

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

ALINE DE FATIMA CRUZ RODRIGUES

**CURRÍCULO E INTEGRAÇÃO CURRICULAR EM UM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA:
CONCEPÇÕES MANIFESTADAS PELOS DOCENTES
QUE O VIVENCIAM**

São Carlos
2018

ALINE DE FATIMA CRUZ RODRIGUES

**Currículo e integração curricular em um curso de graduação em Medicina:
concepções manifestadas pelos docentes que o vivenciam**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, para obtenção do título de mestre em educação.

Linha de pesquisa: Educação Escolar.
Teorias e Práticas

Orientadora: Profa. Dra. Emília Freitas de Lima

São Carlos
2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Educação

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Aline de Fátima Cruz Rodrigues, realizada em 31/08/2018:

Profa. Dra. Emilia Freitas de Lima
UFSCar

p/ Profa. Dra. Mara Regina Leme de Sordi
UNICAMP

Prof. Dr. Fernando Stanzione Galizia
UFSCar

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela vida.

Aos meus pais Antonio e Izabel; sem a perseverança deles eu jamais teria tido a possibilidade de finalizar o curso de Licenciatura em Pedagogia, que abriu as portas para minha atuação profissional e conseqüentemente para esta pesquisa. Serei eternamente grata a vocês.

Ao meu marido Wagner todo o meu agradecimento pelo companheirismo, pelo incentivo quando pensei em desistir, me fazendo acreditar que seria possível, aguentado meu mau humor e minhas ausências, com paciência e amor em todos os momentos.

Aos meus filhos Gustavo e Gabriel, que são minha luz, minha razão de viver e minha inspiração sempre. Um dia vocês entenderão as ausências da mamãe nos finais de semana....

Agradeço a minha orientadora professora Emília Freitas de Lima, que com toda sabedoria me conduziu durante o percurso desta pesquisa, me orientando quando tudo parecia estar fora de lugar, sempre com uma palavra de apoio e incentivo de que tudo terminaria bem.

Agradeço a alguém muito especial – Meire – você me ensinou muito em todos esses nossos anos de convívio profissional, assim como me incentivou a buscar a pós-graduação. Obrigada!

Agradeço também às minhas companheiras diárias de trabalho Alessandra (pelas palavras de incentivo), Elaine, Ester, Fabiana e Tais.

À professora Mara Regina Lemes de Sordi e ao professor Fernando Stanzione Galizia agradeço pelas importantes e relevantes contribuições na banca de qualificação.

Por fim, agradeço aos professores do Departamento de Medicina da UFSCar que participaram da pesquisa, sem a contribuição deles nas entrevistas essa pesquisa não teria sido possível.

RODRIGUES, A. de F. C. *Currículo e integração curricular em um curso de graduação em Medicina: concepções manifestadas pelos docentes que o vivenciam*. Dissertação de Mestrado. 2018. 106 folhas. Programa de Pós-Graduação em Educação. Mestrado em Educação. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos/SP.

RESUMO

A presente pesquisa busca descrever e analisar as relações entre a proposta de currículo integrado do curso de graduação em Medicina, da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e as concepções manifestadas por seus docentes sobre currículo e integração curricular. Para isso, foi realizado o estudo do Projeto Pedagógico deste curso (PPC), com destaque para seu marco referencial e seu marco estrutural. A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas com 11 docentes que atuam no curso, sendo esses escolhidos com base em critérios pré-determinados. Esses critérios levaram em consideração o tempo de atuação no curso e a atividade/ciclo em que atuavam no curso e foram determinados com base nas hipóteses de que: a) os docentes que atuavam no curso desde seu início teriam concepções mais coerentes com o que está proposto no PPC do que os ingressantes mais recentemente; b) haveria diferença entre as concepções de docentes que atuam nos diferentes ciclos educacionais do curso. Após a realização das entrevistas, os dados foram transcritos literalmente e, em seguida, organizados, tabulados e analisados à luz do referencial teórico utilizado. Foi possível, através desta pesquisa, analisar o tipo de integração curricular proposto no referido projeto pedagógico de curso e descrever as concepções de currículo e integração curricular manifestadas por seus docentes. Como resultados, encontramos concepções de integração curricular que se aproximam do que está previsto no PPC do curso, porém, segundo os participantes da pesquisa, essa integração não se efetiva tal qual está prevista no referido PPC. Também foi possível verificarmos que todos os entrevistados participaram de atividades formativas quando ingressaram no curso, e que a maior parte deles concebe o currículo apenas em sua dimensão formal, ou seja, como um documento oficial. Foi possível, ainda, verificarmos que os participantes da pesquisa não se manifestaram contrários ao que está posto no PPC, mas afirmam que há necessidade desse projeto ser revisitado e reformulado com base em seus mais de dez anos de funcionamento, afirmando o que tem dado certo e adequando o que não está de acordo com o previsto no PPC. Por fim, as hipóteses apresentadas não se confirmaram, pois, os professores entrevistados apresentaram concepções de integração curricular muito próximas ao que é apresentado no PPC do curso, independentemente da atividade/ciclo em que atuam e do ano de ingresso como docente.

Palavras-Chave: Currículo. Integração Curricular. Ensino Superior.

RODRIGUES, A. de F. C. Curriculum and curricular integration in an undergraduate course in Medicine: conceptions manifested by the teachers who experience it. Masters dissertation. 2018. 106 sheets. Graduate Program in Education. Master's in Education. Federal University of São Carlos, São Carlos / SP.

ABSTRACT

The present research aims to describe and analyze the relationship between the proposal of integrated curriculum of the undergraduate course in Medicine, Federal University of São Carlos (UFSCar) and the conceptions manifested by its teachers on curriculum and curricular integration. For this, the study of the Pedagogical Project of this course was carried out, with emphasis on its reference framework and its structural framework. The research was carried out by means of interviews with 11 teachers who work in the course, being chosen based on predetermined criteria. These criteria took into account the duration of the course and the activity / cycle in which they acted in the course and were determined based on the hypotheses that: a) the teachers who acted in the course from the beginning would have conceptions more coherent with what is proposed in the PPC than the newcomers; b) there would be a difference between the conceptions of teachers who work in the different educational cycles of the course. After the interviews, the data were transcribed literally and then organized, tabulated and analyzed in the light of the theoretical framework used. It was possible, through this research, to analyze the type of curricular integration proposed in the mentioned pedagogical project of course and to describe the conceptions of curriculum and curricular integration manifested by its teachers. As results, we find conceptions of curricular integration that approximate what is foreseen in the PPC of the course, but according to the participants of the research, this integration is not effective as is foreseen in the PPC. It was also possible to verify that all the interviewees participated in training activities when they entered the course, and that most of the teachers interviewed conceive the curriculum only in its formal dimension, that is, as an official document. It was also possible to verify that the participants of the research did not oppose what is included in the Pedagogical Project of the course, but affirm that this project needs to be revisited and reformulated based on its more than ten years of operation, stating what has been successful and adapting what is not in accordance with the provisions of the PPC. Finally, the hypotheses presented were not confirmed, since all 11 teachers interviewed presented conceptions of curricular integration very close to what is presented in the PPC of the course, regardless of the activity / cycle in which they work and the year of admission as a teacher.

Keywords: Curriculum. Curricular Integration. Higher education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - O poder regulador do currículo, junto com outras “invenções”	25
Figura 2 - Espiral construtivista do processo de ensino-aprendizagem a partir da exploração de uma situação-problema.....	43
Figura 3 - Esquema de concepção do currículo como processo e práxis.....	65
Figura 4 - Dimensões que regulam o currículo.....	70
Figura 5 - Representação esquemática dos eixos orientadores e organizadores da estrutura curricular matricial	81

LISTA DE QUADROS

<i>Quadro 1 - Conceitos enfatizados nas teorias de currículo.....</i>	<i>27</i>
<i>Quadro 2 - Composição da matriz curricular do curso de graduação em Medicina UFSCar</i>	<i>50</i>
<i>Quadro 3 - Seleção dos participantes segundo os critérios estabelecidos.....</i>	<i>58</i>
<i>Quadro 4 - Distribuição dos docentes participantes da pesquisa segundo ciclos educacionais e tempo de atuação no curso</i>	<i>59</i>

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes por sexo.....	60
Gráfico 2 - Distribuição dos participantes por ano de ingresso no curso	60
Gráfico 3 - Distribuição dos participantes por idade	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACC - Atividade Curricular Complementar

AD - Avaliação Dissertativa

ADP - Avaliação de Desempenho Prático

ADPEA - Avaliação de Desempenho no Processo de Ensino-Aprendizagem

ConsUni - Conselho Universitário

DCNs - Diretrizes Curriculares Nacionais

DiDPed - Divisão de Desenvolvimento Pedagógico

EC - Espiral Construtivista

EP - Educação Permanente

ES - Estação de Simulação

IES - Instituição de Ensino Superior

MA - Metodologias Ativas

MEC - Ministério da Educação

PBL - Problem Based Learning

PP - Prática Profissional

PPC - Projeto Pedagógico de Curso

ProGrad - Pró-Reitoria de Graduação

SP - Situação Problema

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de conclusão de Curso

UEE - Unidade Educacional Eletiva

UEPP - Unidade Educacional de Prática Profissional

UESPP - Unidade Educacional de Simulação da Prática Profissional

UFSCar - Universidade Federal de São Carlos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 CONTEXTUALIZANDO A FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL: ASPECTOS LEGAIS	14
3 O CURRÍCULO, A INTEGRAÇÃO CURRICULAR E SUAS FORMAS	23
3.1 O QUE É CURRÍCULO	23
3.2 A INTEGRAÇÃO CURRICULAR E SUAS FORMAS	29
4 O CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UFSCAR	35
4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS	35
4.2 MARCO CONCEITUAL	37
4.3 MARCO ESTRUTURAL	45
5 A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA	55
5.1 TIPO DE PESQUISA E INSTRUMENTOS	55
5.2 DEFINIÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	56
5.3 APRESENTAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	59
5.4. ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	61
6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA	63
6.1 CONCEPÇÕES DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA ACERCA DE CURRÍCULO	63
6.1.1 Conceito de currículo segundo os participantes	63
6.1.2 Concepções sobre o currículo do curso em que atuam	70
6.2 CONCEPÇÕES DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA ACERCA DE INTEGRAÇÃO CURRICULAR	75
6.2.1 O que significa currículo integrado	75
6.2.2 Como os professores vivenciam a integração curricular	84
6.3 FORMAÇÃO DOS PROFESSORES QUE ATUAM NO CURSO	90
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	97
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	100
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA	102
ANEXO A - DESCRIÇÃO DA ÁREA DE COMPETÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE	103
ANEXO B – DESCRIÇÃO DA ÁREA DE COMPETÊNCIA DE GESTÃO EM SAÚDE	105
ANEXO C – DESCRIÇÃO DA ÁREA DE COMPETÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE .	106

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa é fruto de inquietações e paixões, depois de decorridos 10 anos de atuação profissional como servidora técnica administrativa, ocupando o cargo de técnica em assuntos educacionais, na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Esses 10 anos são somados a outros 4 de formação profissional, quando cursei, também na UFSCar, o curso de licenciatura em Pedagogia, que me proporcionou a formação para ocupar o cargo ao qual estou vinculada. Assim, ao ingressar nesse “mundo UFSCar”, não tinha ideia do vínculo que teria com essa instituição, da qual tenho orgulho em fazer parte, seja como discente, ou como servidora.

Quando ingressei na UFSCar como servidora técnica administrativa, no ano de 2007 por meio de concurso público, fui alocada no recém-criado Departamento de Medicina, para atuar na coordenação do também recém-criado curso de graduação em Medicina, como pedagoga. A solicitação de um servidor, para o cargo de técnico em assuntos educacionais, específico para o curso de graduação em Medicina, era justificada devido às especificidades que o projeto pedagógico e consequentemente o currículo do curso apresentavam. Essas especificidades iam desde a utilização de metodologias ativas no processo de ensino e aprendizagem, passando por um currículo estruturado em séries – enquanto os cursos da UFSCar eram semestrais – com ciclos e aprovações bianuais, até à exigência de um currículo integrado. Deparei-me, então, com um imenso desafio, pois estava vindo de uma atuação como coordenadora pedagógica na educação infantil, e atuar como pedagoga no ensino superior, e em um curso com uma estrutura curricular diferente dos demais da universidade, era ainda mais desafiador. Aprendi, aprendi muito, assim como também me encantei com a possibilidade e a riqueza que aquele projeto pedagógico trazia para a formação de médicos. Convivi muito de perto com as primeiras turmas de estudantes desse curso, e me surpreendi vendo-os fazendo perguntas e se posicionando, com muita propriedade, diante dos casos estudados, já no segundo ano de curso. Esse curso trazia a possibilidade de formar médicos que pudessem olhar o ser humano, como um SER HUMANO e não somente como alguém que está manifestando alguma queixa/doença.

Assim, foram 4 anos de atuação nesse curso, aprendendo, me encantando, mas também entendendo que nem todos entendiam o que era a função de uma pedagoga nesse universo, e assim, mais uma parte da minha trajetória profissional se inicia em 2011, quando deixo o curso de Medicina, e passo a atuar como pedagoga na Pró-Reitoria de Graduação (ProGrad) da UFSCar. Na ProGrad, descobri um universo ainda mais rico, pois tenho a oportunidade diária de reconhecer e aprender com a riqueza e a especificidade de cada curso de graduação ofertado pela UFSCar no campus São Carlos, atuando na Divisão de Desenvolvimento Pedagógico (DiDPed), especificamente no Serviço de Planejamento e Desenvolvimento dos Cursos de Graduação. Na DiDPed formamos uma equipe com 5 pedagogas, sendo 3 responsáveis pelo planejamento e desenvolvimento dos cursos de graduação e 2 responsáveis pela formação continuada de docentes da UFSCar.

Especificamente no Serviço de Planejamento e Desenvolvimento dos Cursos de Graduação, temos como atribuições desde os processos de criação de cursos de graduação, via Projetos Pedagógicos, passando pelo acompanhamento do desenvolvimento desses cursos, até os processos regulatórios de reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos pelo Ministério da Educação (MEC). Desse modo, pude perceber algumas especificidades relacionadas ao curso de graduação em Medicina que soavam ainda mais fortes quando tive contato com os demais cursos de graduação do campus São Carlos.

Denomino especificidades, pois os cursos de graduação da UFSCar, campus São Carlos, são organizados por disciplinas, em regime semestral, não havendo até o ano de 2006 – ano de criação do curso de graduação em Medicina – nenhum outro curso que quebrasse essa lógica disciplinar. Assim, pensar um currículo integrado, estruturado a partir de atividades curriculares, inserido em uma universidade com cursos disciplinares, estrutura departamental, bem como com docentes que tiveram sua formação baseada nesse ensino disciplinar dito “tradicional”, poderia ser um desafio. Desse modo, senti-me instigada a entender quais são as concepções que os docentes atuantes nesse curso possuem sobre a integração curricular, bem como sobre currículo de um curso, pois os docentes vivenciam, colocam o “currículo em ação”, vivem na prática aquilo que está proposto no projeto pedagógico. Desse modo, temos que pensar no papel que o docente

ocupa nesse processo, e de acordo com Gimeno Sacristán (1998, p. 165), entendemos que:

se o currículo é uma prática desenvolvida através de múltiplos processos e na qual se entrecruzam diversos subsistemas ou práticas diferentes, é óbvio que, na atividade pedagógica relacionada com o currículo, o professor é um elemento de primeira ordem na concretização desse processo. Ao reconhecer o currículo como algo que configura uma prática, e é, por sua vez, configurado no processo de seu desenvolvimento, nos vemos obrigados a analisar os agentes ativos no processo. Este é o caso dos professores; o currículo molda os docentes, mas é traduzido na prática por eles mesmos – a influência é recíproca.

Diante disso, esta pesquisa tem como questão norteadora: *Quais são as concepções de currículo e de integração curricular manifestadas por docentes que atuam em um curso de Medicina cujo Projeto Pedagógico de Curso (PPC) propõe um currículo integrado?*

Como objetivos temos:

Geral:

Descrever e analisar as relações entre a proposta de currículo integrado em um curso de graduação em Medicina e as concepções manifestadas por seus docentes sobre currículo e integração curricular.

Específicos:

- Analisar o tipo de integração curricular proposto no PPC do curso de graduação em Medicina da UFSCar;
- Descrever as concepções de currículo e de integração curricular manifestadas por seus docentes;
- Analisar as relações entre o currículo proposto e as concepções manifestadas pelos docentes desse mesmo curso sobre currículo e integração curricular;

Posto isso, o texto da dissertação está estruturado conforme explicitado a seguir:

Na seção 2, apresentamos uma descrição da formação médica no Brasil, considerando seus aspectos legais, partindo de um panorama geral do ensino médico brasileiro, e considerando alguns marcos deste processo, desde a criação da primeira escola de Medicina no país, até os dias atuais, em que temos, de acordo

com os dados da Sinopse Estatística do Censo da Educação Superior 2016 (INEP, 2017), um total de 234 cursos de graduação em Medicina, sendo 91 ofertados em instituições de ensino superior (IES) públicas e 143 em IESs privadas. Nesse total de cursos são ofertadas 27.857 vagas, sendo 10.493 em IES públicas e 17.364 em IES privadas.

Na seção 3, apresentamos os referenciais teóricos que darão suporte aos conceitos centrais trabalhados nesta pesquisa: currículo e integração curricular.

Na seção 4, descrevemos o Projeto Pedagógico do curso de graduação em Medicina da UFSCar, considerando seus aspectos gerais, seu marco conceitual e seu marco estrutural. Essa denominação “marco conceitual” e “marco estrutural” é a mesma apresentada no Regimento Geral dos cursos de Graduação da UFSCar, o qual em sua seção I, artigo 10, define que: o marco conceitual deverá considerar, dentre outros aspectos, a descrição do perfil/cidadão a ser formado pelo curso, contendo saberes e competências (conhecimentos, habilidades, atitudes e valores), observando o estabelecido nas Diretrizes Curriculares Nacionais para cursos de Graduação (quando houver) e no perfil do profissional a ser formado pela UFSCar¹; o marco estrutural deverá considerar, dentre outros aspectos: a descrição da organização do curso, contemplando as atividades curriculares relacionadas a cada unidade curricular, bem como a explicitação das formas de integração entre as estas atividades curriculares, a configuração da matriz curricular, com a distribuição das atividades curriculares ao longo dos anos de duração do curso e o estabelecimento dos princípios gerais de avaliação dos processos de ensino e aprendizagem.

Na seção 5, é descrita a construção do estudo, destacando o tipo de pesquisa, os critérios para a seleção dos participantes, o instrumento e os procedimentos adotados na coleta de dados, a caracterização dos participantes, a organização e a forma de análise dos resultados.

Na seção 6 são apresentados os dados coletados nas entrevistas realizadas com os 11 docentes do curso de graduação em Medicina da UFSCar.

Na última seção são tecidas considerações finais, cruzando os objetivos, as hipóteses e os resultados encontrados nos dados e em suas análises.

¹Aprovador pelo Parecer CEPE n. 776, de 30 de março de 2001.

2 CONTEXTUALIZANDO A FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL: ASPECTOS LEGAIS

Nesta seção, serão apresentados os aspectos legais para a formação médica, por meio de um panorama geral do ensino médico no Brasil, considerando alguns marcos deste processo, desde a criação da primeira escola de Medicina no país, até os dias atuais.

O primeiro curso de Medicina do Brasil foi criado em Salvador/Ba, em fevereiro de 1808, com a chegada da família imperial a esta cidade, por ato de D. João VI, e tinha o nome de Colégio Médico-Cirúrgico da Bahia. A formação médica no Brasil, antes da criação dessa escola de Medicina, era realizada na Europa, principalmente em Coimbra. Em novembro desse mesmo ano, foi criada a segunda Faculdade de Medicina do Brasil, a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro. Pode-se destacar que os cursos de Medicina criados no Brasil adotaram o modelo pedagógico das escolas europeias, na qual a estrutura curricular era pautada nas “cadeiras” – termo que à época correspondia a “disciplinas” – de cirurgia e anatomia. De acordo com Neves *et al* (2005, p. 164):

Em 1812, ocorreu a primeira reforma do ensino médico brasileiro, quando o curso passou de quatro para cinco anos. Os cursos médico e cirúrgico eram separados e em 1884 foram unificados, sofrendo grandes alterações. Foram realizadas mudanças no nome, tornando-se o Curso de Ciências Médicas e Cirúrgicas.

Em 1826 a Lei de 9 de setembro outorgou às escolas brasileiras o direito de conferirem cartas de cirurgião e de médico aos alunos por elas formados. Em 1828, esta lei foi ampliada determinando que só médicos diplomados podiam clinicar, desaparecendo as “*cartas de licenciamento*”. Em 1832, por ato da Regência Trina, as escolas médicas foram denominadas de Faculdades, respectivamente Faculdade de Medicina da Bahia e Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e o curso de graduação foi estendido para seis anos. Em 1879, foi promulgada a chamada “*lei do ensino livre*”, quando então se abriram as portas para a iniciativa privada. A criação do Conselho Federal de Medicina (1945) e dos Conselhos Regionais trouxe uma nova ordem à categoria, através dessa autarquia federal. Posteriormente, foram criados os estatutos por meio dos Códigos de Ética Médica. Em 1969, o Conselho Federal de Educação do então Ministério da Educação e da Cultura (MEC) ditou as diretrizes para a revisão dos currículos tradicionais e estabeleceu o currículo mínimo.

O modelo de ensino médico adotado no Brasil, a partir dos anos 1930, tem suas referências no modelo Flexneriano, elaborado em 1908 pelo educador americano Abraham Flexner, que visitou todas as 155 escolas médicas dos EUA e do

Canadá, em um período de 180 dias, o que resultou na elaboração de um relatório que ficou conhecido como Relatório Flexner. Este orientava que as escolas médicas deveriam estruturar seus cursos com currículos de quatro anos, divididos em ciclo básico de dois anos, realizado em laboratório, e em seguida mais dois anos de ciclo clínico, realizado em hospital. Além disso, as escolas médicas deveriam ter laboratórios e instalações adequadas para realização das atividades previstas (PAGLIOSA; DA ROS, 2007). Assim, as escolas médicas passaram a enfatizar as especializações precoces, pautadas em um modelo tecnicista que privilegiou a criação das especialidades, excluindo as ciências humanas do processo de formação do médico, não permitindo a visão do ser humano como um todo, um ser biopsicossocial, com sua rede de relações e sua diversidade (NEVES *et al*, 2005).

Dessa maneira, podemos afirmar que, segundo Neves *et al* (2005, p. 166):

O ensino médico tradicional sofreu a influência de dois fatores que contribuíram para uma perspectiva moral característica dos novos tempos. O primeiro foi o alcance da visão cartesiana de mundo, inaugurando a possibilidade de um mecanismo dualista. Ou seja, a separação mente-corpo e a lógica de que para cada efeito corresponde uma causa. O segundo foi o domínio do aspecto cientificista na prática médica. De acordo com esta tendência, o currículo foi criado a partir da filosofia utilitarista e pragmática. Esse modelo difere profundamente do modelo médico hipocrático, com mais tempo dedicado à atenção médico-paciente. A medicina moderna não destina a mesma dedicação que antes e os exames complementares passaram a ocupar grande parte desse espaço, subtraídos da anamnese e do exame físico, em que se acredita que: “*O que ganhamos em técnica perdemos em ética*”. O conhecimento foi dividido em áreas para ser mais bem estudado e isto produziu uma incomunicabilidade entre as mesmas, inclusive no âmbito das universidades, permitindo enormes zonas de desconhecimento.

Diante do exposto, podemos afirmar que a concepção de formação médica, que passou a vigorar no Brasil e que por muitas décadas foi considerada para a criação de cursos de graduação em Medicina, considerava a fragmentação do conhecimento, traduzidos em currículos construídos como uma grade de disciplinas isoladas entre si, desconsiderando a formação crítica e reflexiva do indivíduo, bem como a relação médico-paciente centrada na atenção ao biopsicossocial e não no processo saúde-doença.

Nas décadas de 1970 e 80, várias propostas de mudanças na estrutura de saúde e na formação médica foram ensaiadas no Brasil, entre as quais a mais importante foi a Reforma Sanitária, que teve como objetivo melhorar as condições de vida da população, tendo como foco mudanças e transformações na área da

saúde, uma vez que apenas uma parcela da população tinha acesso a serviços de saúde. O direito à saúde era restrito aos trabalhadores que tinham carteira assinada e conseqüentemente contribuía ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que era o órgão responsável pela assistência à saúde no Brasil.

Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde que contou com a participação de mais de quatro mil pessoas, dentre as quais mil delegados, com direito a voz e a voto. A 8ª Conferência Nacional de Saúde teve representantes de profissionais e instituições da área de saúde, representantes da sociedade civil e de grupos políticos. Seus eixos temáticos para as discussões foram três, a saber: **saúde como direito**, segundo o qual o direito a saúde deveria ser estendido à todos; **reformulação do Sistema Nacional de Saúde**, segundo o qual deveria haver a desvinculação da “Saúde” da “Previdência”, que deveria ficar encarregada de aposentadorias, pensões e demais benefícios, enquanto a saúde deveria ser vinculada a um novo órgão a ser criado em nível federal; **financiamento do setor**, segundo o qual foram apresentadas indicações que deveriam orientar a política de financiamento para o setor de saúde.

