. **Currículo sem Fronteiras**, v. 4, n. 2, pp.5-32, jul/dez, 2004.

SAVIANI, N. Saber escolar, currículo e didática: problemas da unidade conteúdo/ método no processo pedagógico. 2. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 1998. **Coleção educação comtemporânea**.

SACRISTÁN, G. J. **O currículo**: uma reflexão dobre a prática. Tradução: Ernani F. da F. Rosa. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2000.

SACRISTÁN, G. J.; PÉREZ GÓMEZ, A. I. **Compreender e transformar o ensino**. Tradução: Ernani F. da Fonseca Rosa. 4. ed. reimpr. 2007, Porto Alegre: Artmed, 1998

_____ (et. al.). **Educar por competências**: o quû há de novo? Tradução: Carlos Henrique Lucas Lima; Revisão técnica: Selma Garrido Pimenta. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SCEFFER, M. (et. al.) **Demografia médica no Brasil 2015**. Disponível em: < http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>. Acesso em: 31 fev. 2017.

SCLIAR M. História do conceito de saúde. PHYSIS: **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17 (1): 29-41, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v1n1/v171a03> Acesso em: 20 jan. 2017.
SEVERINO, A. J. Ensino e pesquisa na docência universitária: caminhos para aintegração. **Cadernos Pedagogia Universitária USP**, abril, 2008. São Paulo: Editora USP, 2008.

SGUISSARDI, V. Reforma universitária no Brasil – 1995-2006: precária trajetória e incerto futuro. **Educ. Soc**., Campinas, vol. 27, n 96 – Especial, p. 1021-1056, out. 2006. Download. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v27n96/a18v2796pdf> Acesso em: 25 jan. 2017.

SILVA, M. R da. **Currículo e competências**: a formação administrada. São Paulo: Cortez, 2008.

SILVA, T. T. (org.) **Teoria educacional crítica em tempos pós-modernos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias do currículo. 2. ed. 2. reimpr. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

SHULMAN, L. S. **Knowledge and teaching**: foundations of the new reform (1986), Download. Disponível em: < http://www.peaunesco.com.br/encontro2013/SHULMAN_Knowledge_and_Teaching_ (HarvardEdReview1987).pdf> Acesso em: 17 jun 2015.

SOUZA, A. P.; HEINISCH, R. H. Estudo sobre a avaliação aplicada no Internato em Clínica Médica da Unisul. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 36 (1); p. 68-76; 2012.

TARDIF, M. **Saberes docentes na formação profissional**. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

TIBÉRIO, I de F. L. C. (et al.). **Avaliação de habilidades clínicas em medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012.

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

VEIGA-NETO, A. Currículo e interdisciplinaridade. **In**: MOREIRA, A. F. B (org.). Currículo: questões atuais. 5. ed. Campinas, SP: Papirus, 1997. **Coleção: Formação e Trabalho Pedagógico.** p. 59-102

ZABALZA, M. A. **O ensino universitário**: seu cenário e seus protagonistas. Tradução: Ernani Rosa. Porto Alegre: Artmed, 2004.

_____. **O estágio e as práticas em contextos profissionais na formação universitária**. São Paulo: Cortez, 2014. **Coleção docência em formação**: saberes pedagógicos. Coordenação: Selma Garrido Pimenta.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, SISTEMA DE BIBLIOTECAS. AMADEU, M. S. U. dos. (et. al.). **Manual de normalização de documentos científicos de acordo com as normas da ABNT**. Curitiba: Ed. UFPR, 2015.

VEIGA, I.P.A. (org.) **Formação médica e aprendizagem baseada em problemas**. Campinas: Papirus, 2015.

WARDE, M. J; HADDAD, J. (orgs.). **O Banco Mundial e as políticas educacionais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998

WEISS, K. B.; BAGIAN, J. P.; NASCA, T. J. The clinical learning environment: the foundation of graduate medical education. **Jama,** v.309, n. 16, p.1687-1688, 2013.

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM MEDICINA INTERNA MESTRADO E DOUTORADO
Doutoranda: Maria Valéria da Costa

PESQUISA SOBRE AVALIAÇÃO DURANTE A REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ALUNOS

Leia com atenção as perguntas e escolha apenas uma alternativa conforme a sua avaliação

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Discente regularmente matriculado no curso de graduação de uma Instituição de Ensino Superior de Curitiba.

Gênero:
a) ( ) Feminino
b) ( ) Masculino

c) Idade: _____anos

2. AVALIAÇÃO DURANTE O ESTÁGIO OBRIGATÓRIO

2.1 Você considera a avaliação realizada durante o estágio supervisionado:

( ) Necessária
( ) Necessária, porém incompleta.

Justifique sua escolha: _____
_____
_____
_____
_____

3. EM RELAÇÃO A FICHA DE AVALIAÇÃO UTILIZADA PARA A AVALIAÇÃO (PELOS PROFESSORES)

3.1 Como você classifica a avaliação de aprendizagem durante a realização do estágio obrigatório?

( ) Suficiente
( ) Insuficiente

3.2 Em sua opinião que aspectos importantes do estágio não são contemplados na ficha de avaliação?

_____
_____
_____
_____

3.3 Com o resultado das avaliações realizadas durante o estágio, você se sente:

( ) Bem avaliado e confiante no domínio dos conteúdos que integram o perfil profissional.
( ) Avaliado superficialmente e parcialmente confiante no domínio dos conteúdos que integram o perfil profissional.
( ) Mal avaliado e inseguro quanto ao domínio dos conteúdos que integram o perfil profissional.