Como resultado de todos esses movimentos temos, no ano de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, instituído pela Constituição Federal de 1988, de acordo com o artigo 196, que prevê o direito à saúde como “direito de todos” e “dever do estado”. O SUS foi regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que *“Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”*, e expressa em seu artigo 7º os seguintes princípios e diretrizes:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - **integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;**

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos;
- XIV - organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (grifo nosso)

Com a criação do SUS, a formação dos profissionais para a área de saúde e conseqüentemente a formação médica, ganham ainda mais destaque, pois seria necessário que a formação oferecida atendesse aos seguintes princípios:

Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

Nas décadas de 1990 e 2000, no Brasil, foram estabelecidas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) que desencadearam um processo de reformulações profundas nos cursos de graduação, pois substituíram o conjunto de disciplinas obrigatórias nos currículos mínimos por habilidades e competências a serem desenvolvidas durante o curso, alterando substancialmente o modo de organizar os currículos dos cursos no ensino superior no Brasil.

Especificamente para os cursos de Graduação em Medicina, as DCNs foram editadas pela Resolução CNE/CES nº 4, de 9 de novembro de 2001, que “Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina”, e reeditadas pela Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, que “Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências” que revogou a Resolução CNE/CES nº 4/2001.

A Resolução CNE/CES nº 4/2001, em seu artigo 3º, estabelecia como perfil do egresso o médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, de modo que sua atuação fosse pautada por princípios éticos, nos processos de saúde-doença, nos diferentes níveis de atenção à saúde, na perspectiva da integralidade, atuando em ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde. Embora as DCN tenham trazido algum avanço para a formação médica, a reestruturação delas em 2014, pela Resolução nº3/2014, foi necessária para que a formação oferecida aos futuros médicos respondesse aos novos desafios das sociedades contemporâneas, incorporando uma visão mais aprofundada dos problemas sociais do país, bem como pudesse acompanhar as mudanças na área da saúde, contemplando adequadamente a atenção básica e valorizando a formação voltada para o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014a).

Assim, as Instituições dedicadas à formação de médicos devem reconhecer o papel central do SUS, articulando a integralidade, a universalidade e a equidade do cuidado à saúde, concebendo assim, currículos que garantam o perfil do egresso ajustado às políticas nacionais de atenção à saúde. O perfil acadêmico e profissional dos egressos passa a ser constituído por competências, habilidades e conhecimentos, abandonando as concepções antigas e herméticas das grades curriculares, que – conforme o documento argumenta – na maioria dos casos leva a mera transmissão de conhecimentos e informações. Desse modo, os currículos previstos para a formação dos médicos deverão garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro egresso para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional. (BRASIL, 2014).

Dessa maneira, busca-se a transformação nos modos de cuidar, para chegar à integralidade, na qual o ser humano deve ser compreendido em todas as suas dimensões. Essa transformação possibilitaria, ainda, o desenvolvimento da

dimensão cuidadora na formação dos profissionais e a operacionalização do conceito ampliado de saúde, entendido não apenas como a ausência de doenças, mas como o estado de bem estar físico, mental e social do ser humano, ou seja, concebendo que a saúde é também constituída por condições dignas de: alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde

Diante do exposto, são necessárias mudanças na formação oferecida aos futuros médicos, nos cursos de graduação em Medicina, e essas mudanças devem estar pautadas na integralidade, que de acordo com Lampert (2002, p 4-5), apontam no sentido de:

(a) o processo saúde-doença deve enfatizar mais a saúde do que a doença (a promoção, a preservação e a recuperação da saúde, sendo a doença um desvio, uma intercorrência na saúde, que deve ser evitada e, quando diagnosticada, eliminada em qualquer estágio evolutivo em que se encontre); (b) o processo ensino-aprendizagem deve estar mais centrado no aluno e em seu papel ativo na própria formação; (c) o ensino da prática deve se dar no sistema de saúde existente em graus crescentes de complexidade, voltado para as necessidades básicas de saúde, dentro de uma visão intersetorial de seus determinantes e da importância das referências e contra-referências entre os níveis de atenção; (d) a capacitação docente deve voltar-se tanto para a competência técnico-científica quanto para a competência didático-pedagógica, e para a participação e comprometimento no sistema público de saúde. Isso se refere à formação e reciclagem [sic] dos profissionais médicos, assim como à formulação e avaliação das políticas, dos serviços e do próprio sistema; e (e) o acompanhamento da dinâmica do mercado de trabalho médico deve estar orientado pela reflexão e discussão crítica dos aspectos econômicos e humanísticos da prestação de serviços de saúde e de suas implicações éticas.

Assim, repensar a formação dos estudantes de Medicina passa não apenas por uma revisão do que deve ser ensinado, mas também por mudanças nos processos de ensino e de aprendizagem, nos campos de atuação prática desse estudante durante seu processo formativo, na formação e educação permanente dos docentes que atuam em cursos de medicina, na revisão dos currículos de modo que esses possam traduzir essas necessidades e não sejam traduzidos em uma grade de disciplinas.

Conforme expresso no Parecer homologado pelo Ministério da Educação (BRASIL, 2014a, p. 13):

a possibilidade de uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença, objeto do trabalho em saúde, passa necessariamente por uma **abordagem interdisciplinar**, com a conseqüente demolição das fronteiras entre pesquisa e ensino-aprendizagem. E para tanto, têm sido construídos **currículos integrados**, baseados em módulos ou unidades que articulam problemas relevantes, sob um recorte sistêmico ou de processos relevantes da vida e da morte. (grifo nosso)

Considerando o exposto neste Parecer (BRASIL, 2014a), temos a afirmação de que “têm sido construídos currículos integrados”, o que significa estar na direção da formação feita pela via da integralidade, pois através da integração, os estudantes não terão a visão segmentada do ser humano, mas sim em sua unidade biológica, psicológica e social, o que deverá levar a uma mudança no olhar desse estudante para o indivíduo como inserido em determinado contexto, ao invés da ênfase no processo saúde-doença.

Essa integração deverá contar também com a parceria entre Universidade e a sociedade, pois a integração teoria/prática será estabelecida na articulação entre a aprendizagem (universidade) e o mundo do trabalho (Sistema Único de Saúde). Assim, a aprendizagem pelo trabalho se torna fundamental, pois a partir dessa vivência, os estudantes aprenderão o relacionamento com os usuários do sistema e poderão ainda mobilizar e combinar os conhecimentos teóricos com as experiências que estarão sendo vivenciadas.

Diante dessas considerações apresentadas, consta na Resolução nº3/2014, (BRASIL, 2014b, p. 12-13) que “Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências”, em seu Art. 29 que a estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve:

- I - ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações identificadas pelo setor saúde;
- II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão;
- III - incluir dimensões ética e humanística, desenvolvendo, no aluno, atitudes e valores orientados para a cidadania ativa multicultural e para os direitos humanos;
- IV - promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais;
- V - criar oportunidades de aprendizagem, desde o início do curso e ao longo de todo o processo de graduação, tendo as Ciências Humanas e Sociais como eixo transversal na formação de profissional com perfil generalista;
- VI - inserir o aluno nas redes de serviços de saúde, consideradas como espaço de aprendizagem, desde as séries iniciais e ao longo do curso de Graduação de Medicina, a partir do conceito ampliado de saúde,

considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem;

VII - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, em especial as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas de vida, de organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;

VIII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde, desde o início de sua formação, proporcionando-lhe a oportunidade de lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida, na graduação, com o internato;

IX - vincular, por meio da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS;

X - promover a integração do PPC, a partir da articulação entre teoria e prática, com outras áreas do conhecimento, bem como com as instâncias governamentais, os serviços do SUS, as instituições formadoras e as prestadoras de serviços, de maneira a propiciar uma formação flexível e interprofissional, coadunando problemas reais de saúde da população;

Essa estrutura deverá estar pautada em competências a serem desenvolvidas pelos estudantes, sendo a competência entendida como “a capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com oportunidade, pertinência e sucesso, os problemas da prática profissional em diferentes contextos do trabalho de saúde”. (BRASIL, 2014a, p. 24). Dessa maneira, a mobilização de capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras promoverá a combinação de recursos que será expressa na ação dos estudantes diante de um problema que poderá ser tanto teórico, como nos cenários de atuação prática.

Assim, a competência médica é alcançada pelo desenvolvimento integrado de três áreas de competência (BRASIL, 2014a), a saber:

√ Atenção à Saúde: os profissionais de saúde devem estar aptos a desenvolver ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de condições de saúde-doença, tanto no âmbito individual quanto coletivo, devendo estar pautada em princípios éticos e científicos.

√ Gestão em Saúde: os profissionais de saúde devem estar aptos a desenvolver ações de gerenciamento e administração que visem articular sua atuação ao trabalho de outros profissionais de saúde, serviços e instituições.

√ Educação em Saúde: os profissionais de saúde devem estar aptos a aprender continuamente, tanto durante sua formação inicial como ao longo da vida.

O conceito de competência será tratado na próxima seção. Nela serão apresentados, também, os conceitos de Currículo, Integração curricular e algumas de suas diferentes formas.

3 O CURRÍCULO, A INTEGRAÇÃO CURRICULAR E SUAS FORMAS

Esta seção tem como objetivo referenciar teoricamente os conceitos centrais nos quais a pesquisa se ancora, como subsídios para alcançar os objetivos propostos e a(s) resposta(s) à questão de pesquisa.

3.1 O QUE É CURRÍCULO

Responder a essa pergunta não é tão simples quanto possa parecer, pois, diferentemente do que em geral se entende, currículo não é simplesmente uma lista de disciplinas a serem oferecidas aos estudantes. Essa compreensão simplista leva à elaboração de currículos constituídos por disciplinas sem relações entre si, fazendo com que o estudante tenha uma formação fragmentada, e que ele próprio estabeleça (ou não) tais relações, já que, nesta acepção, isso não é considerado como função do currículo. Essa fragmentação está presente nos currículos nos vários níveis de ensino, desde a educação infantil, passando pelo ensino fundamental, ensino médio e chegando ao ensino superior, em cuja construção curricular dos cursos de graduação ainda persiste a ideia de que currículo e grade curricular são sinônimos.

De acordo com Lopes e Macedo (2011), há muito tempo os estudos curriculares têm definido currículo de formas muito diversas. Essas definições incluem tanto o currículo entendido como os guias curriculares propostos pelas redes de ensino quanto a ideia de grade curricular – à qual nos referimos anteriormente – com disciplinas/atividades e cargas horárias, o conjunto de ementas e os programas das disciplinas/atividades, os planos de ensino dos professores, as experiências propostas e vividas pelos alunos. Todas essas definições, apesar de diversas, carregam a ideia de organização, prévia ou não, de experiências/situações de aprendizagem, organização esta realizada por docentes/redes de ensino.

Diante do exposto, as autoras afirmam que “não é possível responder o que é currículo apontando para algo que lhe é intrinsecamente característico, mas apenas para acordos sobre sentidos de tal termo, sempre parciais e localizados historicamente”. (LOPES E MACEDO, 2011, p. 19)

A perspectiva histórica nos permite entender como em diferentes momentos, em diferentes teorias, o currículo tem sido definido. Assim, uma determinada definição de currículo não nos revelará o que é, essencialmente, o currículo; uma definição nos revelará o que determinada teoria pensa sobre o currículo. (SILVA, 2015).

Nessa forma de abordar o currículo com base em sua perspectiva histórica, podemos incluir a perspectiva cultural, atribuída ao currículo, apresentada por Apple (2001, p. 53-54), na qual define:

A educação está profundamente implicada na política cultural. O currículo nunca é simplesmente uma montagem neutra de conhecimentos, que de alguma forma aparece nos livros e nas salas de aula de um país. Sempre parte de uma *tradição seletiva*, da seleção feita por alguém, da visão que algum grupo tem do que seja o conhecimento legítimo. Ele é produzido pelos conflitos, tensões e compromissos culturais, políticos e econômicos que organizam e desorganizam o povo.

[...] queiramos ou não, diferentes forças se introduzem no próprio coração do currículo, do ensino e da avaliação. O que *conta* como conhecimento, as formas nas quais ele está organizado, quem tem o poder de ensiná-lo, o que conta como demonstração apropriada de sua aprendizagem e – um aspecto tão crítico como os anteriores – a quem é permitido fazer todas essas questões e respondê-las, tudo isso faz parte de como a denominação e a subordinação são reproduzidas e alteradas nesta sociedade. Sempre há então uma *política* do conhecimento oficial, uma política que traduz o conflito entre o que alguns consideram simplesmente como descrições neutras do mundo e o que outros veem como concepções de elite que dão poder a alguns grupos enquanto o tiram de outros.

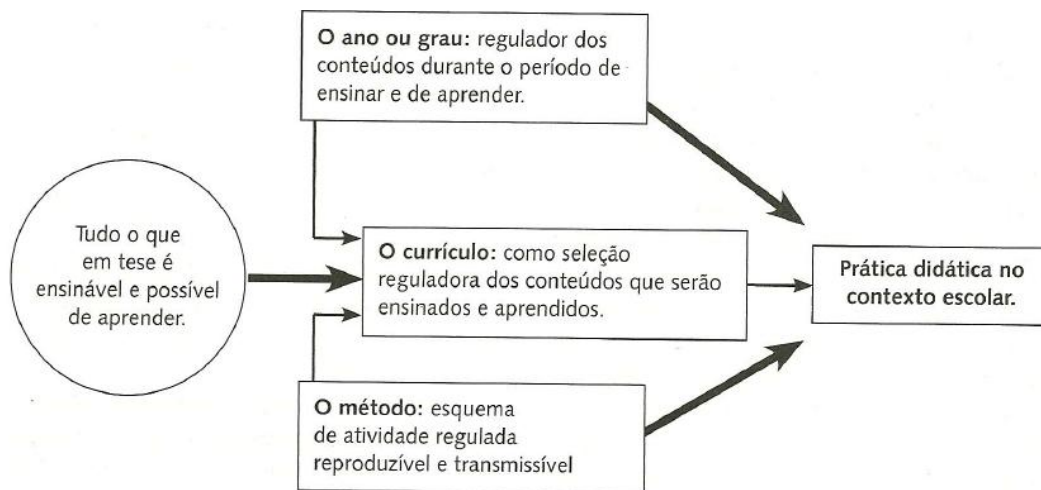
Considerando a perspectiva de que o currículo é uma construção social e cultural, e desse modo expressa determinada ideologia, cultura e classe social, Gimeno Sacristán (1998, p. 34), define o currículo como “o projeto seletivo de cultura, cultural, social, política e administrativamente condicionado, que preenche a atividade escolar e que se torna realidade dentro das condições da escola tal como se acha configurada”. Assim, quando pensamos o currículo temos que ter associados e integrados três elementos, a saber: *conteúdos*, *formatos* e *condições*, pois estando o currículo estruturado a partir dos *conteúdos*, a concretização qualitativa desse currículo não é independente dos *formatos* que este adota, nem das *condições* nas quais se desenvolve.

Assim, a ideia de currículo, embora algumas teorias a considerem “natural”, sempre esteve atrelada à seleção de conteúdos e a uma ordem de classificação dos conhecimentos, ou seja, à seleção e ao escalonamento do que deverá ser ensinado. Junto com essa ordenação do currículo, também está presente a regulação do

conteúdo (sobre o que é ensinado e sobre o que se aprende), na qual também são delimitados os territórios das disciplinas e suas especialidades. Tudo isso constituirá um conjunto, que ditará um padrão no qual estará pautado o que será considerado sucesso ou fracasso, o normal ou anormal, o quanto é satisfatória ou insatisfatória a escola, quem cumpre o que é estabelecido e quem não o faz (GIMENO SACRISTÁN, 2013).

A figura a seguir representa esse “poder regulador” atribuído ao currículo, e que ainda está presente nos dias atuais.

Figura 1 - O poder regulador do currículo, junto com outras “invenções”



Fonte: Gimeno Sacristán (2013, p. 18)

Assim, as teorias tradicionais de currículo, nos apresentaram uma estrutura estabelecida, na qual docentes e estudantes devem realizar aquilo que está previamente definido segundo uma lógica estabelecida por classificações do que deve ou não ser ensinado de acordo com séries e determinados métodos.

buscando a gênese desse conceito antigo e consolidado e considerando o acúmulo de significados que vêm sendo sobrepostos a ele, chegamos a uma primeira conclusão: o currículo proporciona uma ordem por meio da regulação do conteúdo da aprendizagem e ensino na escolarização moderna, uma construção útil para organizar aquilo do qual deve se ocupar a escolarização e aquilo que deverá ser aprendido. À capacidade reguladora do currículo foram agregados os conceitos de *classe*, *grau* e *método*, cujas histórias estão entrelaçadas, formando todo o dispositivo para normalização do que era ensinado ou deveria ser ensinado, como fazê-lo, e, uma vez que se fazia uma opção, também ficava determinado aquilo que não se podia ou não se deveria ensinar nem aprender. (GIMENO SACRISTÁN, 2013, p. 19)

Desse modo, de acordo com Silva (2015, p. 150):

O currículo tem significados que vão muito além daqueles aos quais as teorias tradicionais nos confinaram. O currículo é lugar, espaço, território. O currículo é relação de poder. O currículo é trajetória, viagem, percurso. O currículo é autobiografia, nossa vida, *curriculum vitae*: no currículo se forja nossa identidade. O currículo é texto, discurso, documento. O currículo é documento de identidade.

Silva (2015) nos apresenta uma classificação das teorias do currículo, partindo das tradicionais, passando pelas críticas e chegando às teorias pós-críticas. Segundo o autor, na teoria do currículo, as teorias pós-críticas devem se combinar com as teorias críticas para nos ajudar a compreender os processos pelos quais, através de relações de poder e controle, nos tornamos aquilo que somos, pois ambos os tipos de teorias nos ensinaram, de diferentes formas, que o currículo é uma questão de saber, identidade e poder. No fundo das teorias do currículo está, pois, uma questão de “identidade” ou de “subjetividade”, pois através dos currículos que vivenciamos é que nos tornamos muito do que somos. Quando pensamos em currículos, nas discussões cotidianas, pensamos apenas no conhecimento, esquecendo “que o conhecimento que constitui o currículo está inextricavelmente, centralmente, vitalmente, envolvido naquilo que somos, naquilo que nos tornamos: na nossa identidade, na nossa subjetividade” (p.15). De acordo com Silva, podemos afirmar que o currículo é também questão de identidade, além de uma questão de conhecimento.

Assim, temos que:

nas teorias críticas de currículo, ao deslocar a ênfase dos conceitos simplesmente pedagógicos de ensino e aprendizagem para os conceitos de ideologia e poder, por exemplo, nos permitiram ver a educação de uma nova perspectiva. Da mesma forma, ao enfatizarem o conceito de ideologia, as teorias pós-críticas de currículo efetuaram um outro importante deslocamento da nossa maneira de conceber o currículo. (SILVA, 2015, p. 17)

O quadro a seguir apresenta um resumo das grandes categorias de teorias do currículo (tradicionais, críticas e pós-críticas), de acordo com os conceitos que elas enfatizam.

Quadro 1 - Conceitos enfatizados nas teorias de currículo

Teorias	Tradicionais	Críticas	Pós-Críticas
Conceitos Enfatizados	Ensino	Ideologia	Identidade, alteridade, diferença
	Aprendizagem	Reprodução cultural e social	Subjetividade
	Avaliação	Poder	Saber-poder
	Metodologia	Classe social	Significação e discurso
	Didática	Capitalismo	Representação
	Organização	Relações sociais de produção	Cultura
	Planejamento	Conscientização, Emancipação e libertação	Gênero, raça, etnia, sexualidade
	Eficiência	Currículo oculto	Multiculturalismo
	Objetivos	Resistência	-----

Fonte: Adaptado de Silva (2015, p. 17) pela autora desta dissertação.

Ainda de acordo com Silva, para qualquer teoria do currículo, a questão central que serve de pano de fundo é *o que?*, ou seja, qual conhecimento deve ser ensinado. Isto, segundo o autor, nunca está desvinculado da pergunta *o que eles ou elas devem ser?*, ou ainda, *o que eles ou elas devem se tornar?*. Assim, Silva (2015, p. 15) afirma que “um currículo busca precisamente modificar as pessoas que vão ‘seguir’ aquele currículo”.

Assim, conforme afirma Gimeno Sacristán (2013, p. 9):

o currículo, no sentido que hoje costuma ser concebido, tem uma capacidade ou um poder de inclusão que nos permite fazer dele um instrumento essencial para falar, discutir e contrastar novas visões sobre o que acreditamos ser a realidade da educação, como o consideramos no presente e qual valor ele tinha para a escolaridade no passado. O currículo também nos serve para imaginar o futuro, uma vez que ele reflete o que pretendemos que os alunos aprendam e nos mostra aquilo que desejamos para ele e de que maneira acreditamos que possa melhorar. O currículo e sua implementação têm condicionado nossas práticas de educação. Portanto, ele é um componente formador da realidade do sistema de educação na qual vivemos; poderíamos dizer que o currículo dá forma à educação. Contudo, as práticas dominantes em determinado momento também condicionam o currículo; ou seja, ele é simultaneamente instituído por meio da realização das práticas.

Partindo dessa afirmação, deveríamos pensar e elaborar os currículos de modo que neles seja expressa e contemplada toda a complexidade dos fins da

educação, sendo capaz de possibilitar nos sujeitos (estudantes, professores e todos os envolvidos no processo educativo) a vivência de processos capazes de alcançar os objetivos propostos, considerando saberes prévios, o contexto social no qual estão inseridos, bem como buscar que os docentes se vejam como “docentes-educadores” de um texto curricular “de ampla cobertura”. (GIMENO SACRISTÁN, 2013)

Nesse sentido, quando consideramos que o currículo não é somente o que está descrito ou prescrito em documentos legais e formais, mas sim tudo o que ocorre dentro do ambiente escolar, temos que seria possível através do currículo o desenvolvimento do ser humano como indivíduo e cidadão crítico. Isso porque, de acordo com Gimeno Sacristán, para além dos conteúdos devem estar inseridos no currículo e em sua implementação (efetivação), os fins educacionais, listados a seguir, ainda que os resultados alcançados não sejam quantificáveis:

- Ampliar as possibilidades e as referências vitais dos indivíduos, seja lá de onde vierem. Ou seja, crescer e se abrir para mundos de referência mais amplos deve ser uma possibilidade para todos, ainda que isso se dê de maneira distinta e em medidas desiguais.
- Transformar as crianças em cidadãos solidários, colaboradores e responsáveis, fazendo com que tenham experiências adequadas e sejam reconhecidas como cidadãos enquanto são educadas.
- Fomentar nas crianças posturas de tolerância durante o próprio estudo das matérias, o que implica a transformação destas.
- Consolidar no aluno princípios de racionalidade na percepção do mundo, em suas relações com os demais e em suas atuações.
- Torná-los conscientes da complexidade do mundo, de sua diversidade e da relatividade da própria cultura, sem renunciar à sua valorização também como “sua”, à valorização de cada grupo, cultura, país, estilo de vida, etc.
- Capacitá-los para a tomada democrática de decisões. (2013, p.25)

Dessas afirmações decorre, entre outras implicações: a importância da efetivação de um currículo que faça sentido para o estudante e o docente que o vivenciam, resultando então na necessidade de se pensar o currículo de maneira articulada, integrada, partindo sempre de um perfil do estudante/profissional que se deseja formar e não de grades que sejam preenchidas com disciplinas isoladas entre si; a necessidade de entendermos que o currículo não se resume a uma simples listagem de conteúdo, com métodos para serem seguidos e transmitidos para os estudantes, pois o currículo são todas as vivências que acontecem no contexto escolar em todos os níveis, graus e modalidades de ensino; o currículo tem história, é construído em tempos e lugares, expressa relações de poder e valores.

3.2 A INTEGRAÇÃO CURRICULAR E SUAS FORMAS

Conforme já apresentamos, as teorias do currículo podem ser classificadas em tradicionais, críticas e pós-críticas. Nas teorias tradicionais a organização curricular está pautada na ordenação e arranjo dos conteúdos, de modo que serão desenvolvidos com base em uma ordem estabelecida de acordo com princípios psicológicos ou epistemológicos. Essa ordem pode assumir diversas possibilidades, sendo do mais simples ao mais complexo, do mais próximo ao mais distante, entretanto é sempre definida previamente. Nas teorias críticas e pós-críticas temos o questionamento da linearidade e da conseqüente ordenação prévia e rígida de conteúdos previstos para serem parte de um currículo. De acordo com Lopes (2008, p.9) “os currículos deixam de ser associados à transmissão do conhecimento e suas ordens para serem associados à produção de saberes e às relações de poder que sustentam a ordenação dos conteúdos e as relações sociais”.

De acordo com Lopes e Macedo (2011), na história do currículo, podem ser encontradas diversas propostas de currículo integrado/integração curricular, sendo apresentadas sob diversas denominações, a saber: currículo global, metodologia de projetos, currículo interdisciplinar, currículo transversal. Ainda segundo as autoras, em linhas gerais podemos pensar na integração em três modalidades diversas: 1) integração pelas competências e habilidades a serem formadas nos alunos; 2) integração de conceitos das disciplinas mantendo a lógica dos saberes disciplinares de referência; 3) integração via interesses dos alunos e buscando referência nas questões sociais e políticas mais amplas (via disciplinas escolares).

Nessas três modalidades, são diferentes os princípios de seleção e de organização do conhecimento escolar, conforme apresentado a seguir:

- ✓ Integração por competências: o conhecimento é selecionado e organizado via competências, que são definidas a partir das exigências do mercado produtivo.
- ✓ Integração por conceitos de disciplinas: o conhecimento é selecionado e organizado via disciplinas de referência e o conhecimento especializado, ou seja, espera-se que o processo de ensino e aprendizagem transmita aos alunos a lógica do conhecimento científico, considerado como o conhecimento de referência.

- ✓ Integração via interesses dos alunos: o conhecimento é selecionado e organizado tendo como critério básico as finalidades sociais a serem atendidas.

Cada uma dessas modalidades tem princípios integradores específicos, assim como de acordo com a concepção de conhecimento defendida e as finalidades da escolarização, diferentes perspectivas de currículo são apresentadas, a saber:

1) Por competências: contexto de aplicação de um saber-fazer, sendo os **saberes integrados na ação**. Essa modalidade de integração curricular se aproxima da perspectiva instrumental, na qual “a escola é compreendida como uma instituição que tem a finalidade de formar cidadãos capazes de gerar um benefício mais amplo para a sociedade”. (LOPES e MACEDO, 2011, p. 74). Desse modo, o conhecimento que a ser ensinado na escola deve ser “o conhecimento capaz de ser traduzido em competências, habilidades, conceitos e desempenhos passíveis de serem transferidos e aplicados em contextos sociais e econômicos fora da escola.” (LOPES e MACEDO, 2011, p. 74).

2) Por conceitos das disciplinas: conceitos e princípios da ciência que integra as diferentes disciplinas, sendo os **saberes integrados de maneira interdisciplinar**. Essa modalidade de integração se aproxima da perspectiva acadêmica na qual o conhecimento é considerado um saber capaz de passar por validação de saberes no contexto de uma disciplina acadêmica especializada. Assim, “o conhecimento é um conjunto de concepções, ideias, teorias, fatos e conceitos submetidos às regras e aos métodos consensuais de comunidades intelectuais específicas”. (LOPES e MACEDO, 2011, p. 71).

3) Via interesses dos alunos: currículo pensado a partir das finalidades educacionais mais amplas que se tenham em pauta e **organizado de acordo com os interesses dos alunos**. Essa modalidade de integração se aproxima da perspectiva crítica, que “problematiza o que se entende por conhecimento e lança as bases para que seja questionado o que conta como conhecimento escolar”. (LOPES e MACEDO, 2011, p. 77). É questionado porque determinados conhecimentos são selecionados e outros não. Nessa perspectiva não cabe apenas selecionar determinados conhecimentos, mas efetuar crítica do conhecimento produzido e de seus modos de produção.

Com relação à primeira modalidade de integração curricular, ou seja, a **integração por competências**, quando buscamos uma primeira aproximação com a definição do termo “competência” temos que, segundo Perrenoud (1999), a **competência** possui múltiplos significados, não existindo uma definição clara e partilhada. Entretanto, ele a define como sendo “uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles” (p. 7). Ainda de acordo com Perrenoud, é necessária a ação sinérgica de vários recursos cognitivos, entre os quais se encontram os conhecimentos, para que se enfrente uma situação da melhor maneira possível. Desse modo, as competências manifestadas em determinada situação não são em si os conhecimentos, mas se utilizam, integram ou mobilizam tais conhecimentos.

Ainda de acordo com Perrenoud (1999, p. 8)

Uma competência nunca é a implementação “racional” pura e simples do conhecimento, de modelos de ação, de procedimentos. Formar em competências não pode levar a dar as costas à assimilação de conhecimentos, pois a apropriação de numerosos conhecimentos não permite, *ipso facto*, sua mobilização em situações de ação.

Dessa forma, a construção de competências é inseparável da formação de esquemas de mobilização dos conhecimentos, ou seja, não deve haver conflito ou prioridade entre as competências e os conhecimentos, mas sim a complementaridade entre eles.

Tendo como premissa essa afirmação podemos dizer que os currículos deveriam ser pensados a partir da mobilização de conhecimentos e não somente por meio da transmissão de um número enorme de conhecimentos que não são mobilizados e, portanto, tornam-se sem significado ou sentido para o estudante.

Assim, de acordo com Perrenoud (1999), só há competência estabilizada quando a mobilização dos conhecimentos supera o tatear reflexivo ao alcance de cada um e aciona esquemas constituídos. Desse modo:

Uma competência seria, então, um simples esquema? Eu diria que antes ela orchestra um conjunto de esquemas. Um esquema é uma totalidade constituída, que sustenta uma ação ou operação única, enquanto uma competência com uma certa complexidade envolve diversos esquemas de percepção, pensamento, avaliação e ação, que suportam inferências, antecipações, transposições analógicas, generalizações, apreciação de probabilidades, estabelecimento de um diagnóstico a partir de um conjunto de índices, busca de informações pertinentes, formação de uma decisão, etc. (...) (p. 24).

Quando afirmamos, de acordo com Perrenoud, que a competência orchestra um conjunto de esquemas, entendemos que a competência não se forma com assimilação de conhecimentos, mas sim através da construção de um conjunto de esquemas que permitem mobilizar esses conhecimentos, atuando com discernimento, em determinada situação, em determinado momento.

Então:

A escolaridade geral pode e deve, tanto quanto as formações profissionalizantes, contribuir para construir verdadeiras competências. Não é uma simples questão de motivação ou de sentido, mas sim uma questão didática central: aprender a explicar um texto “para aprender” não é aprender, exceto para fins escolares, pois existem tantas maneiras de explicar ou de interpretar um texto quantas perspectivas gramaticais. Se esse aprendizado não for associado a uma ou mais práticas sociais, suscetível de ter um sentido para os alunos, será rapidamente esquecido, considerado como um dos obstáculos a serem vencidos para conseguir um diploma, e não como uma competência a ser assimilada para dominar situações da vida. (PERRENOUD, 1999, p.45).

A partir do exposto, a integração por competências organiza o currículo segundo módulos de ensino que ultrapassam as disciplinas. Esses módulos são organizados com o “conjunto de saberes entendidos como necessários à formação das competências esperadas”. (LOPES e MACEDO, 2011, p. 68)

Assim, “as competências constituem-se como princípios de integração do conhecimento: há necessidade de articular saberes disciplinares diversos, para o desenvolvimento de um conjunto de habilidades e comportamentos e para a aquisição de determinadas tecnologias”. (LOPES e MACEDO, 2011, p. 68)

No que se refere à segunda modalidade – via **conceitos das disciplinas** –, devemos considerar que nesse caso a integração permitirá desenvolver a existência (ou não) de relações entre os objetivos das disciplinas que estarão sendo trabalhadas de maneira integrada. Essa concepção de currículo integrado de acordo com Lopes e Macedo (2011), quando as disciplinas têm suas fontes de organização situadas no conhecimento de referência, é também a partir do conhecimento de referência que é pensada sua integração, de modo que as disciplinas se inter-relacionem a partir de problemas e temas comuns citados nas disciplinas de referência.

De acordo com Lopes (2008):

Essa concepção de currículo integrado, que valoriza as disciplinas individuais e suas inter-relações, permanece hoje na noção de interdisciplinaridade. Defender a interdisciplinaridade pressupõe considerar a classificação disciplinar e, ao mesmo tempo, conceber formas de inter-relacionar as disciplinas a partir de problemas e temas comuns situados nas disciplinas de referência. (p.73).

Considerando as disciplinas de referência, essa modalidade de integração curricular considera que é “do saber especializado acumulado pela humanidade que devem ser extraídos os conceitos e os princípios a serem ensinados aos alunos”. (LOPES, 2008, p. 72).

Por fim, a terceira modalidade de integração curricular – via **interesses dos alunos** – considera que os conteúdos escolares devem ser definidos em função de finalidades sociais a serem alcançadas. Assim, essa concepção de integração curricular questiona a lógica da integração curricular disciplinar, assumindo uma perspectiva crítica, segundo a qual a integração deve ser pensada com base em princípios derivados das experiências e dos interesses dos estudantes.

Essa integração pode se realizar por projetos, os quais, de acordo com Lopes e Macedo (2011), buscam desenvolver uma ação no ambiente social, de maneira que os alunos resolvam em sala de aula problemas reais de seu cotidiano, promovendo assim maior socialização entre eles, bem como melhoria na qualidade de vida das pessoas, o que estaria associado a novas habilidades e atitudes aprendidas pelo estudante, vistas como possíveis de serem aplicadas no seu meio social. Desse modo, a integração dos saberes se desenvolve por meio da realização de atividades em equipe, pelos alunos, a respeito de temáticas de seu interesse.

Outra forma de integração via interesses dos alunos é a dos temas transversais. Lopes e Macedo (2011, p. 127) afirmam que:

a pretensão é de que determinados temas, entendidos como vinculados ao cotidiano dos alunos e às questões de importância social, sejam escolhidos para fazerem parte do currículo atravessando todas as disciplinas escolares, mantidas em um eixo considerado como longitudinal.

Encontramos ainda, na integração curricular via interesses dos alunos, o currículo organizado em temas, aos quais se conectam conceitos, dos quais, por sua vez, se derivam atividades. Os temas são definidos em função dos interesses dos alunos e da perspectiva de desenvolvimento crítico da comunidade da escola. (LOPES e MACEDO, 2011, p. 130)

As autoras afirmam que:

em um mundo cada vez mais volátil, onde tudo é transitório e extremamente rápido, as formas de conceber o espaço e o tempo geram modificações na estrutura curricular. As fronteiras se dissipam e passa a importar, sobretudo, a capacidade de criar novos lugares que favoreçam a mobilidade: mudar de lugar para lugar, em constante *lugarização* e mobilização. (...) (LOPES e MACEDO, 2011, p. 136)

Desse modo, em qualquer uma das propostas de integração curricular, sejam elas por competências, por disciplinas de referência (interdisciplinaridade) ou pelo interesse dos alunos (projetos, temas transversais, temas), é fundamental que todos os envolvidos no processo tenham clareza do que está sendo proposto para que se qualifique o trabalho que será desenvolvido.

Lopes (2008, p. 38) cita Bernstein, segundo quem as alterações nos códigos de organização curricular são, sobretudo, alterações nas relações de poder e de controle que regem os currículos. Assim:

Ao desconsiderar essa conclusão, muitas das propostas de currículo integrado ao longo da história transformam a discussão sobre mudanças na organização curricular em uma questão técnica, a ser resolvida simplesmente por meio de novas grades curriculares, novas concepções dos professores ou mesmo novas dinâmicas na administração escolar. Frequentemente é menosprezada a análise de como tais dimensões estão imbricadas às finalidades sociais da escolarização em dado momento histórico. Se essas finalidades não são questionadas, as mudanças tendem a não se efetivar, recaindo sobre o corpo docente e a escola a responsabilidade pelo conservadorismo.

Assim, além da participação de todos os envolvidos no processo de estruturação de um currículo ser de fundamental importância, apresenta-se também como extremamente relevante considerar a finalidade social desse currículo que está sendo proposto, assim como seu contexto histórico, não podendo se restringir a alterações apenas nos conteúdos a serem ensinados.

4 O CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UFSCAR

Nesta seção será apresentado o curso de Graduação em Medicina da UFSCar, considerando suas características gerais, seu marco conceitual e seu marco estrutural. Como fontes de sua elaboração foram utilizados: os Cadernos de Curso (2006; 2007); o Projeto Pedagógico do Curso (2007); e textos teóricos de referência, produzidos por docentes que participaram da elaboração da proposta do curso e atuaram nele durante seus primeiros anos de funcionamento.

4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS

O Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de São Carlos foi criado em 2005, de acordo com a Resolução ConsUni nº 500 de 29 de abril de 2005, tendo sua criação efetivada pela Portaria GR nº 128 de 07 de junho de 2005, com 40 vagas anuais e duração de 6 anos, tendo iniciado efetivamente suas atividades em 2006, com o ingresso da primeira turma de estudantes.

A aprovação do mérito do Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina ocorreu em 03 de junho de 2005, conforme parecer nº 988 do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CEPE) da UFSCar, tendo como base um projeto preliminar elaborado por uma comissão assessora do CEPE designada pela Portaria GR nº 098/05-A, de 25 de abril de 2005. Dessa comissão assessora participaram os professores: Arthur Goderico Forghieri Pereira, Everton Sandoval Giglio, João José Batista de Campos, Marilda Siriani Oliveira, Ricardo Shoitai Komatsu, Roberto de Queiroz Padilha, Roseli Ferreira da Silva, Sissi Marília dos Santos Forghieri Pereira e Valeria Veranschli Lima, sendo que os professores Arthur e Marilda passaram a integrar o corpo docente do curso em regime de colaboração e os professores Roberto, Roseli, Sissi e Valeria, passaram a integrar o corpo docente do curso de graduação em Medicina da UFSCar, como docentes efetivos.

Consta na introdução do Projeto Pedagógico do curso que:

o processo de discussão do Projeto Político Pedagógico da Medicina com segmentos da comunidade acadêmica da UFSCar e da sociedade são-carlense foi realizado por membros da comissão assessora do CEPE para a implantação do curso. Nesses encontros foram abordadas tanto a opção e decisão política de criação do curso, como os aspectos específicos do projeto que trazia uma concepção e organização curricular inovadoras. (PPC MEDICINA, 2007, p.5)

Essa proposta de Projeto Pedagógico foi validada por professores, já contratados para atuarem junto ao Departamento de Medicina em 2006, e aprovada posteriormente pela Câmara de Graduação² (CaG), da Pró-Reitoria de Graduação da UFSCar. Importante destacar que 3 (três) docentes que participaram desse processo inicial de validação da Proposta de Projeto Pedagógico do curso em 2006, e que fazem parte do corpo docente do curso de graduação em Medicina da UFSCar nos dias atuais, foram entrevistados como participantes desta pesquisa.

Para a criação do curso de graduação em Medicina na UFSCar, foram apresentadas como justificativas:

O papel estratégico das universidades, especialmente as de caráter público para o desenvolvimento do país;
 O incentivo à retomada do crescimento e expansão das instituições federais de ensino superior;
 A existência de uma única universidade federal localizada no interior do Estado de São Paulo – UFSCar, com tradição na formação de profissionais na área da saúde;
 A celebração da parceria entre a Prefeitura Municipal de São Carlos e a Universidade Federal de São Carlos para a constituição da Rede Escola de Saúde e desenvolvimento do Curso de Medicina;
 A abertura de vagas de residência médica junto à Rede Escola de Saúde;
 A disponibilização de recursos orçamentários específicos para aquisição de recursos educacionais e para a contratação do quadro de docentes e técnicos administrativos, bem como construção e funcionamento do Departamento de Medicina;
A proposição de um projeto político pedagógico inovador, voltado à formação orientada por competência e segundo uma abordagem educacional construtivista. (PPC MEDICINA, p.4, grifo nosso)

Considerando a última justificativa, o PPC está fundamentado nos seguintes pressupostos teóricos, que constituem o seu marco conceitual: currículo orientado por competência, integração teoria-prática e abordagem educacional construtivista. Eles serão explicitados na seção seguinte.

² A Câmara de Graduação, a partir de 2008, foi substituída pelo Conselho de Graduação (CoG)

4.2 MARCO CONCEITUAL

O currículo do curso de graduação em Medicina da UFSCar é orientado por competência, segundo a “abordagem dialógica da competência”. Esse conceito é assim desenvolvido por Lima (2005, p. 370-371):

Na literatura educacional, podem-se verificar três relevantes abordagens conceituais sobre competência: uma considera competência como sendo uma coleção de atributos pessoais; outra vincula o conceito aos resultados observados/obtidos (tarefas realizadas) e uma terceira propõe a noção de competência dialógica, originada na combinação de atributos pessoais para a realização de ações, em contextos específicos, visando atingir determinados resultados.

Na abordagem dialógica, há um resgate integrador dos dois enfoques semânticos do termo competência, uma vez que coloca os atributos pessoais em relação com distintas construções sociais que legitimam esses atributos de acordo com a história das sociedades em diferentes épocas.

Desse modo, conforme descrito no PPC do curso de graduação em Medicina da UFSCar, o profissional será considerado competente quando desenvolver sua atuação profissional de maneira ética e com excelência no cuidado à saúde das pessoas, participando de modo ativo e corresponsável da gestão do trabalho em saúde e dos processos educativos essenciais ao trabalho nessa área.

A concepção de competência dialógica, apresentada no PPC, busca que estejam “articuladas, ou melhor, dialogadas: diversas perspectivas sobre o que é ser competente; capacidades cognitivas, afetivas e psicomotoras que qualificam as ações profissionais; ações, segundo contexto e critérios de excelência”. (PPC MEDICINA, 2007, p. 18)

Nesse contexto, as áreas de competência, sendo entendidas aqui como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, atuam de forma complementar e contínua para alcançar o objetivo proposto para o perfil de profissional a ser formado. Assim, a organização do currículo, segundo um perfil de competência, tem por objetivo oferecer experiências educacionais nas quais os estudantes possam desenvolver suas capacidades de modo articulado, bem como favorecer a mobilização destas capacidades, frente a um determinado contexto.

O perfil do egresso do curso de graduação em Medicina da UFSCar está pautado em três áreas de competência, desenvolvidas de modo complementar e contínuo: Saúde, Gestão e Educação.

Na área de competência de Saúde³:

Visamos formar um profissional com capacidades para enfrentar o processo de adoecimento, de modo a diminuir o sofrimento humano e, sempre que possível, melhorar a qualidade de vida das pessoas. **O foco da atenção é transferido da modelo queixa/conduita para a integralidade do cuidado e isso significa atuar, tanto na promoção da saúde e prevenção de doenças, como no diagnóstico e tratamento da maioria dos problemas de saúde das pessoas e de grupos sociais.** Espera-se dos profissionais que se dedicarem a uma determinada especialidade, após sua formação, a manutenção de uma atuação no contexto da integralidade do cuidado à saúde. Essa abordagem oferece aos pacientes um diferencial no sentido da efetividade e da humanização do cuidado. (PPC MEDICINA, 2007, p. 13-14, grifo nosso)

Na área de competência de Gestão⁴:

O egresso deverá apresentar capacidades para trabalhar em equipe e construir, coletivamente, processos democráticos, participativos e co-responsáveis que visem à qualidade, eficiência e efetividade na organização do trabalho em saúde, de modo ético e socialmente comprometido. (PPC MEDICINA, 2007, p.14)

Na área de competência de Educação⁵:

O egresso deverá apresentar capacidades para aprender a aprender, produzir novos conhecimentos em bases científicas e éticas e segundo os referenciais da pesquisa em saúde. Deve socializar saberes, respeitando valores diferentes dos seus e a experiência prévia de pacientes, familiares, acompanhantes, profissionais de saúde formados e em formação, a partir de referenciais da educação de adultos e da abordagem construtivista do processo ensino-aprendizagem. (CADERNO DO CURSO DE MEDICINA, 2007, p.14)

Diante do exposto:

A competência é uma síntese que se expressa numa prática de excelência frente às situações relacionadas a uma determinada profissão. Para esse enfrentamento, o profissional competente mobiliza um conjunto de capacidades que fundamentam e qualificam suas intervenções, segundo contexto e critérios de excelência. (CADERNO DO CURSO DE MEDICINA, 2006, p 24)

É importante destacarmos que o conjunto de competências que compoariam as 3 áreas – Saúde, Gestão e Educação – foi definido por meio de atividades⁶ centradas na investigação da prática profissional de médicos considerados competentes, indicados por professores e estudantes do departamento de Medicina

³ ANEXO A: QUADRO COM A DESCRIÇÃO DA ÁREA DE COMPETENCIA DE SAÚDE

⁴ ANEXO B: QUADRO COM A DESCRIÇÃO DA ÁREA DE COMPETENCIA DE GESTÃO

⁵ ANEXO C: QUADRO COM A DESCRIÇÃO DA ÁREA DE COMPETENCIA DE EDUCAÇÃO

⁶ A metodologia empregada consistiu no levantamento da perspectiva de cada indicado sobre o que é ser um profissional competente na medicina e das características das respectivas práticas. As ideias apresentadas, após esclarecimentos e análise de mérito, foram agrupadas por afinidade em núcleos de sentido e categorizadas em áreas de competência, que delimitaram o campo de atuação profissional. Cada área foi construída por meio da articulação entre as ações-chave que a caracterizam, as capacidades ou atributos que são mobilizados e combinados para a realização dessas ações em contexto e os critérios que traduzem uma prática de excelência.

da UFSCar, representantes do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, representantes do grupo de implantação do Curso de Medicina, todas as universidades públicas do Estado de São Paulo com curso de medicina, associações médicas e de residentes, sindicato dos médicos, gestores de saúde e usuários.

De acordo com Lima (2005, p. 372):

a construção de currículos e programas educacionais orientados por competência seleciona os conteúdos legítimos e relevantes para a formação e define seus processos pedagógicos para o desenvolvimento prioritário: de tarefas e resultados (fazer) fundamentadas por um modelo comportamental da educação e psicologia; de atributos, fortemente centrados no conhecimento (saber), uma vez que quem sabe ou conhece é capaz de fazer; ou da prática profissional em diferentes contextos, a partir de uma combinação de atributos empregados para a realização de ações, segundo padrões de excelência socialmente construídos.(...)
Assim, é na ação, no desempenho perante as situações da prática que o estudante pode utilizar conhecimentos e habilidades ressignificados por meio do conjunto de seus valores pessoais.

Conforme consta do Projeto Pedagógico do curso de graduação em Medicina da UFSCar, **o currículo é integrado e orientado por competência**, articulando atividades de simulação da prática profissional com atividades de trabalho em situações reais de cuidado à saúde de pessoas e comunidades. Dessa maneira, no currículo integrado e pautado na abordagem dialógica de competência a construção de significado:

pressupõe a transferência da aprendizagem baseada nos conteúdos para uma aprendizagem baseada na integração teoria-prática. É na reflexão e na teorização a partir das ações da prática profissional, preferencialmente realizadas em situações reais do trabalho, que estudantes e docentes constroem e desenvolvem capacidades. Orientar o processo ensino aprendizagem por competência tem, por definição, um caráter prático e social. Os conteúdos passam a ser explorados considerando-se o significado a eles atribuídos e sua consistência e funcionalidade para o enfrentamento de situações reais e complexas, segundo padrões de excelência socialmente definidos. (LIMA, 2005, p.374)

Sendo assim, a integração curricular proposta para o curso de graduação em Medicina da UFSCar está pautada na integração teoria/prática, na integração entre as áreas de conhecimento consideradas para a formação dos estudantes, na integração entre os aspectos cognitivo, afetivo e psicomotor, bem como na integração entre as atividades curriculares desenvolvidas no curso, sejam elas reais ou simuladas, de modo que o estudante desenvolva a reflexão na ação e a

mobilização de saberes que irão assegurar a transferência de aprendizagens de um contexto de ação para o outro.

Desse modo, quando são trabalhadas situações de aprendizagem reais, ou seja, quando as atividades são desenvolvidas com a inserção do estudante no ambiente real, através da prática profissional, busca-se estimular e assegurar a formação do vínculo e da co-responsabilização desse estudante com os profissionais das equipes de saúde, com as pessoas que serão atendidas e com os serviços de saúde na qual estiverem inseridos. Isso tudo fundamentará a reflexão e a teorização das atividades, pautadas na prática profissional. É importante destacar que nessas atividades reais e práticas, o estudante está sob permanente supervisão e acompanhamento e a progressão da autonomia desse estudante ocorre segundo o domínio que ele apresenta em relação à realização e à fundamentação das ações em contextos específicos. (PPC MEDICINA, 2007)

Já as situações simuladas são desenvolvidas em ambientes protegidos, podendo ser utilizadas situações-problema de papel⁷ e outros disparadores como filmes, dramatizações e atendimentos simulados da prática profissional, com pacientes simulados e/ou manequins. Essas atividades têm por objetivo a proteção das pessoas, uma vez que a aprendizagem é fundamentada na explicitação das capacidades prévias e, nesses momentos, é importante que o erro e os desentendimentos apareçam sem que haja a produção de danos. (PPC MEDICINA, 2007). A integração dessas situações reais e simuladas ocorre quando se busca a correspondência entre a atividade selecionada, a prática profissional e as situações reais enfrentadas. O confronto com essas situações, reais ou simuladas, visa garantir o desenvolvimento de uma aprendizagem significativa, articulando as dimensões ético-social, técnico-política e intersubjetiva, visando ao desenvolvimento integrado dos domínios cognitivo, psicomotor e afetivo.

⁷ São problemas construídos, em grupo, pelos professores das atividades curriculares de situações-problema, que abordam o processo saúde-doença de maneira ampla, contemplando e integrando desde as bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, até a forma como o médico os utiliza como os determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais do processo saúde-doença, para cada pessoa e para grupos e comunidades.

De acordo com o exposto, Lima (2005, p. 375) afirma que:

A utilização de situações reais ou simuladas da prática profissional garante uma aproximação imediata da aprendizagem ao mundo do trabalho, favorecendo a construção de novos saberes a partir do reconhecimento da prática em questão e do potencial significativo das ações observadas e/ou realizadas, assim como da funcionalidade das capacidades a serem desenvolvidas para melhor qualificar essas ações.

Conforme apresentado, a partir da articulação trabalho/formação, da integração teoria/prática e do reconhecimento de que tanto os processos de formação como os de trabalho produzem conhecimentos técnicos e políticos, o projeto do curso de graduação em Medicina se autodefine como inovador na abordagem educacional e na organização do cuidado à saúde das pessoas.