Justifique sua escolha: _____
_____
_____
_____
_____

4 AVALIAÇÃO DE APRENDIZAGEM NO ESTÁGIO SUPERVISIONADO OBRIGATÓRIO

4.1 Com que frequência as competências e habilidades do futuro médico são avaliadas durante o estágio supervisionado:

COMPETÊNCIA	SEMPRE	ÀS VEZES	NUNCA
Habilidades motoras finas (manuseio de instrumentos)			
Atitudes adequadas à assistência aos pacientes			
Comunicação verbal adequada			
Inteligência emocional			
Conhecimento técnico			
Comportamento ético e moral			

EXEMPLO

4.2 Como é feita a devolutiva (*feedback*) do seu desempenho durante ou após a realização do estágio:

_____
_____
_____
_____
_____

4.3 Você considera importante um espaço na ficha de avaliação para a sua auto-avaliação?

( ) Sim
( ) Não

Justifique sua escolha: _____
_____
_____
_____
_____
_____

EXEMPLO

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

HOSPITAL DE CLÍNICAS UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ — UFPR — EBSERH HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS — Ministério da Educação — GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Maria Valéria da Costa (aluna de pós-graduação - da Universidade Federal do Paraná, e orientanda do prof. Dr. Dante Escuissato) estou convidando você, aluno(a) do 9° período do Curso de Medicina da UFPR, a participar de um estudo intitulado **PERCEPÇÃO DO ESTUDANTE QUANTO AO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO REALIZADO NO NONO PERÍODO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA, DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DA CIDADE CURITIBA** . Trata-se de um estudo sobre a eficácia dos instrumentos de avaliação (descritos no Plano Curricular do Curso) utilizados pelos professores para avaliarem o estágio obrigatório. **JUSTIFICTIVA**: Com os resultados, pretendemos, em parceria com os agentes pedagógicos, refletir e propor alterações no processo de avaliação do estágio obrigatório que responda às demandas concretas quanto a uma avaliação integral tanto do processo ensino–aprendizagem, quanto no cenário em que se desenvolvem o mesmo.

a) O **OBJETIVO** é avaliar a percepção dos estudantes que concluíram o estágio do 9° (nono) período do Curso de Graduação em Medicina, quanto ao processo de avaliação ao qual foram submetidos, durante esse processo, e a partir da análise do discurso dos mesmos, possibilitar um retorno de seu desempenho acadêmico e a reflexão sobre a prática didático-pedagógica, e melhora do próprio campo de estágio, assim como do processo de formação profissional.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder um questionário composto de 09 (nove) perguntas de múltipla escolha sendo que 05 (cinco) delas necessitam de justificativas para a sua escolha.

c) Para tanto você deverá comparecer no local de realização do estágio obrigatório para preencher o questionário, o que levará aproximadamente 15 minutos.

d) Não haverá riscos ao responder o questionário.

e) Os benefícios esperados com esta pesquisa são: amelhoria da qualidade do processo de realização do estágio obrigatório por alunos de cursos de graduação. Nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

f) A pesquisadora MARIA VALÉRIA DA COSTA, responsável por este estudo poderá ser localizada na Rua Alcides Vieira Arcoverde, 1225, Jardim da Américas, e-mail: valerialua27@gmail.com e telefone: 33614918, nos seguintes horários: 2ª, 3ª e 5ª feira das 19h às 22h40min, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Rubricas:
Participante da Pesquisa e /ou responsável legal_____
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE_____

EXEMPLO

g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, como o prof. Dr. Dante Escuissato (orientador). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.

i) O material obtido – questionário – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído (incinerado) ao término do estudo, dentro de 5 (cinco) anos conforme a metodologia utilizada sugere.

j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa como fotocópia dos não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

Eu,_____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.
Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____de 2015.

_____
Assinatura do Participante de Pesquisa

_____
Assinatura do Pesquisador Responsável

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

EXEMPLO

HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

UFPR

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Ministério da Educação

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

_____

Maria Valéria da Costa

Curitiba, _____ de _____de 2015

EXEMPLO

ANEXO 1 - FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Instrumento de coleta de dados - uma ferramenta para avaliar o processo de estágio obrigatório nos Cursos de Graduação: Estudo de caso no Curso de Medicina da UFPR.			2. Número de Participantes da Pesquisa: 120
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 7. Ciências Humanas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Maria Valéria da Costa			
6. CPF: 621.798.539-04	7. Endereço (Rua, n.º): Rua Francisco Tissot Portão Casa n 201 CURITIBA PARANA 81320360		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (41) 3329-3141	10. Outro Telefone:	11. Email: valerialua27@gmail.com

Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.

Data: 15 / 09 / 2015

Valéria da Costa

Assinatura

INSTITUIÇÃO PROPONENTE		
12. Nome: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSERH	13. CNPJ: 15.126.437/0024-30	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone: (61) 3255-8409	16. Outro Telefone:	

Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Responsável: _____ CPF: P185487 39-2

Cargo/Função: _____

Data: 16 / 09 / 15

Prof. Dr. Eduardo Murilo Novak
Gerente de Ensino e Pesquisa
CHC/UFPR/EBSERH
CRM 16521 Mat. 2543306

Assinatura

PATROCINADOR PRINCIPAL

Não se aplica.