Nessa perspectiva, os estudantes, os professores e os profissionais da rede de saúde atuam de maneira articulada, com corresponsabilidade, tanto na formação como no cuidado à saúde. São utilizadas **metodologias ativas no processo de ensino e aprendizagem, pautadas na abordagem construtivista**. De acordo com o descrito no PPC do curso, as metodologias ativas utilizadas representam uma combinação de elementos da problematização e da aprendizagem baseada em problemas (ABP), bem como da espiral construtivista.

A utilização de metodologias ativas (MA) na educação formal tem suas primeiras experiências no movimento escolanovista, segundo o qual a educação deve voltar-se a vivências de experiências, ao invés da transmissão de temas abstratos (LIMA, 2017).

De modo geral as metodologias ativas proporcionam o engajamento dos educandos no processo de ensino e aprendizagem, de modo que sejam desenvolvidas suas capacidades crítica e reflexiva, a partir do que estão vivenciando/realizando. (LIMA, 2017)

Visam promover: (i) pró atividade, por meio do comprometimento dos educandos no processo educacional; (ii) vinculação da aprendizagem aos aspectos significativos da realidade; (iii) desenvolvimento do raciocínio e de capacidades para intervenção na própria realidade; (iv) colaboração e cooperação entre participantes. (LIMA, 2017, p. 424)

A aprendizagem baseada em problemas (ABP), de acordo com Lima e Padilha (2018), tem raízes no movimento escolanovista, e mesmo sem referências diretas, a ABP se alinha a esse movimento ao colocar as necessidades dos

estudantes como o centro do processo de ensino e aprendizagem, ao valorizar o desenvolvimento das capacidades para a resolução de problemas e não para a memorização de conteúdos e ao destacar o papel do docente como o mediador do processo e não mais como a figura central e total detentora do saber. É importante destacar que essa metodologia envolve a organização dos estudantes em pequenos grupos, a orientação por problemas e fundamentação na análise crítica de informações.

Na pedagogia construtivista:

o estudante é o centro do processo educacional e assume o papel ativo na busca e construção de novos conhecimentos. A adoção de metodologias ativas de ensino aprendizagem tem como alicerces as ideias de autonomia e responsabilidade na construção do saber, isto é, o desenvolvimento de novos conhecimentos deve ser governado pelos educandos. O autogerenciamento do processo de formação pressupõe o desenvolvimento da capacidade de aprender a aprender. (SOEIRO; OLIVEIRA; SCHIESARI; OLIVEIRA, 2018, p. 74)

Desse modo, as metodologias ativas e a abordagem construtivista, presentes no PPC do curso de graduação em Medicina da UFSCar, buscam romper com as teorias tradicionais de ensino e aprendizagem, no qual a centralidade do processo de ensinar está pautado na figura do professor, e o processo de aprender fica atrelado à figura do estudante que recebe de maneira passiva e unilateral o que lhe é transmitido pelo professor.

Nesse sentido, de acordo com o que consta do PPC (2007, p.13):

[...] os papéis tradicionais de estudantes e docentes são reescritos numa perspectiva bilateralmente participativa, porém centrada no estudante. Essa centralidade é traduzida pela orientação e pelo foco do processo ensino-aprendizagem que se transfere do docente para os estudantes. Cabe aos estudantes estabelecerem um efetivo diálogo com a situação-problema, explicitando suas concepções e compreensões, formulando questões e perguntas que deverão contribuir para a construção das pontes entre os conhecimentos e demais capacidades prévias e as novas capacidades requeridas para melhor compreender e atuar frente a uma determinada situação-problema; cabe ao docente o papel de facilitador desse processo, estimulando e orientando os estudantes no desenvolvimento de competência.

A organização das experiências de ensino-aprendizagem busca favorecer o desenvolvimento integrado dos domínios cognitivo, afetivo e psicomotor, permitindo a reflexão-na-ação e a mobilização de saberes que assegurem a transferência de aprendizagens de um contexto de ação para outro. Essa orientação pressupõe a

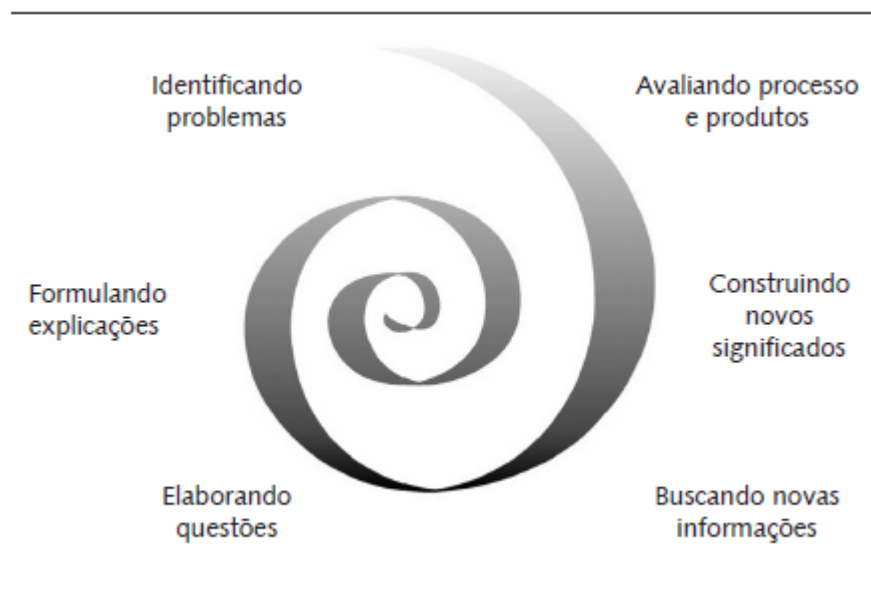
redefinição do lugar e do papel do docente e do estudante, agora presentes em um espaço de mediação de saberes.

Diante do exposto, de acordo com Lima et al. (2007) os conhecimentos prévios dos estudantes são considerados como ponto de partida para o desenvolvimento das atividades curriculares do curso, sejam elas reais ou simuladas. Assim, busca-se a substituição dos processos de memorização e transferência do conhecimento de modo unidirecional e fragmentado, partindo-se para a construção significativa do saber, bem como o desenvolvimento das capacidades crítico-reflexivas e de aprender a aprender, sendo essas pautadas em um movimento em espiral, denominado espiral construtivista (EC).

A EC “é uma metodologia educacional que visa favorecer o processo de ensino-aprendizagem, por meio da dialogia”. (LIMA, 2018, p. 64)

A utilização de uma espiral para representar o processo educacional foi inspirada na dialogia que, como princípio, possibilita a articulação de diferentes pontos de vista, num metaponto de vista construído no diálogo de distintas perspectivas, inclusive aquelas aparentemente, antagônicas. (...). A espiral também traduz um processo aberto, em permanente movimentação e recursão organizacional. (LIMA, 2018, p. 64)

Figura 2 - Espiral construtivista do processo de ensino-aprendizagem a partir da exploração de uma situação-problema



De acordo com o Projeto Pedagógico do Curso, essa esquematização do processo ensino-aprendizagem na forma de uma espiral busca a representação de movimentos considerados como contínuos, que são desenvolvidos nas atividades curriculares, de modo a:

identificar os conhecimentos prévios dos estudantes, representados na espiral pelos movimentos: identificando problemas, formulando explicações e elaborando questões. Esse movimento é denominado **síntese provisória**⁸.

produzir novas sínteses e novos significados, representados na espiral pelos movimentos: buscando novas informações, construindo novos significados e avaliando processo e produtos. Esse movimento é denominado **nova síntese**⁹.

Os movimentos representados na espiral são os seguintes:

1. Identificando Problemas

Esse movimento busca a explicitação dos saberes prévios e ajuda o grupo na identificação das fronteiras dos seus conhecimentos em relação aos problemas ou desafios apresentados tanto pelas situações-problema como pelas situações reais vivenciadas na prática. Assim, não será identificado um problema apenas, mas sim um conjunto de problemas que são o resultado das diferentes perspectivas e interpretações.

2. Formulando Explicações

A formulação de explicações é originada a partir dos problemas identificados e a respectiva explicitação de pressupostos iniciais pelos estudantes, que resultarão em hipóteses. Quanto maior o número de hipóteses, maiores as possibilidades de produção de explicações mais abrangentes. Deve-se respeitar e considerar os repertórios construídos nas experiências de cada estudante. O reconhecimento de imprecisões, incompletudes, incongruências, ambiguidades e outros desafios devem resultar na elaboração de questões de aprendizagem. (LIMA, 2017)

3. Elaborando Questões

As questões de aprendizagem servirão como orientação para a busca de novas informações, permitindo aos estudantes testar as hipóteses formuladas.

⁸ A Síntese provisória corresponde ao momento de síncrese, como uma visão global e inicial da realidade. (LIMA, 2017, p.428)

⁹ A Nova síntese corresponde aos momentos de análise e síntese. A partir da busca, a “nova síntese” representa a possibilidade de reconstrução dos saberes, à luz da ciência. (LIMA, 2017, p.428)

Assim, o grupo deverá escolher as questões consideradas como fundamentais para o desenvolvimento das competências esperadas.

4. Buscando Novas Informações

A busca de novas informações, a partir das questões de aprendizagem permite a teorização e a construção de novos significados por parte de estudantes e docentes. “A análise das estratégias de busca e do grau de confiabilidade das fontes, assim como a avaliação crítica da produção das informações obtidas, devem ser exploradas no encontro de nova síntese”. (LIMA, 2017, p. 429)

5. Construindo Novos Significados

Nesse movimento ocorre o confronto entre os saberes prévios e as novas informações trazidas pelos estudantes.

as novas informações devem ser compartilhadas, no sentido de se verificarem graus de consenso entre as diversas fontes pesquisadas, e a consistência, coerência ou abrangência dos sistemas explicativos encontrados na literatura. Embora haja a possibilidade de serem construídos novos saberes na “síntese provisória”, em função da troca entre os participantes, essa construção assume um caráter científico na “nova síntese”, fundamentado por melhores evidências. O confronto de informações na “nova síntese” deve reconhecer os vieses e erros na produção de conhecimentos, assim como a necessidade de contextualização e de defesa da dimensão ética nessa produção. (LIMA, 2017, p. 429)

6. Avaliando Processo e Produtos

A avaliação de todo o processo de ensino-aprendizagem é permanente, assumindo a avaliação formativa o papel determinante para a melhoria do processo, pois são realizadas autoavaliação (estudantes e docentes), avaliação entre pares, na qual os docentes (facilitadores) e os estudantes se avaliam mutuamente, com o objetivo de melhorar o trabalho do pequeno grupo, bem como o processo de ensino-aprendizagem.

4.3 MARCO ESTRUTURAL

O curso de graduação em medicina da UFSCar, segundo seu PPC, visa formar profissionais médicos competentes, enfatizando a:

- ✓ formação geral, humanista, ética, crítica e reflexiva, orientada ao desenvolvimento de excelência na prática profissional, por meio da integração teoria/prática e da utilização de uma abordagem construtivista do processo ensino-aprendizagem;
- ✓ articulação com os serviços de saúde, pela participação de estudantes e professores na prestação de cuidados qualificados à saúde, nos diferentes cenários e serviços da rede de cuidados progressivos, à luz dos princípios da universalidade, equidade e integralidade; e pela participação de preceptores vinculados aos serviços de saúde na formação dos estudantes;
- ✓ articulação ensino-pesquisa-extensão pela construção de novos saberes voltados à melhoria da saúde das pessoas e, por extensão, da qualidade de vida da sociedade. (PPC MEDICINA 2007, p. 19)

O desenvolvimento das atividades curriculares no curso de graduação em Medicina da UFSCar acontece em pequenos grupos (8 a 10 estudantes) com a presença de um docente que atua como facilitador da aprendizagem, promovendo uma relação mais horizontalizada entre os estudantes e os docentes, buscando assim estimular a postura crítico-reflexiva do estudante. (PPC MEDICINA 2007)

O curso possui uma carga horária total de 9345 horas, a ser integralizada em 6 anos, em período integral. Está estruturado com seriação anual e progressão bianual, correspondente aos três ciclos educacionais da sua estrutura curricular:

Ciclo 1. Integralidade do Cuidado I: primeiro e segundo anos letivos;

Ciclo 2. Integralidade do Cuidado II: terceiro e quarto anos letivos e

Ciclo 3. Integralidade do Cuidado III: quinto e sexto anos letivos (internato)

Cada ciclo é composto por Unidades Educacionais, de caráter obrigatório, a saber: Unidade Educacional de Simulação da Prática Profissional (UESPP), Unidade Educacional de Prática Profissional (UEPP) e Unidade Educacional Eletiva (UEE). Estas Unidades são estruturadas de forma longitudinal e complementar, a partir dos desempenhos esperados para os estudantes nos diversos cenários de aprendizagem.

A Unidade Educacional de Simulação da Prática Profissional – UESPP (também denominada Necessidades de Saúde e Planos Terapêuticos) é formada por duas atividades curriculares: Estações de Simulação da Prática Profissional e Situações-problema, na qual os conteúdos curriculares são abordados de forma integrada e ampliada gradativamente. Nesta Unidade, os elementos disparadores dos processos de ensino e aprendizagem podem ser situações-problema de papel, dramatizações, filmes, situações simuladas da prática profissional e outros recursos

que permitam a construção de saberes em cenários protegidos e controlados. (PPC MEDICINA, 2007)

A atividade curricular de “Situações-problema” é apresentada por meio de textos com esta denominação, elaborados pelos docentes que atuam no curso. Nessa atividade, os estudantes recebem e exploram a situação-problema que pode ter a duração de dois ou três encontros, partindo de seus conhecimentos prévios, formulam hipóteses e elaboram questões de aprendizagem para buscar informações, sendo esse encontro denominado síntese provisória. A nova síntese é o encontro no qual são apresentados os resultados das pesquisas e estudos realizados pelos estudantes, que será finalizado com a realização do momento de avaliação do processo e dos produtos. De acordo com o PPC do curso, os encontros são realizados duas vezes por semana no primeiro ciclo (1º e 2º anos) e uma vez por semana no segundo ciclo (3º e 4º anos).

Na atividade curricular de “Estações de Simulação da Prática Profissional”, são utilizados textos elaborados pelos docentes que atuam no curso, em situações simuladas, denominadas estação de simulação, na qual são utilizados pacientes simulados, ou seja, atores contratados para representarem pacientes, ou manequins, bonecos e simuladores de procedimentos que permitem a exploração de um conjunto de ações e de saberes em espaço protegido, no qual o erro é possível, desejável, controlado e não produz danos. O objeto de estudo abrange o ser humano na sua dimensão psíquica, biológica e social, focalizando a realização de história clínica – anamnese, exame clínico geral e específico e procedimentos diagnósticos e terapêuticos. (PPC MEDICINA, 2007, p. 36).

Na estação de simulação os estudantes do primeiro ciclo (1º e 2º anos) são divididos em grupos de 4 estudantes, sendo que para a realização das atividades de simulação são ainda subdivididos em duplas, que se alternam na realização e observação das atividades de simulação e voltam a se agrupar no momento de síntese provisória, nova síntese. Já os estudantes do segundo ciclo (3º e 4º anos) passam pela estação de simulação em três encontros sequenciais com dois períodos de atividades de simulação/avaliação e um de acompanhamento.

A “Unidade Educacional de Prática Profissional” – UEPP é formada pelas atividades curriculares de Prática Profissional (Saúde da Família e Comunidade, Saúde do Adulto e Idoso, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente) e

Internato médico, sendo os estudantes inseridos em contextos reais de aprendizagem (atividades práticas na rede de saúde) desde o primeiro ano do curso. Nesta Unidade, o confronto direto com a realidade é o elemento disparador do processo ensino-aprendizagem.

Para o primeiro ciclo as atividades e a abordagem são fundamentalmente focadas no atendimento individual e familiar, voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças e desenvolvidas em Unidades de Saúde da Família (USF). Para o segundo e terceiro ciclos além das atividades e abordagens do primeiro ciclo, os estudantes passam a incluir no cuidado individual a investigação e formulação diagnóstica, o tratamento e a reabilitação de doenças ou agravos à saúde, sendo desenvolvidas tanto em USF, quanto em Unidades Básicas de Saúde (UBS) articulando sempre o cuidado integral ao indivíduo.

Sendo desenvolvidas em ambientes reais, as atividades de prática profissional privilegiam e estimulam a formação de vínculo dos estudantes com as pessoas atendidas e com os membros das equipes de saúde. Esses estudantes são acompanhados por preceptores, que são profissionais que atuam nos serviços de saúde ou profissionais médicos autônomos, sendo esses selecionados por meio de edital público, e em ambos os casos esses profissionais não possuem vínculo empregatício com a UFSCar, apenas recebem pelos serviços de preceptoria prestados.

Na atividade de prática profissional são realizadas também as atividades de reflexão da prática profissional, desenvolvida em ambiente protegido, com a participação dos estudantes (distribuídos em pequenos grupos), do preceptor e do facilitador (pertencente ao quadro docente do curso de medicina). “Os estudantes observam e/ou experienciam uma atividade em ambiente real do trabalho em saúde e por meio de um discurso narrativo, cada estudante registra suas observações e/ou interpretações acerca da prática vivenciada”. (PPC MEDICINA, 2007, p. 37).

Desse modo, os estudantes compartilham suas narrativas com todos os participantes do pequeno grupo para então trabalharem na formulação de questões de aprendizagem e novas sínteses. “O raciocínio crítico-reflexivo é uma das principais capacidades a serem desenvolvidas na elaboração e análise das narrativas”. (PPC MEDICINA 2007, p. 37).

As atividades de Prática Profissional do 3º ciclo (5º e 6º anos) correspondem ao estágio curricular obrigatório do curso de graduação em Medicina, que é desenvolvido em regime de internato médico. Essas atividades são desenvolvidas tanto nas USF quanto em ambulatórios especializados e serviços diagnósticos de apoio à atenção básica, como o Centro de Especialidades Médicas de São Carlos, a Unidade Saúde Escola e unidades hospitalares considerando-se o atendimento à saúde do adulto e idoso, saúde da criança e do adolescente e saúde da mulher - áreas clínicas e cirúrgicas. Os estudantes são distribuídos em grupos e realizam rodízios contínuos entre as seguintes áreas: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Medicina de Família e Comunidade, Saúde Coletiva e Saúde Mental. São desenvolvidas também atividades de urgência e emergência nas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria. Nessas atividades os estudantes são supervisionados por docentes e preceptores, sendo a avaliação uma atividade permanente e constituinte do processo de ensino e aprendizagem que permitirá o acompanhamento desse processo, tornando visíveis avanços e dificuldades para promover ações de modo a melhorar processos, produtos e resultados.

A Unidade Educacional Eletiva compreende a Atividade Curricular Complementar (ACC). Nesta Unidade, o estudante, com o apoio de um professor orientador, elabora um plano de formação individual a partir das necessidades educacionais, à luz do perfil de competência, podendo desenvolvê-lo dentro ou fora da Universidade, através de atividades de ensino, pesquisa ou extensão. (PPC MEDICINA, 2007)

Desse modo, o currículo do curso está estruturado conforme a matriz curricular apresentada a seguir, no qual as atividades curriculares estão distribuídas por ano e, embora estejam apresentadas em uma matriz que pressupõe a ideia de desenvolvimento linear, as atividades curriculares são co-requisitos umas das outras, ou seja, deverão ser cursadas concomitantemente, dentro de cada um dos anos correspondentes.

Quadro 2 - Composição da matriz curricular do curso de graduação em Medicina UFSCar

Ciclo Educacional	Ano	Unidade Educacional	Atividade Curricular	
Integralidade do Cuidado I	1	Simulação da Prática Profissional I	Estação de Simulação da Prática Profissional I	
		Prática Profissional I	Situação-problema I	
		Prática Profissional I	Prática Profissional - Saúde da Família e Comunidade I	
	2	Simulação da Prática Profissional II	Estação de Simulação da Prática Profissional II	
		Prática Profissional II	Situação-problema II	
		Prática Profissional II	Prática Profissional - Saúde da Família e Comunidade II	
		Eletiva I	Atividade Curricular Complementar I	
	Integralidade do Cuidado II	3	Simulação da Prática Profissional III	Estação de Simulação da Prática Profissional III
			Prática Profissional III	Situação-problema III
			Prática Profissional III	Prática Profissional - Saúde do Adulto e Idoso I
Prática Profissional III			Prática Profissional - Saúde da Mulher I	
Prática Profissional III			Prática Profissional - Saúde da Criança I	
Prática Profissional III			Prática Profissional - Saúde da Família e Comunidade III	
Eletiva II		Atividade Curricular Complementar II		
4		Simulação da Prática Profissional IV	Estação de simulação da Prática Profissional IV	
		Prática Profissional IV	Situação-problema IV	
		Prática Profissional IV	Prática Profissional - Saúde do Adulto e Idoso II	
		Prática Profissional IV	Prática Profissional - Saúde da Mulher II	
		Prática Profissional IV	Prática Profissional - Saúde da Criança II	
		Prática Profissional IV	Prática Profissional - Saúde da Família e Comunidade IV	
Eletiva III	Atividade Curricular Complementar III			
Integralidade do Cuidado III	5	Prática Profissional V	Prática Profissional - Saúde do Adulto e Idoso - Clínica Médica I	
		Prática Profissional V	Prática Profissional - Saúde do Adulto e Idoso - Cirurgia Geral I	
		Prática Profissional V	Prática Profissional - Saúde da Mulher III	
		Prática Profissional V	Prática Profissional - Saúde da Criança III	
		Prática Profissional V	Prática Profissional - Atenção Primária (Saúde da Família e Comunidade)	
		Prática Profissional V	Prática Profissional - Saúde Coletiva + Mental	
	Eletiva IV	Atividade Curricular Complementar IV		
	6	Prática Profissional VI	Prática Profissional - Saúde do Adulto e Idoso - Clínica Médica II	
		Prática Profissional VI	Prática Profissional - Saúde do Adulto e Idoso - Cirurgia Geral II	
		Prática Profissional VI	Prática Profissional - Saúde da Mulher IV	
		Prática Profissional VI	Prática Profissional - Saúde da Criança IV	
		Prática Profissional VI	Prática Profissional - Medicina Ambulatorial	
Eletiva V		Atividade Curricular Complementar V		

Fonte: Adaptado, pela autora desta Dissertação, do Sistema de Gestão Acadêmica (SiGA), ProGrad/UFSCar

A organização curricular apresentada na matriz do curso, bem como o desenvolvimento das atividades curriculares, pressupõe a não fragmentação do conhecimento em disciplinas isoladas, através da integração de áreas do conhecimento, da integração entre os ciclos básico e clínico, integração da teoria e da prática, a integração do ensino e do serviço, a integração das diversas áreas da saúde, bem como o desenvolvimento da capacidade crítica e reflexiva dos estudantes acerca de problemas reais e a busca de ações efetivas que sejam capazes de transformar a realidade na qual estão inseridos.

Nesse contexto, conforme apresentado no PPC do curso é esperado do estudante:

(...) um novo papel e uma postura transformadora no processo de construção do seu conhecimento e desenvolvimento de suas capacidades profissionais, ressaltando-se os seguintes aspectos:

- curiosidade científica e interesse permanente pela aprendizagem, com iniciativa para a busca de novos saberes;
- espírito crítico/reflexivo e consciência da transitoriedade de teorias e técnicas, assumindo a necessidade de aprender ao longo de toda a vida profissional.
- interesse na exploração dos conhecimentos necessários à compreensão dos processos relacionados com a prática médica e com o adoecimento das pessoas;
- iniciativa criadora e senso de responsabilidade na busca de soluções para os problemas médico-assistenciais na sua área de atuação;
- interesse na exploração das dimensões subjetiva e social do processo saúde-doença;
- cooperação para a educação permanente das pessoas, quer sejam seus pares, pacientes, familiares, membros das equipes de saúde e seus professores;
- participação no trabalho em equipe e em pequenos grupos, com responsabilidade e respeito à diversidade de idéias, valores e culturas. (LIMA et al, 2007, p. 38)

Para os docentes que atuarão como facilitadores, orientadores, autores de situações simuladas, avaliadores, gestores de unidades educacionais e de núcleos de apoio, conforme apresentado no Caderno de Curso (2007) é esperado:

Em todos os papéis, os professores são mediadores do processo ensino-aprendizagem. Nesse sentido, é fundamental: o respeito aos saberes dos educandos, a reflexão crítica sobre sua própria prática, a abertura para o novo e para mudanças e capacidades investigativa e crítica para a produção de novos saberes. Cabe ainda ao docente:

1. manter o processo ensino-aprendizagem focado nos estudantes e no trabalho:
 - preservando um ambiente estimulante e respeitoso;
 - ouvindo e encorajando a participação de todos;
 - cuidando para que o grupo permaneça com foco do trabalho.
2. favorecer o desenvolvimento de capacidades dos estudantes para o processamento das situações simuladas por meio da espiral construtivista, estimulando a:

- identificação do problema;
- formulação de hipóteses e descrição de mecanismos e processos;
- relação constante das discussões com o problema e com situações semelhantes encontradas na realidade;
- elaboração das questões de aprendizagem para melhor explicar o problema;
- identificação de necessidades de saúde e elaboração de planos terapêuticos que considerem uma concepção ampliada do processo saúde-doença e que estimulem o auto-cuidado dos pacientes, respeitado o grau de autonomia e domínio dos estudantes em cada ciclo educacional.
- construção dos esquemas de conhecimento da forma mais correta e rica possível por meio de questões abertas e da solicitação de explicações que requeiram raciocínio, interpretação e análise crítica de informações e fontes ou identificação das fronteiras e limites do conhecimento prévio;
- auto-avaliação e avaliação dos demais participantes do trabalho em pequeno grupo. (CADERNO DO CURSO DE MEDICINA, 2007, p. 30)

Outra característica peculiar do PPC é o sistema de avaliação. Este prevê a avaliação de todos os envolvidos no processo de ensino e aprendizagem. Nesse sentido, em cada atividade curricular são avaliados os facilitadores (docentes), os estudantes e os preceptores (quando for o caso). As avaliações são operacionalizadas em formulários específicos e a periodicidade é definida de acordo com a atividade curricular à qual está vinculada. Assim, a avaliação deve estimular o caráter colaborativo e solidário na construção do conhecimento, desestimulando a competição, a classificação entre os estudantes, a punição ou a desqualificação. (PPC MEDICINA 2007)

O processo de avaliação é contínuo e sistematizado. Compõe-se de duas modalidades: avaliação formativa e somativa. Para a primeira, são utilizados instrumentos voltados para a aprendizagem, de forma contínua e processual, enquanto a segunda avalia a progressão dos estudantes no curso. Ambas são orientadas pelo perfil de competência definido e esperado nos diferentes ciclos do curso.

As avaliações formativas, de acordo com o descrito no PPC do curso, são orientadas para as possibilidades de melhoria em processo, visando o reconhecimento de fortalezas e de melhoria das áreas que requerem atenção.

Já as avaliações somativas orientam a progressão dos estudantes nas séries/ciclos e buscam avaliar os saberes relacionados ao desenvolvimento da competência profissional e ao alcance geral dos objetivos do curso.

Conforme previsto no PPC do curso, a avaliação das estudantes é critério-referenciada, ou seja, o perfil de competência e os critérios de excelência para cada

serie/ciclo são utilizados como referência para avaliar e comparar o desempenho observado de cada estudante com o referido perfil. A avaliação do desempenho dos estudantes focaliza o desenvolvimento integrado dos domínios cognitivo (conhecimento), psicomotor (habilidades) e afetivo (atitudes). Há uma articulação das três áreas de competência: saúde, gestão e educação, havendo um caráter progressivo no grau de domínio e autonomia do estudante ao longo dos ciclos educacionais, para cada uma das áreas de competência do perfil.

Toda a avaliação realizada no curso, seja ela de caráter formativo ou somativo, utiliza conceitos qualitativos para o registro do desempenho dos estudantes, a saber: “satisfatório”, “precisa melhorar” e “insatisfatório”. Esses conceitos, quando utilizados nas avaliações de desempenho dos estudantes, expressam o grau de desenvolvimento das capacidades que fundamentam os desempenhos observados, quando comparados ao perfil de competência, segundo série/ciclo.

Os instrumentos de avaliação do estudante utilizados são: Avaliação dissertativa¹⁰ (AD), Avaliação de Desempenho Prático¹¹ (ADP), Teste de Progresso¹², Avaliação de Desempenho no Processo de Ensino-Aprendizagem (ADPEA)¹³, Portfólio reflexivo¹⁴, Trabalho de Conclusão de Curso¹⁵ (TCC).

As avaliações formativas são desenvolvidas nos anos ímpares: 1º, 3º e 5º e têm seus resultados expressos pelos conceitos “satisfatório” ou “precisa melhorar”, sendo que todo conceito “precisa melhorar” é discutido conjuntamente pelo docente responsável pelo pequeno grupo na atividade curricular e o estudante, resultando em um plano de melhoria.

¹⁰ AD são avaliações de domínio cognitivo.

¹¹ O exercício de avaliação objetiva e estruturada de desempenho é formado por estações simuladas, nas quais o estudante deve realizar e fundamentar a realização de determinadas ações da prática profissional, à luz do perfil de competência estabelecido.

¹² O teste de progresso é uma avaliação objetiva, realizada anualmente, comum a todas as séries do curso, sendo a obtenção do conceito satisfatório vinculada a presença a realização da avaliação.

¹³ Avalia a capacidade do estudante de identificar necessidades de saúde, analisar problemas e formular planos terapêuticos de cuidado à saúde de pessoas e coletividades, considerando os movimentos da espiral construtivista, bem como o cumprimento dos pactos de trabalho nos pequenos grupos e nas equipes de saúde.

¹⁴ O portfólio é um instrumento de registro e de reflexão realizado de maneira sistematizada e sistemática sobre a trajetória e as práticas desenvolvidas pelos estudantes nas atividades curriculares do Curso Médico. Esse instrumento tem caráter essencialmente formativo, sendo que o caráter somativo diz respeito à sua elaboração e apresentação segundo periodicidade acordada com preceptores e facilitadores da atividade de reflexão da prática da Unidade Educacional de Prática Profissional. (PPC MEDICINA, 2007, p. 57)

¹⁵ O Trabalho de Conclusão de Curso – TCC representa uma síntese do desenvolvimento da prática profissional do estudante no Curso, a partir de sua vivência na Unidade Educacional de Prática Profissional e seus registros no portfólio reflexivo. A obtenção do conceito satisfatório está vinculada à entrega do produto pelo estudante com parecer satisfatório do orientador.

As avaliações somativas são desenvolvidas nos anos pares: 2º, 4º e 6º e têm seus resultados expressos pelos conceitos “satisfatório” ou “insatisfatório”, sendo que no caso de conceito “insatisfatório” o estudante terá direito a um re-teste, focalizando suas áreas com desenvolvimento insatisfatório. A manutenção do conceito insatisfatório, após o re-teste, desencadeará o acompanhamento do estudante por um professor no plano de recuperação, organizado segundo a natureza da dificuldade identificada. O plano de recuperação é desenvolvido antes do início do ano letivo subsequente. (PPC MEDICINA 2007)

Caso o conceito insatisfatório seja mantido, mesmo após a realização do plano de recuperação, o estudante será reprovado na série/ciclo ao qual está vinculado e deverá cursar todas as atividades curriculares do segundo ano do ciclo novamente, ou seja, no ciclo 1 deverá cursar o 2º ano, no ciclo 2 deverá cursar o 4º ano e no ciclo 3 deverá cursar o 6º ano, independentemente da (s) atividade (s) em que foi reprovado.

Contemplando a avaliação de todos os envolvidos no processo de ensino e aprendizagem, temos a avaliação dos facilitadores e dos preceptores (quando for o caso) realizadas pelos estudantes em formato específico.

Dessa forma, em consonância com Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, que “Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências”, o profissional egresso do curso de Medicina da UFSCar terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

5 A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA

Nesta seção é descrita a construção do estudo, destacando o tipo de pesquisa, os critérios para a seleção dos participantes, os instrumentos e os procedimentos adotados na coleta de dados, a caracterização dos participantes e a forma de análise dos resultados.

5.1 TIPO DE PESQUISA E INSTRUMENTOS

A pesquisa tem caráter qualitativo e busca responder à seguinte questão: *Quais são as concepções de integração curricular manifestadas por docentes que atuam em um curso de Medicina cujo PPC propõe um currículo integrado?*

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis. (MINAYO et al, 1994, p. 21-22)

Posto isso, nossa primeira definição foi a que utilizaríamos como instrumento para coleta de dados, a entrevista semiestruturada. Essa opção é justificada, pois segundo Alves-Mazzotti & Gewandszajder (1999, p. 168), “por sua natureza interativa, a entrevista permite tratar de temas complexos que dificilmente poderiam ser investigados adequadamente através de questionários, explorando-os em profundidade”.

Assim, de modo geral,

as entrevistas qualitativas são muito pouco estruturadas, sem um fraseamento e uma ordem rigidamente estabelecidos para as perguntas, assemelhando-se muito a uma conversa. Tipicamente, o investigador está interessado em compreender o significado atribuído pelos sujeitos a eventos, situações, processos ou personagens que fazem parte da vida cotidiana. (ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZNAJDER, 1999, p. 168)

A entrevista serve, portanto, para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo assim, que o pesquisador desenvolva intuitivamente uma ideia sobre a maneira que os sujeitos interpretam aspectos do mundo, de modo que

a entrevista produzirá uma riqueza de dados, com transcrições repletas de detalhes e palavras que revelarão as perspectivas dos sujeitos. (BOGDAN & BIKLEN, 1991).

As entrevistas foram realizadas com base em um roteiro (APÊNDICE B) que, pelo fato de a entrevista ser semiestruturada, nem sempre foi seguido fielmente, tendo havido situações em que os entrevistados forneceram informações para além dele.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em horário e local previamente agendados com cada participante, e duraram em média 50 minutos.

O registro dos dados foi feito por meio de gravação de todas as entrevistas em áudio, com consentimento dos entrevistados.

Já que a pesquisa se propôs a comparar as concepções dos professores sobre integração curricular com aquelas encontradas no Projeto Pedagógico do curso de Graduação em Medicina da UFSCar, foi importante que esse documento e os Cadernos do curso de Graduação em Medicina da UFSCar servissem como fontes de informações.

André e Lüdke (1986, p. 39) afirmam que:

os documentos constituem também uma fonte poderosa de onde podem ser retiradas evidências que fundamentam afirmações e declarações do pesquisador. Representam ainda uma fonte “natural” de informação. Não são apenas uma fonte de informação contextualizada, mas surgem num determinado contexto e fornecem informações sobre esse mesmo contexto.

5.2 DEFINIÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Tendo por objetivo “descrever e analisar as relações entre a proposta de currículo integrado em um curso de graduação em Medicina e as concepções manifestadas por seus docentes sobre integração curricular”, elegemos como participantes da pesquisa os docentes atuantes no curso de graduação em Medicina da UFSCar, por ter um Projeto Pedagógico de Curso diferenciado – como descrevemos na seção 3 –, e por ser a IES na qual trabalho, tendo inclusive atuado como pedagoga neste curso, conforme esclareci na Introdução.

No momento em que definíamos os critérios para selecionarmos e convidarmos os docentes para participarem desse estudo¹⁶, o corpo docente do curso contava com 62 (sessenta e dois) docentes.

Tendo o referido curso iniciado suas atividades no ano de 2006¹⁷, há docentes que vivenciaram todo o processo de implantação do curso e acompanharam o desenvolvimento das primeiras turmas de estudantes, e outros que iniciaram suas atividades após a conclusão do curso pela primeira turma, o que ocorreu no ano de 2011.

Diante desse dado, elegemos como um dos critérios para a seleção dos participantes o tempo de atuação no curso. Conjugado a este, o outro critério foi o do ciclo educacional em que atuavam. O estabelecimento desses critérios se deve a duas hipóteses: (i) docentes que atuam no curso desde seu início teriam concepções mais coerentes com o que está proposto no PPC do que os ingressantes mais recentemente; (ii) haveria diferença entre as concepções de docentes que atuam nos diferentes ciclos educacionais do curso.

A seguir explicitamos os procedimentos que utilizamos para a escolha dos participantes. Tendo em vista os três ciclos existentes no curso, correspondendo cada um a duas séries/anos, definimos que seriam convidados para participarem da pesquisa 4 docentes atuantes em cada ciclo do curso. Dentro dos ciclos, e utilizando o critério de tempo de atuação, definimos que seriam convidados 2 que tivessem vínculo no período de 2006-2011 e 2 que o tivessem no de 2012-2017. Procuramos, assim, entrevistar docentes que tivessem vivenciado todo o processo inicial de implantação do curso e docentes contratados após a conclusão da primeira turma de estudantes, perfazendo um total de 12 participantes. Estaria contemplada, dessa forma, tanto a atuação nas atividades de simulação da prática profissional (situações-problema e estações de simulação), como as atividades da prática profissional do 1º ao 4º ano, como, ainda, docentes cuja atuação estivesse somente nas atividades curriculares do 5º e 6º anos, denominadas internato médico.

O quadro 3 resume o cruzamento dos critérios para a seleção dos participantes.

¹⁶ Esse processo ocorreu no mês de maio de 2017.

¹⁷ No momento em que elaboramos este relatório (julho de 2018) o curso tem 12 anos de funcionamento.

Quadro 3 - Seleção dos participantes segundo os critérios estabelecidos

Início da atuação no curso	Ciclo Educacional / Número de sujeitos		
	Ciclo 1	Ciclo 2	Ciclo 3
2006 - 2011	2		
2012 - 2017	2		
2006 - 2011		2	
2012 - 2017		2	
2006 - 2011			2
2012 - 2017			2
Subtotal	4	4	4
Total	12		

Fonte: Autora da dissertação

Em cada ciclo/período de atuação, a seleção dos participantes deu-se por meio de sorteio. Eles foram convidados, via e-mail, sendo informados nessa oportunidade sobre o objetivo da pesquisa e que ela já estava aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSCar.

Em um primeiro contato, obtivemos apenas 2 respostas positivas para participação na pesquisa. Desse modo, novos convites foram feitos para outros 10 docentes, tendo obtido 4 respostas positivas. Foram então selecionados outros 6 docentes para realizarmos contato, e dentre esses, obtivemos 5 respostas positivas, totalizando assim, 11 docentes participantes da pesquisa e não 12 como tínhamos a intenção inicial. Destacamos que todas as escolhas continuaram sendo realizadas por meio de sorteio. Diante disso, o *corpus* da pesquisa constituiu-se de 11 docentes.

O quadro 4 apresenta a alocação dos docentes que aceitaram participar da pesquisa, de acordo com o ciclo educacional em que atuam, bem como o tempo de atuação no curso.

Quadro 4 - Distribuição dos docentes participantes da pesquisa segundo ciclos educacionais e tempo de atuação no curso

Docente	Início da atuação no curso	Ciclo Educacional		
		Ciclo 1	Ciclo 2	Ciclo 3
Ana	2006 - 2011	X		
Daniel	2006 - 2011			X
Maria *	2006 - 2011		X	X
Amália	2006 - 2011			X
Miguel*	2006 - 2011		X	X
Mario	2006 - 2011	X		
Augusto	2012 - 2017			X
Sofia*	2012 - 2017		X	X
João*	2012 - 2017		X	X
Pedro	2012 - 2017	X		
Lucas	2012 - 2017	X		

Fonte: Autora da dissertação

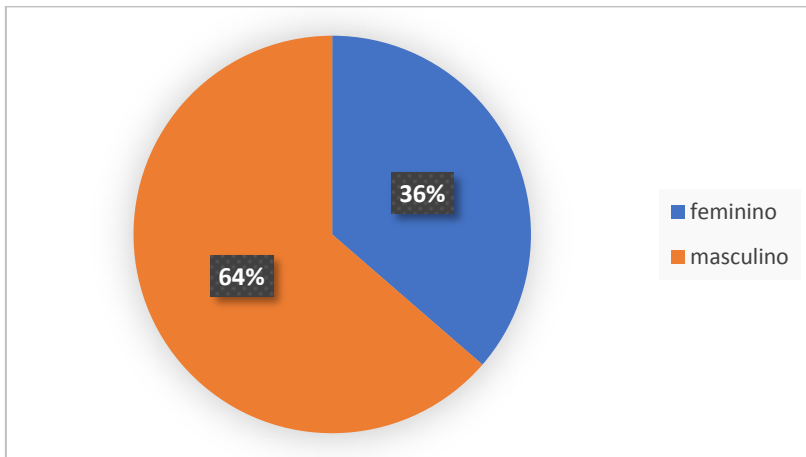
Destacamos que dentre os 11 docentes entrevistados, podemos observar no quadro, existem 4 docentes (indicados com *) que participaram da pesquisa e atuam tanto em atividades curriculares do ciclo 2, quanto em atividades curriculares do ciclo 3, tendo, portanto, a percepção de ambos os ciclos, não sendo assim prejudicado o critério de escolha de docentes por ciclo de atuação.

As entrevistas foram realizadas nos meses de junho e julho de 2017. Os entrevistados tiveram suas identidades preservadas, sendo identificados por nomes fictícios e foram escolhidos pela pesquisadora de maneira aleatória, preservando somente o sexo feminino ou masculino do entrevistado. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

5.3 APRESENTAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

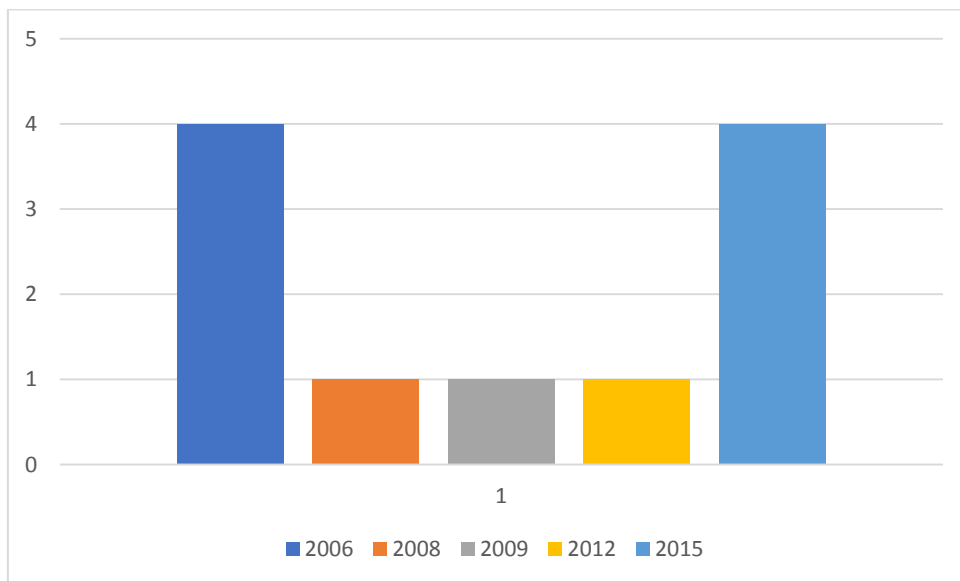
Dos 11 participantes, 4 são do sexo feminino e 7 do sexo masculino. Quanto ao tempo de atuação no curso, 4 docentes atuam nele há 11 anos, integrando, portanto, o grupo dos primeiros docentes contratados para atuarem no curso; 1 docente atua há 8 anos; 1 há 7 anos; 1 há 5 anos e os outros 4 há 2 anos. A faixa etária dos docentes entrevistados está entre 35 e 57 anos e todos possuem graduação na área de saúde.

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes por sexo



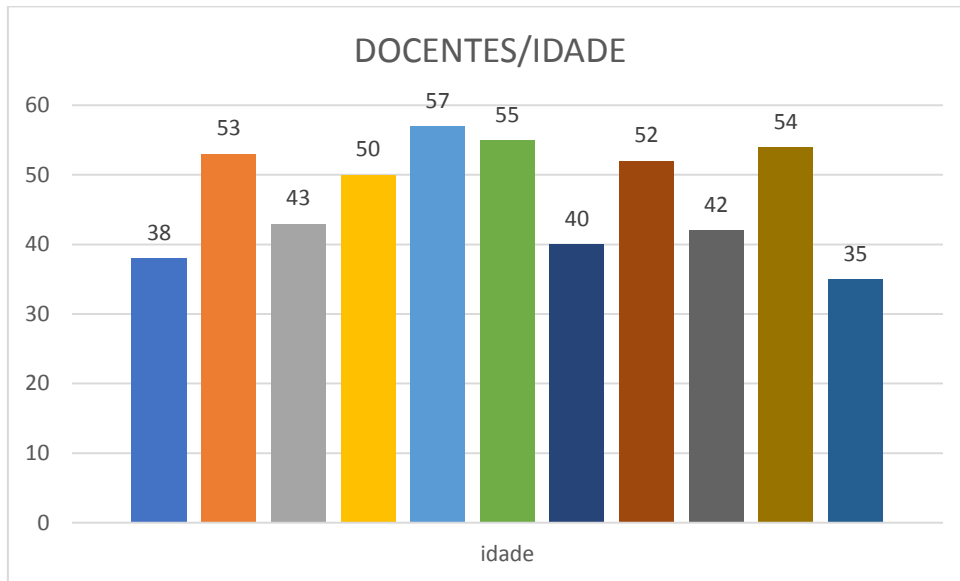
FONTE: Autora da dissertação

Gráfico 2 - Distribuição dos participantes por ano de ingresso no curso



FONTE: Autora da dissertação

Gráfico 3 - Distribuição dos participantes por idade



FONTE: Autora da dissertação

Temos que, há a predominância dos docentes entrevistados do sexo masculino e a idade de 54,4 % dos entrevistados está entre 50 - 57 anos. Conforme já descrito, 4 docentes possuem 11 anos de atuação no curso, tendo vivenciado, portanto desde o início da implantação do curso, até a formatura dos primeiros egressos do curso, o que ocorreu com a formatura da primeira turma no ano de 2011. O curso possui no momento da escrita desta dissertação¹⁸, 8 turmas formadas. Se considerarmos o ingresso de 40 estudantes anualmente, teremos aproximadamente 320 estudantes egressos do curso de graduação em medicina da UFSCar.

5.4. ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram gravados em áudio e após todas as entrevistas realizadas foram transcritos literalmente. Após a transcrição, foram organizados de acordo com os ciclos de atuação dos docentes no curso e os participantes da pesquisa receberam pseudônimos, resultando na seguinte organização:

- ✓ Ciclo 1: Ana, Mario, Pedro e Lucas
- ✓ Ciclos 2 e 3: Maria, Miguel, Sofia e João
- ✓ Ciclo 3: Daniel, Amália e Augusto

¹⁸ Agosto de 2018

A pesquisadora, então, realizou a leitura de todos os dados, destacando os termos currículo e integração curricular e a seguir, foram realizados recortes, de modo que pudessem ser classificados e sistematizados considerando os seguintes temas:

1. Projeto Pedagógico do Curso: o que o entrevistado considerava o “cerne” do PPC do curso de graduação em Medicina da UFSCar;
2. Currículo: o que o entrevistado entendia como currículo de um curso
3. Participação do entrevistado em atividades formativas, no momento de seu ingresso no curso;
4. Integração curricular: o que o entrevistado entendia por integração curricular.

Foi utilizada uma planilha eletrônica para a tabulação dos dados, de modo que fosse possível à pesquisadora ter a visão de todas as respostas, agrupadas de acordo com os temas anteriormente apresentados, de acordo com a alocação dos docentes nos ciclos do curso, conforme apresentado a seguir:

	Ciclo 1				Ciclo 2 e 3			Ciclo 3			
Temas	ANA	MARIO	PEDRO	LUCAS	MARIA	MIGUEL	SOFIA	JOÃO	DANIEL	AMÁLIA	AUGUSTO
1											
2											
3											
4											

Após todos os dados devidamente organizados, a pesquisadora procedeu à análise que será apresentada na seção a seguir.

6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA

Esta seção contém os dados oriundos das entrevistas com os participantes da pesquisa e suas análises. Para tanto, os 4 temas anteriormente descritos foram reorganizados em dois eixos: o primeiro focaliza os dados referentes às concepções dos participantes acerca do currículo e o segundo trata dos que se referem às concepções desses docentes sobre integração curricular. Em cada um desses eixos são, ainda, analisadas as relações entre o currículo proposto no PPC e as concepções manifestadas pelos docentes.

Como o tema da formação dos docentes do curso foi objeto da entrevista e apareceu de forma recorrente nos dados, trataremos dele também nesta seção.

6.1 CONCEPÇÕES DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA ACERCA DE CURRÍCULO

Esta seção envolve dois grupos de dados: os que se referem à concepção dos participantes sobre currículo e os referentes a como eles veem, especificamente, o currículo do curso em que atuam.

6.1.1 Conceito de currículo segundo os participantes

Com relação a como concebem currículo, 7 dos 11 participantes manifestaram pensá-lo na dimensão do currículo formal, ou seja, do que é proposto por um curso para ser cumprido.

Os excertos de falas podem ilustrar essa visão:

*Currículo de um curso, eu acho que é a **proposta de um percurso** que vai ser feito em um determinado tempo [...] é o caminho, é o percurso, o que eu vou usar, que ferramentas eu vou usar para conseguir atingir o meu objetivo. (Ana)*

*Para mim currículo são as **diretrizes que orientam** essa formação, em termos tanto de conteúdo, competências, de habilidades, tudo que vai nos orientar em termos de gestão, das atividades, de uma forma mais macro, que eu tenho várias atividades que estão lá previstas, na minha grade curricular, cada uma com o seu objetivo específico, que cada uma vai desenvolver alguma habilidade melhor e mais propícia, provavelmente uma determinada competência. (Maria)*

*Currículo significa uma espécie de **roteiro de viagem**, ou seja, claro que com todas as ressalvas que essa analogia faz [...] para dizer que você fez essa viagem, você não poderia ter deixado de ter passado pelo menos por isso, isso e isso, a você viajou a Itália, você foi a*

Roma? Você viu o Coliseu? Você viu o Papa? Você esteve na Fontana di Trevi? Você foi não sei onde? Você visitou a Sicília, Sardenha, a Córsega? Então, para mim esse é um roteiro de viagem, mas é tipo esse roteiro obrigatório, que significa dar conhecimento prévio para quem vai fazer a viagem, do que tem que fazer, isso para mim é fundamental, porque currículo para mim é clareza de propósitos, transparência, mas ao mesmo tempo é compromisso por parte de quem apresenta o currículo [...] é um roteiro que precisa ter uma justificativa; esse compromisso precisa ser cumprido por parte de quem o enuncia, de quem o “vende” (Mário)

*Currículo de um curso, para mim, é o **esqueleto** de um curso, é a **estrutura básica**, é a constituição de um curso (Miguel)*

*Para mim currículo seria um **planejamento**, um **conjunto de estratégias** para poder chegar em determinadas competências, então a gente tem que ter o rol das competências que precisam passar por etapas, quando a gente trabalha na espiral, então essas competências, elas podem voltar e ser sempre ampliadas, isso tem que estar discriminado. (Amália)*

*Currículo é a bagagem que o sujeito vai levar para a frente, quer dizer, aquilo que ele vai colocar nas costas e vai sair, é **aquilo que nós estamos oferecendo como bagagem mínima para ele seguir a vida dele**. O quanto ele vai colocar na bagagem dele daquilo que a gente está oferecendo, depende dele, mas a gente está oferecendo determinado volume, para não dizer conteúdo, e ele vai ocupar ou não a malinha dele com uma parte desse volume, e a gente espera que até com mais coisa do que aquilo que a gente oferece. **Então, currículo é a bagagem que nós estamos oferecendo, a forma que nós estamos oferecendo também**. (Pedro)*

*O currículo, ele vai me dar um **direcionamento** de como me portar como professor nesse curso. (Lucas)*

O conjunto das palavras-chave que grifamos nos excertos – *proposta de um percurso; diretrizes; roteiro; esqueleto; estrutura básica; planejamento; bagagem; direcionamento* – nos ajuda a perceber que, para esses 7 participantes, currículo parece ser concebido como algo externo aos docentes e estudantes, como algo pré-definido para ser posto em prática, embora admitam que essa definição é feita tendo em vista objetivos a serem alcançados. Eles fizeram alusão à dimensão do plano curricular.

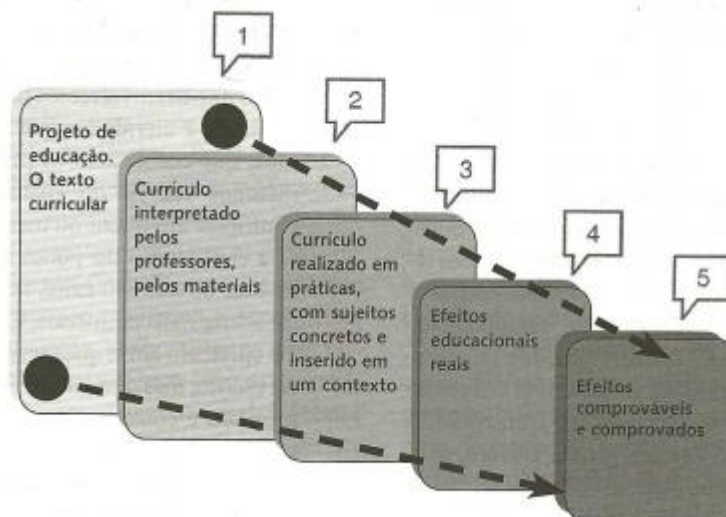
Essa visão corresponderia à primeira fase da concepção de Gimeno Sacristán, segundo a qual “o currículo é um objeto que se constrói no processo de configuração, implantação, concretização e expressão de determinadas práticas pedagógicas e em sua própria avaliação, como resultado das diversas intervenções que nele se operam”. (1998, p. 101)

O currículo é constituído por fases que, quando interpretadas, nos levarão a um entendimento processual do currículo. Essas fases carregam consigo três

dimensões que embora se relacionem, são distintas, a saber: os fins, objetivos ou motivos que orientam e estão expressos nos textos; as ações e as atividades que são desenvolvidas e constituem a parte prática, que podem favorecer ou não a execução da dimensão anterior; os resultados ou efeitos reais provocados nos alunos, que são subjetivos e não são diretamente visíveis, resultando assim em processos avaliativos. (GIMENO SACRISTAN, 2013)

A partir do exposto temos a figura que representa a concepção do currículo como processo, na qual temos no primeiro plano o currículo oficial, expresso em documentos, considerando aquilo que é esperado e desejado, ou seja, o currículo proposto. Esse currículo extrapola o plano do proposto quando é interpretado e adotado pelos professores, passando assim para o terceiro plano, ou seja, o currículo realizado na prática, envolvendo sujeitos e contextos, torna-se, assim, o “currículo em ação”. Esse currículo passa a ter um significado, ou seja, efeitos reais, porém subjetivos, pois se trata do currículo vivenciado pelos estudantes. E por último, no quinto plano, temos o currículo que é avaliado, ou seja, expresso nos resultados a partir do que é considerado êxito ou fracasso.

Figura 3 - Esquema de concepção do currículo como processo e práxis



Fonte: Gimeno Sacristán, 2013, p. 26

Outros 3 docentes manifestam-se de modo um pouco diferente ao expressarem sua visão sobre currículo. Vejamos:

*Eu entendo isso como uma **trajetória de aprendizagem para construir um perfil de competências** pré-estabelecidas. Essa trajetória, ela exige uma série de movimentos didáticos, pedagógicos, e outros movimentos e esse conjunto de movimentos e essa trajetória, para mim isso é o currículo que no final define: “Olha, agora eu vou certificar esse sujeito, nesse perfil de competência, à luz dessa trajetória e desse progresso de aprendizagem”. Eu acho que é uma coisa que tem até certa subjetividade [...] (Daniel)*

Esta fala centra-se na aprendizagem dos estudantes como foco principal do currículo e na trajetória destes para a consecução do perfil de competências previsto. Entende os “movimentos didáticos, pedagógicos e outros movimentos” como meios para possibilitar essa trajetória.

*Acho que tem a questão, o que eu imagino é como se fosse o percurso que aquele estudante vai ter durante toda a graduação dele, e aí nesse sentido tem também como que a gente vai integrar as informações e as vivências que essas pessoas vão ter durante o período em que elas vão ser formadas, e aí, então assim, não é só o percurso, mas **é o percurso que a gente vai relacionar com essas vivências**, que vai ter um determinado objetivo que é **formar uma pessoa para ter uma determinada função na vida**, depois que ela passar por todo esse percurso, mais ou menos isso (Augusto)*

Este docente também foca sua resposta na aprendizagem dos estudantes e na função dos docentes como responsáveis por promover as relações com as vivências daqueles, a fim de atingir a formação do profissional desejado.

*É a trilha [...] o currículo, eu acho que é o eixo, é por onde você deve trafegar para ter um bom resultado no final do curso, mas para ele ser eficiente, eu acho que ele tem que ser revisitado sempre, e não é porque você tem um currículo oficial que você não possa ter várias inserções dentro desse currículo, temporárias ou não, depende muito da sua demanda [...] então o currículo é por onde caminha realmente tudo e ele **tem que ser revisitado**, tem que ser **comparado com como o aluno está naquele momento** e sempre tem que ser melhorado (Sofia)*

Aqui também está expressa a ênfase na aprendizagem dos estudantes e a distinção entre currículo oficial/formal e o currículo posto em prática, numa ideia de movimento, mas não necessariamente de relação direta entre o proposto e o vivido.

As respostas dadas por esses 3 docentes podem ser relacionadas com o que afirma Gimeno Sacristán (1998):

O currículo é uma práxis antes que um objeto estático emanado de um modelo coerente de pensar a educação ou as aprendizagens necessárias das crianças e dos jovens, que tampouco se esgota na parte explícita do projeto de socialização cultural nas escolas. É uma prática, expressão, da função socializadora e cultural que determinada instituição tem, que reagrupa em torno dele uma série de subsistemas ou práticas diversas, entre as quais se encontra a prática pedagógica desenvolvida em instituições escolares que comumente chamamos ensino. É uma prática que se expressa em comportamentos práticos diversos. O currículo, como projeto baseado num plano construído e ordenado, relaciona a conexão entre determinados princípios e uma realização dos mesmos, algo que se há de comprovar e que nessa expressão prática concretiza seu valor. [...] (p. 15-16)

Observa-se que, embora a pergunta formulada tenha sido “o que significa para você o currículo de **um curso**?” – na intenção de ouvir deles a sua ideia sobre o conceito de currículo –, 6 professores responderam nessa direção, mas 4 (Maria, Miguel, Amália, Lucas) fizeram alusão a problemas que percebem no currículo do curso no qual atuam. Houve, inclusive, um professor (João) que não se ateu ao que foi perguntado, ou seja, não teorizou sobre o conceito de currículo, mas apenas falou de seus problemas em relação ao currículo do curso da UFSCar.

Vejamos:

*[...] o que a gente pensa [referindo-se ao PPC do curso] é que o currículo tem que ser orientado a partir de situações prevalentes com que eles [os estudantes] têm que lidar [...] eu acho que a gente tem que ter **conteúdo** sim, mas tem que tomar cuidado, porque a inversão é muito fácil; tem professores que hoje fazem a problematização, mas não estão olhando para o caso do paciente como um todo, ficam elencando conteúdos que o aluno tem que saber, sem saber se ele está compreendendo o problema [...] então a inversão que o pessoal faz é fácil de fazer, ele pega um caso clínico e começa a elencar, e os alunos gostam, porque se sentem mais seguros (Maria)*

*Currículo de um curso, apesar de eu trabalhar em uma Universidade que tem esse projeto de curso integral, a minha formação ainda é tradicional, quando eu vejo currículo, quando você fala para mim currículo de um curso, é invariável lembrar do currículo da minha formação, apesar de eu me policiar para enxergar de uma outra forma, mas por exemplo, na minha opinião, mesmo currículo integrado, ele não pode perder o objetivo de ensinar o que precisa ser ensinado, então o aluno de primeiro ciclo, apesar de ter essas características que eu comentei de currículo integrado e tudo, tem que fazer parte do corpo docente, do facilitador que está ali, garantir que esse aluno saia com o conteúdo esperado de anatomia, citologia, fisiologia, de farmacologia, de bioquímica, então assim, eu vejo o currículo tradicional que eu me formei, como uma planilha com esses nomes, transpondo para hoje, quando você fala para mim, currículo da UFSCar, **ok, eu enxergo as situações problemas, mas com um background dessas outras disciplinas**, então esses conhecimentos, eles têm que estar incluídos aqui, esse problema tem que ser um disparador interessante o suficiente para que ele atinja essa planilha. Claro que a coisa deixou de ser compartimentada, então ele não vai estudar fisiologia, ele vai estudar uma*

situação cardiovascular, por exemplo, que ele vai estudar anatomia cardiovascular, bioquímica cardiovascular, fisiologia, histologia, tudo junto, então eu não tenho uma definição clara e concisa para te dar de currículo talvez, porque a minha mente ainda esteja nesse meio (João)

*[...] muitas vezes a gente se distancia do currículo, da proposta pedagógica que está dada ali, porque a gente tem outros interesses a serem defendidos, que podem ser dos mais diversos possíveis, tanto interesses da especialidade, como interesses das concepções de mundo [...] já que é integrado, a gente tem que pensar com os outros também e aí a gente acaba ficando dentro da nossa atividade, pensando só a nossa e as outras nem sempre são pensadas em conjunto e aí talvez uma atividade siga um caminho, outra atividade siga outro, não sei se em direção ou não ao projeto pedagógico [...] **Acaba ficando individual**, alguns professores acreditam nisso e batalham por isso, outros nem lembram que isso existe. (Lucas)*

*(...) nosso currículo está **muito aberto**. Precisa ter: as competências necessárias são essas e depois: são essas e como eu vou atingir. Então, no currículo não é só definir quais as competências que precisam para cada ano, mas também quais as estratégias de ensino e aprendizado que cada ano vai usar. Para mim estaria também discriminado isso, seria o conjunto dessas duas coisas. (Amália)*

*Acho que elementos do projeto político pedagógico nossos que são claramente ineficientes hoje. Ao longo de dez anos de curso, a gente sabe que são ineficientes, há pessoas que defendem, porque defendem, que não pode se modificar o PPP (Projeto Político Pedagógico), **como se fosse uma bíblia que não pode ser modificada**; isso é péssimo. Por outro lado, é claro que tem aquele que quer mudar [...] Hoje a gente tem um curso que tem dez anos já, não é mais recém-criado, já dá para a gente parar: o que está funcionando bem vamos preservar, vamos melhorar; o que não está funcionando bem vamos modificar. Essa discussão não ocorre presentemente no curso [...]. (Miguel)*

Os problemas apontados por esses docentes estão ligados a basicamente três aspectos contidos no projeto pedagógico do curso: a) conteúdos; b) trabalho coletivo; c) estruturação do planejamento curricular e atualização do PPC.

Com relação ao lugar dos conteúdos curriculares, como vimos na seção 3 desta dissertação, o currículo é organizado por competência e não por conteúdos curriculares convencionais. Assim sendo, os conteúdos são acionados na medida das necessidades das situações-problema ou das atividades de prática profissional. Pelo fato de os professores terem um tipo de formação “tradicional”, alguns não concordam com a ausência dos conteúdos como tais, principalmente no tocante aos conhecimentos das “matérias básicas”, como anatomia e outras. Este parece ser um ponto de dificuldade e polêmica. Como fica revelado na fala dos participantes, há

quem questione o modelo de currículo do curso de Medicina da UFSCar (João, por exemplo) e quem se preocupe com a constatação de que na prática ele não vem funcionando tal como foi pensado (Maria, por exemplo).

Um dos pilares básicos do PPC é o trabalho coletivo dos professores, seja no planejamento, seja no acompanhamento das atividades curriculares. A fala do professor Lucas dá conta de que muitas vezes isso não ocorre e o trabalho acaba “ficando individual”. Essa dificuldade aparece também em outros momentos da entrevista, como veremos.

Já a resposta da professora Amália, de certa forma, recai novamente no problema levantado pelo professor Lucas. Ela fala de um currículo com pouca estruturação ou “muito aberto”, no qual somente as competências seriam definidas, mas não as estratégias de ensino e aprendizagem. Porém, o que se espera, na proposta, é que esta parte seja resolvida pelo conjunto dos professores, em trabalho coletivo, durante o processo. Isso corresponderia a uma visão de currículo que ultrapassasse a sua dimensão formal e envolvesse outras etapas, conforme já apresentado anteriormente, ou seja, o currículo sendo entendido como processo.

Gimeno Sacristán (1998, p. 107), afirma que:

O currículo não pode ser entendido à margem do contexto na qual se configura e tampouco independente das condições em que se desenvolve; é um objeto social e histórico e sua peculiaridade dentro de um sistema educativo é um importante traço substancial. Estudos academicistas ou discussões teóricas que não incorporem o contexto real no qual se configura e desenvolve levam à incompreensão da própria realidade que se quer explicar.

Assim, temos as dimensões que regulam o currículo, ou seja, existe uma série de aspectos estruturantes que quando conjugados, impõe suas determinações para elementos estruturados do currículo, ou seja, esses elementos serão afetados.

Desse nodo:

os denominados conteúdos estão sujeitos a essa rede de determinações e nela incluídos; é nela que adquirem sua real importância na prática, algo que não podemos entender sem analisar suas relações com os demais aspectos que incluímos na seção sobre “o estruturado”. (GIMENO SACRISTÁN, 2013, p. 20)

A figura a seguir demonstra as dimensões que regulam o currículo, bem como poderemos observar as relações que os conteúdos estabelecem com os elementos estruturados, ou seja, afetados pela dimensão reguladora:

Figura 4 - Dimensões que regulam o currículo

1. Dimensões ou aspectos estruturais do currículo: a ordem pela qual ele é estabelecido	Elementos e aspectos estruturados ou afetados
<p>– Divisões do tempo: Anos ou cursos da escolaridade sequenciados. Horário semanal repetido ciclicamente. Horário diário, em parte repetido ciclicamente. Concepções do tempo.</p> <p>– Delimitação e organização dos conteúdos: Acessibilidade e fontes de onde a informação pode ser obtida. Demarcação do que se pode e se deve aprender Organização em disciplinas e outras formas de classificação dos conteúdos. A ordem da sequência de conteúdos. Permeabilidade das fronteiras entre os territórios demarcados. Itinerários de progressão nos conteúdos e no tempo. Opções epistêmicas sobre o conhecimento Sistemas e mecanismos de avaliação das aprendizagens.</p>	<p>Tempo de aprender, tempo livre, etc. Tempo de ensinar. Conhecimentos e saberes valorizados. Atividades possíveis de ensinar ou transmissoras em geral. Atividades possíveis e prováveis de aprendizagem e seus resultados. Comportamentos tolerados e estimulados. Linha e ritmo de progresso. Identidade e especialização dos professores. Orientação do desenvolvimento das pessoas.</p>
<p>2. Outros elementos e agentes: O espaço escolar. Classificações dos alunos. Clima social. Regras de comportamento. O método como ordem das ações. Relações verticais/horizontais. Sistemas de avaliação e controle não curriculares. Ideologias, filosofias e outras abordagens dos processos de ensinar.</p>	

Fonte: Gimeno Sacristán, 2013, p. 21

Outra das dimensões preconizadas no PPC do curso é a atualização curricular. A fala do professor Miguel faz pensar sobre se esta dimensão estaria efetivamente ocorrendo, já que, segundo sua visão, o currículo seria como “uma bíblia que não pode ser modificada”, ainda que o curso já estivesse com 10 anos de existência.

6.1.2 Concepções sobre o currículo do curso em que atuam

Os participantes foram também convidados a responder sobre o que consideram como o cerne do PPC, sobre o que mais chamou a sua atenção com relação a ele e por que.

Os aspectos predominantes a esse respeito foram: a integração curricular; o emprego de metodologias ativas, a importância dada aos estudantes nos processos

de ensino e aprendizagem; o contato com a prática profissional desde o início do curso; o fato de ser voltado para as necessidades de saúde da população; a orientação por competência.

Os participantes assim se manifestaram sobre a integração curricular, as metodologias ativas e o papel central dos estudantes no processo de ensino e aprendizagem:

*Eu vejo que o cerne dele é a **integração**, eu acho que o diferencial maior para mim é o trabalhar no estágio da prática profissional desde o primeiro ano, que eu acho que me chama muita atenção, porque a gente tem essa formação disciplinar, todo mundo [...] eu acho que essa articulação, essa ampliação do atendimento, trabalhar na perspectiva do construtivismo, da aprendizagem significativa, do diálogo, do acolhimento, do respeito com os alunos de ter essa proximidade, de você conhecer os alunos, estar sempre avaliando, tentando extrair o melhor deles, ter o desafio de a cada grupo, você ter que se reinventar e trazer essas novas perspectivas, eu acho que valorizar o saber prévio dos alunos, esse acolhimento, esse respeito [...] acho que a gente consegue trabalhar a questão do conhecimento, da empatia, do acolhimento, do cuidado em saúde a partir do concreto e do real, relacionar com as outras atividades curriculares também, eu sempre busco que eles articulem, trazer os conhecimentos que eles aprenderam na situação problema, na estação de simulação, então para mim o diferencial maior é a questão da integração e esse desafio que é para a gente colocar na prática e a prática profissional desde o primeiro ano, passando por todos os níveis de atenção, não só no nível hospitalar, então eles passam pela atenção primária, depois pela atenção especializada e pela atenção hospitalar, por todos e não só focado no atendimento hospitalar. (Ana)*

*É a possibilidade, o potencial de **integração**. Essa possibilidade de você ter de maneira integrada a parte teórica e prática, a parte tanto de conhecimentos básicos, como de conhecimentos clínicos, como de teoria como prática profissional, isso é muito interessante, só que não adiante existir só em teoria [...] Essa potencialidade é muito rica, porém ela funciona no papel; funciona muito pouco na prática, e mesmo assim, os nossos alunos têm ido muito bem nos seus desempenhos, ou pelo menos bem, muito bem eu acho que eles já foram, eles vão bem atualmente nos testes do CRM, no teste do egresso. Então eu acho que esse é o grande ponto, que se colocado em prática, é hoje o que todas as universidades procuram. Isso é no discurso o que todo mundo quer. (Pedro)*

*As **atividades são muito integradas**, os eixos, e isso é muito evidente no projeto, tanto que algumas vezes no projeto fica até pouco claro como que as coisas acontecem na prática, mas eu acho que uma das coisas, talvez principais assim é a integração com o serviço [...] essa integração com o serviço, com a realidade. (Lucas)*

*O mais importante é isso: o **currículo integrado** e as **metodologias ativas** [...] é possível integrar sem metodologias ativas, mas não é tão potente, não fica com tanto significado, eu acho que são as duas coisas mais importantes que nunca devem se perder, a minha preocupação enquanto fazer a reformulação é que isso não se perca de forma alguma. (Amália)*

*Eu acho que ele radicaliza na ideia de um curso inteiramente estruturado em **metodologias ativas**, quer dizer, nós não temos aqui por enquanto, porque isso todo ano carrega um fantasma, mas ainda não temos aqui, nenhuma atividade pelo menos oficial, formal, que abra mão da ideia de estar centrada no uso de metodologia ativa, o que significa mudar o papel do aluno, que assume o protagonismo evidente, ele que é a base, ele que é o centro e desconstrói o papel do professor como aquela autoridade do saber, para quem, ou a partir de quem, tudo se pergunta, tudo se responde e tudo se cobra. (Mário)*

*[...] o que mais chama atenção são as **metodologias ativas**, isso é realmente inovador, e eu acho que até é ousado você colocar dentro de uma escola de medicina. [...] Agora, o que eu considero o cerne, eu acho que é a pegada da integralidade, e assim essa coisa transversal, que você vai aprendendo e você vai construindo uma espiral, a complexidade do cuidado [...] O nosso currículo, pelo fato de ter pequenos grupos, de ter essa interação, que vem na verdade das metodologias ativas, permite que você se aproxime do aluno, que você questione, que você perceba, que você trabalhe com ele, o que ele tem de melhor, esse fato de você trabalhar em pequenos grupos, com metodologias ativas também permite ao docente isso [...] (Sofia)*

*[...] o que eu vejo como essencial nesse método, no nosso projeto, é **a importância que a gente dá ao aluno no processo ensino/aprendizagem**, que no método tradicional não é tão vigoroso [...] no nosso curso a gente dá uma ênfase grande na **participação do aluno no processo**, esse é o grande diferencial. Em função disso o nosso aluno desenvolve uma certa autonomia em termos de estudos e desenvolvimento teórico/prático [...] eu acho que por outro lado, há no nosso curso, uma carência de elementos didáticos importantes, do chamado método tradicional [...] há uma carência de ensino prático, laboratorial, que é muito importante no curso de medicina [...] então assim, o curso de medicina é um curso no qual o estudo da anatomia humana é algo fundamental, em partes imprescindíveis, eu acho que o nosso curso, ele tem essa dificuldade, o método ainda está, eu acho muito rígido, não se flexibilizou ainda o suficiente o projeto, para incorporar elementos, que possuem carência, como é o caso da anatomia, por exemplo (Miguel)*

*[...] o cerne é **fazer do aluno o principal protagonista do seu próprio aprendizado** [...] e também a parte ativa deles começarem em posto de saúde desde o começo, ter contato prático com a vivência da medicina desde o começo, isso eu acredito que seja um ponto muito positivo, porque o aluno começa já a perceber o dia a dia, as dificuldades, as nuances do curso e até para ele mesmo logo nos primeiros momentos do curso, fazer uma autocrítica, se ele fez a escolha correta da carreira que ele quer. (João)*

Desse modo, de acordo com Lima e Ribeiro (2018, p. 42):

O Currículo integrado requer a construção de metacconhecimentos, por meio da interdisciplinaridade e do trabalho multiprofissional. A integração reconhece as disciplinas, mas as organiza de modo relacional e estabelece pontes entre os saberes acadêmicos e aqueles construídos no

enfrentamento dos problemas do cotidiano da vida e do trabalho. Nesse sentido, o currículo integrado volta-se para as necessidades da sociedade e de aprendizagem dos educandos, articulando ciência e cultura e tendo o trabalho como um eixo estruturante. Nesse tipo de currículo, os conhecimentos gerais e específicos para a atuação profissional são contextualizados, evitando que os aspectos técnicos e instrumentais sejam tratados de modo burocratizado, alienado ou mecanizado.

A escolha por um currículo integrado e modelado no formato de matriz, e não de disciplinas organizadas no formato de grades, sem integração entre si, revela o valor que é atribuído à contextualização da aprendizagem e à articulação teoria-prática como estratégias que favorecem o desenvolvimento de perfis profissionais. (LIMA; RIBEIRO; PADILHA, 2018)

Assim, nessa concepção de currículo, seus elementos constitutivos, ou seja, atividades curriculares, processos, práticas profissionais, ensino, aprendizagem, trabalho e Universidade estão integrados e transformam-se mutuamente por meio de conexões e diálogos estabelecidos, segundo a abordagem construtivista da educação. (LIMA; RIBEIRO; PADILHA, 2018)

Com relação aos outros elementos, a saber: o contato com a prática desde o início do curso, o olhar para as necessidades de saúde da população e a orientação por competência, os professores assim se manifestaram:

*[...] é a questão do aluno já ter o **contato com a prática desde o começo [...]** um curso que para mim é inovador, porque ele não centra as vivências no médico, ele centra na pessoa, desde o começo começam a falar sobre clínica ampliada, sobre processo saúde/doença [...] eu acho que eles também se sentem de uma forma obrigados a estudar, mas eu acho que tem uma coisa mais da **construção coletiva do conhecimento**, uma coisa de se responsabilizar pelo aprendizado, que é muito diferente do que você simplesmente ter que tirar nota. Eu acho que o professor não fica naquela posição de eu ensino, você aprende; o aluno também sai dessa posição de ser só um receptor e que para mim, isso na medicina é muito importante, desde o começo eles já entenderem que as pessoas são pessoas e que seu professor não é um Deus, que você se responsabiliza por aquilo que você faz, quer dizer, acho que você tira um pouco dessa hierarquia que tem na medicina [...]* (Augusto)

*É um projeto muito **voltado para a realidade**, das **necessidades da nossa população [...]** acho que uma coisa que chama muita atenção é a inserção na prática, desde o primeiro ano, isso para mim é essencial [...] Claro que é uma **atuação que vai sendo gradativa**, mas só a pessoa estar ali entendendo o que é um serviço de saúde, o que é uma unidade básica, o que uma unidade básica tem que dar conta, porque isso falta na maioria dos profissionais, então eu acho que essa inserção desde o primeiro ano na prática, a inserção da saúde da família, a questão mais geral, vamos pensar essa correlação da saúde da família com as outras grandes áreas básicas, que é a ginecologia, clínica, ginecologia/obstetrícia e pediatria, que são as grandes áreas, essa interseção é muito importante. (Maria)*

De acordo com Lima e Padilha (2018, p. 49):

os progressivos graus de domínio e autonomia devem ser estabelecidos para todas as ações-chave do perfil do egresso, considerando-se o contexto, o cenário e a natureza das ações. Assim, cada ciclo representa uma atuação esperada para o educando, fundamentada por um conjunto de capacidades cujo desenvolvimento deve ser intencionalmente desencadeado, no sentido de promover um melhor entendimento dos fenômenos envolvidos e a produção de respostas às necessidades de saúde baseadas nas melhores evidências.

No processo de construção do perfil de competência, o repertório dos educandos, vai sendo, progressivamente, ampliado tanto no sentido da interpretação de necessidades de saúde quanto da construção de projetos terapêuticos, de modo associado à problematização e ao aprofundamento teórico. Esse processo de aprendizagem deve ser desencadeado, recursivamente, por sucessivas aproximações aos problemas e desafios prevalentes na prática. Assim, diferentes perspectivas e dimensões sobre os problemas podem ser identificados por meio dessas aproximações que favorecem a compreensão das singularidades trazidas por distintos contextos e pelos sentidos construídos nas respectivas vivências. Essas aproximações tendem a potencializar a mobilização de capacidades e a favorecer a transferência de saberes de situações familiares para outras não familiares

O professor Daniel enfatizou o currículo por competência:

*[...] currículo orientado por competência; eu estava acostumado a lidar com conteúdo só, e competência nesse conceito que eu aprendi aqui que é um conjunto de habilidades para exercer uma determinada função e esse conjunto de habilidades vai desde todas as áreas, do cognitivo ao psicomotor, e isso eu acho que é uma coisa muito robusta nesse projeto pedagógico [...] a outra coisa é essa questão da **inserção do estudante em serviço desde o início do curso** [...] isso eu acho muito forte no projeto desse curso, acho que isso dispensa professor ensinando de maneira tradicional, porque eu vou lá no sistema de saúde, eu vejo desde um indivíduo com insuficiência cardíaca a um problema de gestão e um problema político, eu trago isso para cá e agora nós vamos discutir como que é isso, como é que a gente lida com isso, que metodologia científica inclusive eu tenho para lidar com essa questão, quer dizer, o curso traz o problema de lá, discute fundamentado em evidência científica e volta. Isso eu acho que é extremamente potente não só para a formação do aluno, mas para a sociedade [...] se eu for resumir isso, eu diria que aqui a gente está tentando formar um médico para a sociedade, muito mais que para o mercado e isso eu acho que é a vertente mais importante do curso, do ponto de vista ideológico é o ponto com o qual eu mais me identifico questão de propósito, nós precisamos formar médicos para cuidar das pessoas e desenvolver a sociedade, eu não posso formar médico que interessa só o mercado profissional ou o mercado farmacêutico, ou outras coisas, como eu acho que o Brasil sempre formou médico muito nessa linha, mas esse diferencial aqui ele é muito potente, é esse o grande, é o coração do negócio. (Daniel)*

Desse modo, temos que:

Num currículo orientado por competência, o diálogo entre o perfil de competência desejado e as necessidades de saúde, envolvendo problemas e desafios prevalentes na prática profissional, riscos, vulnerabilidades, desejos e interesses das pessoas sob cuidado, é a principal estratégia para a seleção dos conteúdos que devem orientar o processo de formação ou capacitação profissionais. (LIMA; RIBEIRO; PADILHA, 2018, p. 48)

Pelo que as entrevistas revelam, os participantes parecem ter uma visão bastante nítida do que constitui o cerne do currículo proposto no PPC do curso em que atuam, demonstrando valorizar os aspectos que veem como essenciais. Apenas na resposta do professor Miguel aparece crítica explícita à rigidez do método, ao tempo em que sugere a inserção de alguns “elementos didáticos importantes, do chamado método tradicional”.

Novamente aparecem alusões à não correspondência entre o proposto e o vivido, embora essa não tenha sido a tônica da pergunta formulada. É o caso do professor Pedro, quando diz que a integração “funciona no papel”, mas “funciona muito pouco na prática”; e do professor Mário que diz não haver “nenhuma atividade **pelo menos oficial, formal**, que abra mão da ideia de estar centrada no uso de metodologia ativa”, embora na prática isso ocorra.

6.2 CONCEPÇÕES DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA ACERCA DE INTEGRAÇÃO CURRICULAR

Sobre esse tema os participantes foram perguntados sobre o que significa currículo integrado para cada um deles. Além disso, foi solicitado que cada um desse um exemplo de como vivencia a integração na atividade curricular em que atua, ou em alguma ação que tenha desenvolvido no curso. A cada uma dessas questões corresponde um item desta subseção.

6.2.1 O que significa currículo integrado

A integração curricular não parece ser tarefa das mais fáceis para os docentes do curso de Medicina da UFSCar. Uma das razões dessa dificuldade pode estar no que dizem Pimenta e Anastasiou (2008, p. 218-19):

A maioria dos professores da educação superior teve nos seus cursos de graduação uma formação pautada pela visão moderna do conhecimento. Sem haver um entrelaçamento curricular das disciplinas, cabendo ao aluno fazer as sínteses de que fosse capaz, o processo geralmente culminaria num estágio, quando, então deveria fazer a síntese e a aplicação de toda a teoria estudada nas diferentes disciplinas. Assim, justificava-se a situação do estágio ao final do curso.

(...) Historicamente, os currículos foram estruturados sob a influência dessa visão de ciência, que se traduz no esquema de disciplinas autônomas entre si e em relação às necessidades formativas dos futuros profissionais.

Mesmo que isso seja verdadeiro para os participantes desta pesquisa – como eles próprios atestaram em vários momentos da entrevista –, as concepções manifestadas por eles sobre integração curricular revelaram-se, em certa medida, semelhantes àquelas propostas no PPC, embora se perceba que, em suas respostas, eles enfatizam diferentes aspectos. Assim, alguns destacam a articulação de áreas do conhecimento, outros colocam a ênfase na perspectiva de “um paciente não dividido em partes”, outros ainda enfatizam a articulação das dimensões cognitiva, psicomotora e atitudinal e, finalmente, há os que destacam a integração teoria - prática.

Os professores Mário, Amália, João, Augusto, Sofia e Lucas concebem a integração curricular como articulação de áreas do conhecimento, em que são integrados saberes e situações distintas. A seguir, são apresentados os excertos que revelam essas concepções:

*Currículo integrado é um currículo onde você **não trabalha com disciplinas de maneira isolada**, você tem uma **articulação de saberes, de conhecimento de diferentes áreas** que você vai agregar, vai reunir para entender uma determinada situação, um determinado contexto. [...] na minha leitura, significa **romper com a lógica do básico ao complexo**, do inicial ao profundo, da célula ao ser humano, passando pela semiologia no meio. Ele inverte essa lógica, na ideia de que o que é integrado aí, o cognitivo, que perpassaria todo o curso, na verdade passa a vir acompanhado, desde o primeiro momento, de pelo menos duas outras dimensões do agir: a atitudinal - a atitude perante esse processo e também perante o objeto da sua prática, que são os doentes; as habilidades, que é o ganho do desenvolvimento das capacidades de fazer [...] rompe com a ideia de que você precisa começar a aprender a cuidar das pessoas, pelas células, pelos tecidos. Você começa a cuidar das pessoas pelas pessoas e isso requer que o aluno desde cedo seja exposto a não mais uma ideia de aula, mas a situações controladas, organizadas, sistematizadas segundo uma complexidade, aí sim cognitiva crescente, que ele vai tendo que ser cada vez mais demandado ao uso de habilidades e atitudes e também de conhecimento, para ir lidando com as situações e ir melhorando a sua capacidade e, portanto, a sua competência, que é a sua capacidade de atuar em cenários específicos. (Mário)*

O currículo integrado significa que **você não tem disciplinas estanques, significa que as áreas do conhecimento vão ser trabalhadas como um todo**, claro que com um foco, cada ano, cada ciclo a gente dá um foco em áreas cada vez mais complexas, dentro da helicóide de conhecimento. Mas, assim, estudar fisiologia não significa apenas abrir um livro de fisiologia e estudar o que está ali, mas entender que aquela fisiologia está dentro do contexto de um processo de saúde e doença, que esse processo de saúde e doença acontece em um indivíduo que é o indivíduo social. Então, está tudo integralizado dentro disso, quer dizer, **o aprendizado não fica sendo uma coisa compartimentada, fica sendo integrado** dentro desse sentido de que o ambiente está influenciando nessa fisiologia que ele está estudando e que por isso as doenças se manifestam de formas diferentes, em pessoas diferentes, em ambientes iguais ou diferentes. (João)

Integrado no sentido de que ele não é aquela coisa de ter uma disciplina de bioquímica, uma disciplina de anatomia, uma disciplina de embriologia, todas separadas e que nem se conversam entre si. Então, estou aprendendo em bioquímica o que tem dentro da célula, na embriologia estou aprendendo alguma fase, enfim, não é integrado nesse sentido; não tem uma conversa entre as matérias. Aqui, como a gente trabalha com situações-problema, todas essas coisas acontecem ao mesmo tempo; dependendo da situação-problema que você tem, você vai ter que integrar todas essas disciplinas. Então, o aluno tem que de alguma forma passar por elas, de uma forma que ele consiga integrar todo aquele assunto em um único caso [...] **não são separados por conteúdos, são separados por situações que levam o aluno a procurar esses conteúdos diferentes.** Eu não vejo uma coisa bem estruturada e pensada nesse sentido, eu vejo mais isso no primeiro e no segundo ciclo do que no terceiro, que seria o quinto e o sexto ano, eu acho que o **internato** ainda está muito, muito pouco **pensado em uma lógica, em que o aluno tenha um vivência mais**, na verdade a minha concepção do internato daqui, pelo o pouco que eu sei, eu estou a pouco tempo aqui, é como se fosse um Frankenstein, **tem alguns estágios que são um pouco mais voltados para a competência, outros mais voltados para o conteúdo.** Eu acredito que o **internato aqui, ele ficou meio que em feudos** assim, sabe, cada um quer cuidar do seu cantinho e nenhum quer saber do outro, então assim, eu sinto falta disso, não tem essa conversa e não vejo nem disposição para, sabe, acho que ninguém está disposto assim a mudar o jeito que faz e pensar de um jeito que as coisas funcionem, de forma que as coisas se conversem (Augusto)

O currículo integrado, na minha concepção, **as atividades deveriam acontecer de uma forma que pudessem estruturar as coisas ao longo do tempo, juntas.** [...] às vezes é meio rígido e isso é difícil; e a gente planeja muito pouco juntos. (Lucas)

O currículo integrado é aquele que **vai integrar saberes diferentes, vai integrar também cenários diferentes, situações diferentes.** É como assim, eu vou aprender sobre infarto do miocárdio, então aí eu vou buscar disciplinas diferentes, vou buscar anatomia, histologia, patologia, físicoquímica, todas essas de um currículo tradicional. Então, eu **vou integrar diferentes disciplinas para o saber** e também vou integrar a parte de diferentes cenários, infarto do miocárdio numa unidade de saúde da família, como deve ser abordado e ao ser abordado o infarto do miocárdio, como abordar também, porque sobre o infarto do

*miocárdio, não adianta só ensinar ao médico como atuar, eu também preciso de uma equipe multiprofissional e o médico tem que saber como lidar com a equipe. Então, é integrar tudo isso. Têm vários **pontos da integração, tanto diferentes disciplinas, diferentes cenários, diferentes percepções, é olhar o paciente como o todo, não só o biológico. Olhar também para o afetivo, para o social e a todo momento.** (Amália)*

Como se observa na fala da professora Amália, ela entende que o olhar para o paciente como um todo - e não somente em seu aspecto biológico - seria o resultado da integração entre disciplinas, cenários e percepções. Essa concepção é apresentada também pela professora Sofia, que enfatiza, além da integração das áreas, o currículo integrado na perspectiva de um paciente não dividido em partes.

*Um **currículo integrado é que você não tem um paciente dividido em partes, então quando você vai dar qualquer tipo de atividade, todas as áreas vão conversar.** Lógico que depende do grau de complexidade em que o aluno está. Se ele está em um primeiro ano, então você vai apresentar o paciente para ele, como um todo, mas **não vai deixar de olhar o biológico, o psicossocial, o próprio emocional, ao mesmo tempo em que você continua olhando para isso quando ele está no quarto ano, no quinto ano, no sexto ano, mas é lógico com um grau de complexidade muito maior. Então, a linguagem que eu vou falar para um aluno de sexto ano, por exemplo, vai ser diferente da de primeiro.** (Sofia)*

Essas falas são coerentes com o que encontramos em Lima, Ribeiro e

Padilha (2018):

Na matriz de currículos integrados, para que as atividades curriculares correspondam aos eixos orientadores devemos construí-las de modo interdisciplinar e multiprofissional. Essas características implicam o trabalho de equipes de professores de diferentes disciplinas e áreas do conhecimento, no sentido de produzirem combinações de ações educacionais e de construírem disparadores de aprendizagem que possibilitem uma exploração ampliada dos fenômenos de saúde-doença. (p.51)

Outros 3 professores entrevistados concebem a integração curricular como a articulação das dimensões cognitiva, psicomotora e atitudinal, resultando na competência. O professor Daniel destaca que deve haver comunicação entre as unidades educacionais e entre o corpo docente para que a integração realmente se efetive, conforme previsto no PPC do curso.

*Na questão do “orientado por competência”, acho que o desafio é a gente **integrar as três dimensões, o cognitivo, o psicomotor e o atitudinal ou afetivo, porque a gente tende a fragmentar também.** (Ana)*

Nós temos lá o projeto pedagógico; o que eu entendi de currículo integrado foi o seguinte: **you have a profile of competence that you want to form, then all the actions and educational units and didactic activities need to gravitate around this profile of competence that you want to form** e essa gravitação passa por uma **comunicação entre as unidades educacionais, uma comunicação entre o corpo docente**, para que a gente consiga trabalhar essa diretriz de conhecimento que o curso possibilita. [...] num currículo integrado eu posso, por exemplo, numa unidade educacional fazer uma determinada abordagem de conteúdo ou de competências que a outra unidade educacional vai complementar isso, não vai redundar, ou não vai competir, ou não vai tratar de uma coisa completamente diferente, mas que elas vão rodando gravitacionalmente em torno dessa diretriz de competência que a gente pretende [...]. (Daniel)

Integrated in terms of competencies, and also of knowledges. A gente quer **formar um médico que ao mesmo tempo seja capaz de prestar uma boa assistência** no cuidado individual lá no seu consultório, mas que também seja um **gestor**, que ele consiga estar seja em um consultório particular, seja na rede pública, conseguindo gerir o cuidado de certa forma, melhorar o cuidado, para o atendimento dessa população. Gestão que eu falo, de linha de cuidado, o que é que coloca ali, serviços mesmo, um **educador** também, porque ele é um educador, mesmo em uma consulta particular. [...] eu acho que **integrado em termos de todas essas competências** e na formação nossa, do estudante, **é integrado em termos das matérias, dos conteúdos, que eles vão aprendendo ao longo do tempo e as habilidades** também, que eles vão desenvolvendo, são as habilidades psicomotoras de executar algum procedimento, as habilidades cognitivas, até de compreensão, de síntese, de aplicação do conhecimento. Então, você não tem aquela coisa assim: “eu estudei tudo do básico primeiro, agora eu vou aplicar”. **É uma integração contínua, é o ir e vir, na formação das várias habilidades que eles vão adquirindo aí.** [...] E o **sexto ano justamente a pessoa coloca o atendimento mais especializado**, por isso que é importante manter as atividades saúde na família (inclusive no quinto e no sexto). (Maria)

Já o professor Pedro apresenta uma concepção de integração curricular distinta das demais, pautada na integração teoria - prática:

Curriculum integrated quer dizer uma **integração entre a teoria e a prática**, seja entre a teoria que eu vi em relação à célula que eu tenho ali uma oportunidade de falar de sistema digestório, aí o sujeito vai ver histologia e aí poderia e deveria ir para um laboratório e ver aquilo também na prática, quer dizer ver uma célula, como também a integração entre a teoria e a prática profissional, quer dizer a **teoria clínica, a teoria médica** e a prática profissional da medicina nos diferentes estágios dentro da tal da espiral. Essa **integração para mim significa isso, a prática e a rede funcionando juntos, a teoria e a rede funcionando juntos e da mesma forma a ciência básica e a ciência clínica integradas.** (Pedro)

Essa integração da teoria e da prática é assim apresentada por Lima, Ribeiro e Padilha (2018, p. 48):

A melhor expressão da integração teoria-prática é representada, por um lado pelo perfil de competência e, por outro, pelos problemas/desafios relevantes da prática profissional, a serem enfrentados à luz do respectivo perfil. Esses eixos curriculares, aqui denominados como orientadores, são traduzidos no plano curricular segundo eixos organizativos, a partir dos quais as atividades educacionais devem ser construídas e articuladas, de acordo com critérios que definem a utilização de cenários simulados ou autênticos da prática.

Finalizando, o professor Miguel destaca que a integração deve ocorrer como uma espécie de cadeia, em sequência, e segundo ele este seria um aspecto crítico do método para que a integração seja realizada conforme está prevista no PPC do curso.

*Integrado, a **integração é todos os elementos da aprendizagem necessários para o aluno**, tem que ser incorporado, tem que ser tratadas em uma forma de conjunto, em um momento, e não em momentos separados. É diferente do método tradicional, em que a gente vê assim: há o momento em que o aluno aprende esse aspecto específico, há um outro momento em que ele vai aprender um outro aspecto específico. No nosso curso esses aspectos todos, a gente **pretende** que sejam aprendidos em um momento e aquele aprendizado que é feito agora, ele tenha uma conexão direta com o aprendizado que vai ser feito subsequente; é uma cadeia, e que não se perca. **Esse é o aspecto crítico do método**, eu estou contrapondo o que a gente chama de método tradicional, com o nosso método pedagógico. (Miguel)*

Este pensamento encontra apoio na seguinte afirmação de Lima; Ribeiro; Padilha (2018, p. 51-52):

para além das relações específicas entre os **eixos orientador e organizador da matriz integrada**, as relações entre eles devem mostrar coerência e alinhamento. Assim, ao explicitar as intervenções que caracterizam uma determinada prática profissional competente, essas são o ponto de partida para a construção das atividades curriculares e ações educacionais. Paralelamente, o conjunto dessas intervenções promove o desenvolvimento contextualizado das capacidades que conformam o perfil, num movimento contínuo e em espiral. (grifo nosso)

Como vimos pelas respostas dos participantes da pesquisa, eles concebem a integração como articulação da teoria e da prática; articulação de áreas do conhecimento; articulação das dimensões cognitiva, psicomotora e atitudinal, resultando na competência; e olhar para o paciente como um todo, considerando o ser humano como biopsicossocial. Diante disso, a seguir apresentamos uma representação dos **eixos orientadores** da construção de um currículo integrado – Perfil de Competência e as Necessidades de Saúde individuais e Coletivas, e os

eixos organizadores do currículo integrado – Simulação da prática e a Prática profissional em cenários autênticos -, sendo que essa representação expressa o que está proposto como princípios para a integração curricular no PPC do curso de Graduação em Medicina da UFSCar.

A partir da representação a seguir, podemos notar que os aspectos concebidos pelos professores entrevistados, estão apresentados tanto nos eixos orientadores, como nos eixos organizadores, tais como: a articulação das dimensões cognitiva, psicomotora e atitudinal, resultando na competência; as condições prevalentes de saúde-doença na construção do perfil de competência, a organização e articulação do trabalho coletivo e as metodologias ativas de ensino aprendizagem.

Figura 5 - Representação esquemática dos eixos orientadores e organizadores da estrutura curricular matricial



Dos 11 professores entrevistados, 5 (Mário, Ana, Daniel, Amália, Lucas), além de manifestarem suas concepções sobre integração curricular, também apresentaram considerações indicando que a integração não funciona, na prática, assim como previsto no PPC do curso.

O desafio é desconstruir essa lógica - que é prevalente - de que o conhecimento tem que partir necessariamente do mais simples até chegar ao complexo. [...] currículo tradicional não funciona, não é essa a discussão, mas é a ideia de apostar em uma outra maneira de pensar a formação, expondo o aluno a outra necessidade e aí sim, uma necessidade de aprendizagem, então em vez de expor o aluno a decorar nomes de ossos, ele é levado a refletir sobre, como por exemplo abordar uma pessoa em sofrimento, como fazer uma visita domiciliar [...], como eu faço para fazer uma história clínica completa, adequada de uma pessoa X e aí na hora que eu identifico, o que essa pessoa X tem, que pode até ser uma doença definida, nos catálogos de doenças. [...] Então, integrar é não separar: nesse momento aqui eu aprendo a teoria, nesse momento aqui eu observo como se faz, nesse momento aqui eu faço como deveria ser feito, sou corrigido no que eu não fiz direito e aí eu passo a fazer direito. Ao contrário, ele vai fazendo essas três coisas simultaneamente, quanto mais de forma simultânea, concatenada, e organicamente vinculada, melhor [...] **Só dá para a gente entender, perseguir integração curricular se a gente estiver implicado com a mudança nas práticas profissionais,** porque se se trata apenas de fazer mais do mesmo, vamos fazer o que todo mundo está fazendo, sem tirar nem pôr [...]. (Mário)

Aqui na UFSCar a gente vive uma situação ambígua, porque **nós temos um projeto pedagógico no papel, mas na prática tem funcionado de outra,** por uma série de contingências, políticas, de investimento, eu acho que de **qualificação inclusive do corpo docente,** então eu acho que **o nosso currículo hoje na prática ele não funciona integrado, ele sai muito dessa proposta de orientação por competência.** (Daniel)

Eu acho que **o professor tinha que saber avaliar se a integração aconteceu, ele teria que ter condições de integrar de uma forma correta, dele acompanhar a integração, mas também de avaliar,** então quando você lê o PPP, tem como fazer, só que ele não está discriminado como fazer, por isso que eu acho que em alguns momentos andou se perdendo. (Amália)

Então, **está dado como é o projeto pedagógico, como é a grade curricular, mas a gente sabe que na prática nem sempre acontece daquela forma; a gente não tem tido espaços de troca de vivências.** Acho que falta um pouco dessa integração; **a gente não tem um espaço de discutir a prática de forma integrada,** não num ano só, mas ao longo dos anos. (Lucas)

[...] quando a gente vai **pensar nas atividades,** a gente **sai das caixinhas das disciplinas e realmente faz uma integração,** tanto que quando a gente olha para os níveis de integração curricular, **por mais que aqui seja uma proposta de ser currículo integrado a**

gente vê ele próximo, mas não ainda no nível máximo de integração, nem na proposta que está escrita e menos ainda no que acontece no dia a dia nas atividades com os alunos. [...] A gente utiliza estratégias de avaliação que às vezes focam muito em uma das dimensões e não contemplam as três, eu vejo que na estação de simulação e na prática a gente consegue contemplar, chegar um pouco mais próximo de articular as três. [...] é como se a SP (Situação Problema) fosse responsável pela teoria e a ES (Estação de Simulação) pela parte prática do curso. [...] Parece que do primeiro ao quarto ano você consegue integrar e aí chega no quinto e no sexto ano, vira um curso tradicional.
(Ana)

Mais uma vez observa-se que esses professores não colocam em questão a proposta do PPC, mas o fato de ela não ser posta efetivamente em prática. Para a professora Ana, por exemplo, temos dois momentos no curso: no primeiro e segundo ciclos, as atividades são desenvolvidas de maneira integrada, conforme prevê o PPC, enquanto que no terceiro ciclo – o internato médico – as atividades são desenvolvidas no formato de um curso tradicional, ou seja, com áreas e disciplinas que não se relacionam, não se integram. Já a fala do professor Lucas mostra que ele se ressentia da falta de momentos para trocas de vivências entre os professores, de modo a possibilitar a atuação integrada.

A fala do professor Lucas, sobre a falta de espaços para o trabalho coletivo docente para o planejamento e avaliação das atividades realizadas, é afirmada por Gimeno Sacristán (2013), segundo o qual:

Analisar o valor dos conteúdos e processos ou habilidades propostos pelo currículo, como o conhecimento é concebido, como é ordenado, que papel se confere à sua relação com a experiência do que aprende, qual é sua transcendência social e sua relação com a vida cotidiana, qual é a sua origem, como se valida, como evolui, qual é a ponderação de seus componentes, como se comprova sua possessão, qual é a vigência e o alcance desses saberes disciplinares em um mundo de incertezas e mudanças, etc., são questões que devem acabar determinando o conhecimento prático de cada docente. É importante apelar a uma elaboração compartilhada, por meio de equipes docentes conscientes de seu trabalho, suficientemente organizadas e capacitadas para abordar, sem rodeios, o que se ensina nas instituições de educação. (p. 203)

Assim, a partir do que foi apresentado por Lopes e Macedo, que afirmam que na história do currículo verificamos diversas propostas de currículo integrado/integração curricular, destacamos que:

As mudanças na organização curricular dependem de alterações mais profundas nas relações sociais e culturais (e nas relações de poder), não sendo derivadas, portanto, apenas de decisões de alguns grupos favoráveis à inter-relação de determinados saberes. As próprias mudanças políticas na organização curricular em disciplinas dependem da compreensão das disciplinas escolares. Entender como as disciplinas escolares nos formam, investigar como as inter-relações entre saberes são desenvolvidas nas escolas, quais sentidos as diferentes comunidades disciplinares conferem ao currículo, parece-me um programa de pesquisa mais frutífero do que contrapor binariamente uma ou mais modalidades de currículo integrado ao currículo disciplinar. (LOPES, 2008, p.89-90)

A partir do exposto, consideramos que pensar na integração curricular/currículo integrado, pressupõe “modificar maneiras de ver o mundo, construir novos objetos, novos valores e práticas, alterar relações de poder.” (LOPES, 2008, p. 87), bem como no contexto escolar, pensar a integração curricular/currículo integrado implica:

mudar os territórios formados, a identidade dos atores sociais envolvidos, suas práticas além de modificar o atendimento às demandas sociais da escolarização - diplomas, concursos, expectativas dos pais, do mundo produtivo, da sociedade como um todo - e as relações de poder próprias da escola. (LOPES, 2008, p. 87)

Desse modo, podemos afirmar que no curso de graduação em Medicina da UFSCar, embora seja um currículo orientado por competência, a integração se efetiva de maneira mais próxima a integração via interesses dos alunos, sendo esta pautada nas necessidades de saúde que são apresentadas na prática profissional, para a definição do perfil de competência dos estudantes. Quanto às concepções de integração/currículo integrado, apresentadas pelos professores que participaram da pesquisa, embora sejam concepções diversas, todas têm algo que está presente no marco conceitual do PPC do curso, a saber: a integração como articulação da teoria e da prática; articulação de áreas do conhecimento; articulação das dimensões cognitiva, psicomotora e atitudinal, resultando na competência; e olhar para o ser humano em contemplando os aspectos biopsicossocial, de maneira integrada.

6.2.2 Como os professores vivenciam a integração curricular

Os professores foram solicitados a dar exemplos de como vivenciam a integração curricular, a partir de experiências desenvolvidas nas atividades curriculares em que atuam ou já atuaram, bem como em alguma ação desenvolvida no curso. Eles assim se manifestaram:

A **situação problema**, como ela é uma situação criada artificialmente, que trabalha em pequeno grupo, é um espaço em que o aluno está mais disposto a fazer, transitar pelo **terreno cognitivo**, ele vai fazer busca de questões da aprendizagem, ele vai debater aquele problema com a ajuda do professor, aspas facilitador. Essa atividade se complementa com a da **simulação**, aqui a gente consegue **discutir a relação médico/paciente, a formação do raciocínio clínico, a abordagem centrada nas pessoas**, os modos de agir em relação a isso, os cenários possíveis de realizar a interação médica, ai trabalha com a questão da visita domiciliar e da consulta basicamente. Isso acontece então nas situações de simulação de papel e na de estação de simulação, através de ciclos, de etapas sucessivamente. E ele é sempre exposto ao quê, **ele é dado a tarefa do fazer**. Enquanto isso, **na prática profissional** ele vai no primeiro ano, ser **levado aos cenários reais**, às unidades de saúde da família locais, e ele começa a lidar com conhecer o território, conhecer as famílias, conhecer as pessoas reais. Olha o que nós esperamos pela **integração do currículo** é que ele já tenha pelo menos feito e ele já deve ter feito tudo isso, porque bem antes de ele já estar fazendo uma reflexão teórica sobre a Visita Domiciliar (VD) e simulado uma VD na simulação, de modo que quando ele vai para a prática, aí você pode dizer, mas não parece uma coisa de repetição? Não, porque na prática como diz o ditado popular, na prática a teoria é outra, então, ele na prática vai experimentar todos os limites que a teoria trouxe para ele como, então ele vai submeter aquela imagem teórica que ele absorveu a prova prática. E tudo isso ele faz com supervisão de um profissional. E aí ele chega ao **quinto, sexto ano que é o último ciclo**, que são **o internato**, que quer dizer **continuamos aqui parecidos e muito iguais aos cursos tradicionais**, mas o aluno que chega com esse preparo ele chega no quinto, sexto ano e tem chegado com uma outra capacidade operativa, ele tem iniciativa, ele tem autonomia. E agora tudo isso que eu descrevi e é claro que ele funciona ora mais ora menos sincrônico, vai depender dos problemas gerenciais ou operacionais ou de parceria interinstitucional. (Mário)

É possível verificar que o professor Mário não dá propriamente um exemplo de sua prática, como foi solicitado, mas apresenta uma descrição geral do que seria a integração ideal das atividades curriculares que compõem os dois primeiros ciclos do curso. Embora reconheça que no 3º ciclo a integração “se desmancha”, entende que a essa altura os estudantes já terão adquirido *capacidade operativa, iniciativa, autonomia*.

A seguir são apresentados exemplos referentes à integração vivenciada na situação problema, na estação de simulação e na prática profissional. É interessante notar que esses professores (Pedro, Sofia e Ana) inseriram a perspectiva do estudante em seus exemplos, pois nas atividades em que atuam é comum os estudantes afirmarem que um determinado caso discutido na situação problema foi vivenciado na prática profissional ou na estação de simulação; determinada situação na estação de simulação já foi discutida na situação problema ou mesmo vivenciada

na prática profissional; e alguma vivência na prática foi discutida na situação problema e vivenciada na estação de simulação.

(...) a gente discute por exemplo, um caso de uma **SP** de um sujeito que estava em uma determinada fase do ciclo vital, que os alunos... ah eu vi isso na **prática** de ontem, que nós fizemos visita domiciliar e o sujeito era um sujeito diabético, nessa faixa etária mais ou menos e ele não tomava medicação, então aquilo **tem uma ressonância na prática do que ele viu na teoria, e vice-versa**. Então isso é uma retroalimentação bastante positiva, bastante interessante. (Pedro)

Eu acho que na **estação de simulação** é uma coisa que dá, ela traz a aprendizagem em um **ambiente protegido**, mas é muito construtiva, porque o aluno leva muito a sério e ele realmente interage de uma forma muito respeitosa com o ator, como se o ator fosse realmente o paciente e o aluno entra de cabeça. São cinco anos que eu estou fazendo estação de simulação, e nesses cinco anos, as diferentes turmas, os diferentes alunos, são quarenta alunos por ano, eu sempre tenho a mesma resposta deles, eles são respeitosos e **eles entram tão de cabeça na atividade e o ator também, que às vezes eu tenho a sensação de que eu estou vivendo uma consulta real**; tem uma situação que eles trabalham a comunicação de más notícias, que eu trabalho com eles, e a atriz exige deles um posicionamento. Eles já saem mais preparados para o mundo do trabalho através das estações de simulação; a **estação de simulação ajuda muito eles a chegarem no quinto e no sexto ano sem tanto medo da relação médico/paciente, eles vão ter medo, às vezes de coisas técnicas que eles ainda não aprenderam**, fazer uma sutura, entubar um paciente, fazer um diagnóstico de uma meningite, tem dúvida, quinto e sexto é a hora da dúvida e vou falar: "Olha, vocês estão aqui para aprender", agora o que é legal é ver que **atitudinalmente eles já chegam no quinto ano mais preparados**, é muito legal, o respeito, a atitude que eles têm com o paciente, as respostas, é diferente, é muito legal. (Sofia)

Para mim é mais fácil ver essa **integração na prática profissional**, mas ao mesmo tempo para eles é mais difícil entender a prática profissional e discutir o que a gente discute naquele espaço, porque geralmente quem vem para área da saúde, até antes de entrar tem o foco muito na área de biológicas, então assim na situação problema, por mais dificuldades que eles tenham rapidamente eles já se veem ali, no estudo da biologia, na prática profissional que é mais integrada porque é o contexto real, é mais difícil, é mais integrado, mas eles têm mais dificuldade, tanto que uma tendência que eles têm muito grande na situação problema é assim, eles identificam, leem a situação problema, eles identificam o que é biológico e começam a discussão por ali, aí depois o resto que não é biológico, vira psicossocial, tudo junto e misturado, é uma coisa mais abstrata, eles não conseguem integrar o biológico com o psicossocial [...] **quando eles estão na prática profissional que a gente vai juntar tudo, aí é muito difícil, eles têm muita dificuldade**, principalmente no primeiro ano, que é o ano que eu acompanho, então a gente começa a discutir sobre o processo saúde-doença, aí eles não sabem nem onde buscar, então eles não sabem onde procurar, não têm a resposta pronta, eles têm que buscar em diferentes fontes, fazer a síntese e depois ainda reconstruir essa síntese no grupo, então **é muito difícil para eles fazerem essa integração** (Ana)

*Eu acho que dá para vivenciar, porque **eu acabo sabendo o que eles estão fazendo nas outras atividades, só que eu não sei se isso é vice-versa, eu acho que não**, porque como as outras atividades elas são muito fechadinhas, muito prontas e a **gente não tem espaço de troca entre os professores**, eu acho que é mais difícil acontecer, agora os alunos, eles avaliam muito bem quando isso acontece, quando a gente vê uma situação na prática, que eles viram na situação problema, ou vice e versa, na **prática** eles sempre referem isso: “nossa professor, como eu consegui aprender mais isso na prática, porque eu vi agora a pessoa, real, acompanhei”, **eles conseguem fazer a ponte** e eles trazem muito isso assim, mas eu acho que eles trazem mais isso para mim, porque como que no meu caso são os pacientes reais, então é mais fácil da gente falar sobre isso, talvez na situação problema isso não seja tão trazido, essa é a impressão que eu tenho, agora uma coisa bacana é que **quando a gente consegue, às vezes é por coincidência na prática eles viram a mesma coisa que eles viram na SP ou o contrário, nossa eles adoram, acham super interessante.** (Lucas)*

Novamente, o que percebemos nas falas desses 4 professores sobre a integração vivenciada em situações-problema é, mais do que exemplos, a indicação de facilidades e dificuldades dos estudantes e das potencialidades do método. Mais uma vez o professor Lucas insiste em indicar a ausência de espaços de trocas entre os professores.

A seguir, temos os excertos das entrevistas dos professores Miguel, Maria, João, Daniel e Amália, que se referem à integração curricular nas atividades de prática profissional. Esses professores, embora tenham dito que os estudantes conseguem realizar conexões entre o ciclo em que estão e os demais ciclos cursados, afirmam que, principalmente no internato médico, eles apresentam lacunas nos conhecimentos para atuação neste ciclo do curso. Miguel, João e Daniel destacam também que as provas de residência médica são pautadas em conteúdo, “pacotes de conhecimentos” como denomina o professor Miguel, o que é diferente do PPC do curso, que está pautado na construção de um perfil de competência para a formação do médico. Nesse sentido, destacamos um trecho da fala do professor Daniel, que diz: “**se o aluno aprender a cuidar das pessoas, ele vai aprender a passar em qualquer concurso, agora se ele estudar para concurso, ele pode até passar no concurso, mas ele não vai conseguir cuidar**”.

A professora Maria destaca, ainda, que o modelo de ambulatório adotado no curso também dificulta a integração.

Eu vejo os alunos do quarto ano, por exemplo, trazendo elementos de competências adquiridas no segundo, vejo alunos do internato, naquele momento lá, internato na medicina é uma etapa diferenciada, então o aluno está exposto a uma série de cenários bem

diferentes do que é feito nos ciclos anteriores, em que eles se veem com um pouco mais de autonomia, mas enfim, **eu vejo meus alunos internos trazendo competências do segundo ano e principalmente do ciclo anterior, mas vejo também levar muito para o internato as deficiências que eles têm na sua formação das etapas anteriores, não deixa de ser uma integração, integração de eficiências e integração de deficiências.** Hoje por conta das regras de acesso as residências médicas, porque as **provas de residências médicas**, como são feitas hoje, são feitas de forma a **privilegiar o conhecimento de pacote que é feito nos cursos tradicionais**, é muito frequente que no curso, que o aluno interno do nosso curso, frequente esses cursos preparatórios para a prova de residência, isso é um fenômeno comum, não é exceção, porque ele sabe que ele tem que incorporar pacotes de conhecimento, para responder aquelas questões estanques dos concursos de residência. **A formação de um médico exige mesmo a aquisição de pacotes de conhecimento, não dá para que na hora que você está atendendo um paciente você não ter pacotes de conhecimento.** Então um curso de medicina exige realmente, sem abrir mão, na verdade o nosso método, exigindo que se privilegie o raciocínio, mas exige que você tenha, carregue junto com esse módulo de funcionar, um modelo operante, carregue realmente uma mala de conhecimentos guardadinhos. (Miguel)

Eles trazem elementos da clínica que eles passam na ginecologia, na clínica, na pediatria, eles trazem elementos da clínica pediátrica, para a gente, eles trazem elementos da SP, de conhecimento básico, lá para a discussão dos casos da SP para cá, que eles viram de uma forma mais, assim, teórico, eles trazem isso o tempo todo. **O problema é o modelo do ambulatório que não os ajuda a fazer essa ponte e o sexto ano** justamente a pessoa coloca o atendimento mais especializado, por isso que é importante manter as atividades de saúde da família porque se perdem essas atividades do quinto e do sexto. (Maria)

É uma **necessidade do sexto ano estudar conteúdo que vai cair na prova de residência**, mas o que eu vejo, é **um aluno que está bastante envolvido com o ambiente social**, é um aluno que presta bastante atenção nos problemas sociais dos pacientes, se ele vai ter dinheiro para comprar medicamento ou não, se na hora que ele sair dali para qual família que ele vai, claro que a família do paciente, mas assim, quem é essa família, quais as dificuldades que vai encontrar na casa dele, então **é um aluno que já está treinado a ter uma observação integral do paciente**, o aluno ele tem uma visão diferente e o **aluno faz essa integração**, então assim, apesar do hospital ser o lugar que interna o paciente doente, mas esse paciente tem um contexto e o aluno consegue observar isso, então na minha visão o próprio aluno faz essa integração dentro daquele ambiente. (João)

Às vezes o aluno chega, e eu trabalho muito com o cuidado centrado na pessoa, que é o cuidado ampliado, o cuidado integral e etc. **É muito comum eu receber o aluno no quinto ano, com uma visão cartesiana de doença, aquela visão de que o cuidado ampliado integral é uma coisa que ele não tem muita noção e ele já deveria chegar com isso para mim**, às vezes o aluno chega no quinto ano com uma **habilidade e uma competência muito aquém do que eu esperaria de um aluno de quinto ano num currículo desse**, então eu acho que prejudica muito e eu acho que a **gente acaba não conseguindo formar na diretriz de competência que está prevista**, eu acho que eles saem com uma **formação aquém nesse sentido**. Então **descaracteriza o projeto pedagógico do curso** quando acontece isso. Se eu estou tentando formar o aluno para cuidar de pessoas e eu entendo que se ele aprender a cuidar de pessoas, ele vai passar em concurso, **se o aluno aprender a cuidar das pessoas ele vai aprender a passar em qualquer concurso, agora se ele estudar para concurso, ele pode até passar no concurso, mas ele não vai**

conseguir cuidar. *Eu acho que eles não estão saindo com o perfil de competência que a gente previu e eu acho que uma das causas é essa falta de integração curricular, eu acho que isso está realmente trazendo um problema muito difícil para nós, então prejudica muito, então eu acho que não vale a pena a gente tentar levar um currículo dessa maneira, vale a pena a gente **tentar resgatar essa questão da integração curricular, das diretrizes de competência, acho que nós estamos precisando fazer esse movimento.** Quando o curso começou, a gente tinha movimentos aqui que favoreciam essa questão da integração curricular, a gente tinha reuniões entre docentes de várias unidades educacionais, de vários ciclos, com essa intenção de tentar fazer um ajuste, como o curso começou e ele não tinha assim nada claramente definido, ele tinha uma proposta, mas o operacional a gente estava construindo, então nós fomos fazendo isso em um determinado momento, em um certo momento da história do curso isso se perdeu, e aí nós não conseguimos mais fazer isso. Uma experiência de **um currículo integrado que funcionou certinho, eu não tenho essa experiência, o curso não progrediu nesse sentido,** de eu dizer para você que eu tive essa experiência aqui dentro. Foram alguns movimentos com a tentativa de conseguir construir isso, mas que não vingou e aí nós paramos nisso. (Daniel)*

*Um exemplo aqui do Hospital, aqui a gente atende bastante crianças que têm distúrbios respiratórios, então a criança vem com distúrbio respiratório e nesse momento, na hora que eu vou discutir o caso, desde como o aluno colheu a história, integra com as Estações de Simulação que ele teve, como ele fez o exame físico, integra também nas Estações de Simulação ele entender o problema da criança, integra nas Situações Problema ele ter feito o acolhimento da criança, ou ele ter visto como o acolhimento foi feito, ele ter entendido a classificação de risco que o pessoal da enfermagem fez; então, em **vários momentos existe a integração** e na hora do cuidado também. Então quando eu vou começar a discutir eu primeiro puxo para ver o que eles têm, porque como as Situações Problema são todas em pequenos grupos e as formas de avaliação eu não tenho muita certeza se todos aprenderam, então eu busco, “quem lembra de um Situação Problema sobre asma, tal tal”, alguns trazem com propriedade, outros falam: “teve essa Situação Problema?”. Aí **vão aparecendo as lacunas**, aí o outro fala assim: “teve sim, foi tal caso”, quer dizer, por isso que eu falo da judiação de se perder o método, porque eles até lembraram: “olha era o caso do fulaninho”, mas **o que eles deveriam ter aprendido não está tão bem**, então isso que me angustia bastante, por não usarem um método que não é o melhor do mundo, é um bom método, mas ele deveria ser complementado com outros e não usar direito, aí é angustiante. (Amália)*

*Aqui eu vejo os **alunos mais maduros assim nesse sentido de estar ali com o paciente**, de ter uma **concepção ampliada** tanto do **processo saúde/doença**, mas também como uma concepção de **pessoa que está ali**, mas assim pensando em uma média, na maioria, eles têm essa concepção melhor da pessoa, então a pessoa em um ambiente, a pessoa na comunidade, naquela unidade de saúde, e como que as relações dessas pessoas estão relacionadas também com o processo saúde/ doença. (Augusto)*

O conjunto dos dados dos 5 professores que se referiram à integração curricular nas atividades de prática profissional mostra, novamente, que não foram dados exemplos de integração curricular, a não ser pela professora Amália. Como a

prática profissional corresponde ao 3º ciclo educacional, esses dados corroboram a constatação, já feita, de que este ciclo é aquele em que há mais dificuldades de ocorrência da integração. É como se os estudantes já tivessem aprendido nos ciclos anteriores e agora fossem aplicar essas aprendizagens; *o próprio aluno faz essa integração dentro daquele ambiente*, diz o professor João.

Os professores atribuem essas dificuldades, fundamentalmente, às características do trabalho ambulatorial, à preocupação dos estudantes com a especialização, com a seleção para a residência médica e, de novo, à falta de tempo dedicado à troca de experiências entre os professores. A fala do professor Daniel ilustra este último aspecto: *Quando o curso começou, a gente tinha movimentos aqui que favoreciam essa questão da integração curricular, a gente tinha reuniões entre docentes de várias unidades educacionais, de vários ciclos, com essa intenção de tentar fazer um ajuste [...].*

6.3 FORMAÇÃO DOS PROFESSORES QUE ATUAM NO CURSO

O conjunto das respostas dos 11 participantes indica que todos tiveram algum tipo de atividade formativa, sendo que, neste caso, é possível perceber uma diferença marcante entre as respostas dos ingressantes logo no início do curso, nos anos de 2006 (Ana, Mário, Maria e Daniel) – que chamaremos de 1º bloco – e os demais, que ingressaram em 2008 (Miguel); 2009 (Amália); 2012 (Sofia); e 2015 (Pedro, Lucas, João e Augusto) – 2º bloco.

Os 5 docentes do 1º bloco informam o seguinte:

A gente tinha reuniões para contar um pouco como que estava sendo o desenvolvimento dos grupos de alunos e a partir daí a gente chegava em questões e problemas, identificava os problemas, chegava em questões de aprendizagem, tinha um momento para o estudo autodirigido e depois, no encontro seguinte de educação permanente, que era semanal, a gente trazia o referencial teórico. Era bem na perspectiva que a gente trabalha com os alunos no curso também. (Ana)

Sim, participávamos [de atividades formativas], porque havia na época, além das atividades com os alunos diretamente, horários semanais em que nós fazíamos por cada atividade uma reunião de planejamento e de educação permanente (Mário)

Sim, naquela época funcionava bem [quando de seu ingresso no curso]. Ambas [atividades teóricas e práticas] a gente tinha; eram dois espaços, reservados na semana, oito horas

semanais. Em um desses espaços semanais a gente discutia alguma questão teórica, e no outro a gente trazia os problemas vivenciados na prática diária; funcionava como um matriciamento do pessoal mais experiente, eles te davam umas dicas de como seguir e ali levantavam também questões de aprendizagem. (Maria)

No começo do curso tinha algumas atividades, não no sentido de formar especialistas na área [de educação médica], mas para a qualificação nossa para o método de ensino adotado aqui [...] Foi muito útil, mas eu acho que foi pouco, o resto eu corri atrás e tentei desenvolver e fui até um limite, hoje eu não me sinto qualificado, especialista em área de educação médica, eu captei o máximo que eu pude dentro daquilo que era do meu interesse [...]. (Daniel)

Fica explícito, por esses dados, que houve um processo sistemático de formação de professores durante os primeiros anos de funcionamento do curso, iniciado em 2006, envolvendo as especificidades da proposta do seu PPC e composto de atividades de natureza teórica e prática.

Ainda que alguns desses professores tenham críticas a esse processo – pouca parte teórica (Mário) e poucas atividades formativas (Daniel) –, todos admitem a utilidade dessas atividades para sua prática com essa metodologia, desconhecida para eles até então. Eis as críticas:

[As atividades formativas] deixaram muito a desejar enquanto formação teórica. O espaço de formação estava muito mais voltado para o enfrentamento das dificuldades operacionais de implantação da atividade. Às vezes chegava muito uma razão instrumental simplesmente. Vou dar um exemplo mais concreto: começar a estação de simulação, para a qual eu fui desde o segundo ano que estava aqui, então assim, como fazer simulação? Treinar atores, criar umas situações, as narrativas dos casos, isso capacitava, mas, ao mesmo tempo, a gente não tinha um momento muito enfático, significativo no meu ponto de vista de aporte teórico, de discussão teórica sobre isso, que concepções orientavam esse tipo de atividade? (Mário)

[O processo formativo] foi muito útil, mas eu acho que foi pouco, o resto eu corri atrás e tentei desenvolver e fui até um limite. (Daniel)

Os dados revelam também que essas atividades formativas sistemáticas foram interrompidas a partir de determinado momento do curso, o que se pode perceber pela fala da professora Ana, que faz parte desse 1º bloco:

Já faz muitos anos que não acontecem mais essas atividades para formação dos professores. Isso acabou se perdendo, acho que teve um movimento para dentro do departamento, dentro do conjunto de docentes, de questionar a dedicação em termos de carga horária semanal mesmo.

Esse dado é corroborado pelas respostas dos professores do 2º bloco, a começar pela do professor Miguel, ingressante como docente em 2008:

Eu participei de formação sim, mas no método, tanto com revisão teórica de textos, como com o estudo de vídeos didáticos, como com a experiência prática dos outros docentes que já estavam aqui, não foi uma formação sistematizada, não houve um curso, um programa, com um sistema, foram sendo inseridas oportunidades de aprendizagem, nada sistematizado naquela época. (Miguel)

As professoras Amália e Sofia (2009 e 2012 respectivamente) parecem ter vivenciado atividades formativas esparsas:

Participei, foi um encontro, uma ou duas vezes, acho que uma vez por semana, por quatro semanas, em Simulação da Prática, em que ensinavam a metodologia do PBL, utilizando a própria sistematização do PBL. (Amália)

A gente tinha um planejamento, a reunião de planejamento, em que a responsável dava algumas dicas para a gente do grupo do primeiro ano. Enquanto isso acontecia, eu já fui também tomando pé das outras atividades. Eu mais assistia às práticas profissionais, eu lembro que a única coisa que eu não fui capacitada foi para a estação de simulação, porque eu fui capacitada para fazer prática profissional e a situação problema, e a estação de simulação passou meio batido. (Sofia)

Pode-se supor que as atividades de formação contínua, processual, foram desenvolvidas nos dois primeiros anos de funcionamento do curso, pois a fala do professor Miguel, ingressante em 2008, já indica uma mudança na natureza dessa formação.

As respostas dos demais professores desse bloco, ingressantes em 2015, mostram a existência de atividade formativa sim, porém de natureza mais pontual, com começo, meio e fim, o que pode ser ilustrado pela fala do professor Lucas:

Sim, essa atividade aconteceu, foi inclusive longa. Quando eu entrei, entraram alguns outros professores junto, acho que a gente entrou em uns dez professores de varias áreas e teve um processo de capacitação. A gente se reunia uma vez ao mês [...] foram uns cinco ou seis meses em que todos os meses a gente tinha um encontro. Em cada encontro a gente discutia um eixo do curso; não só discutia, mas vivenciava durante aquele mês. Eu fiquei acompanhando nas atividades da prática, como uma espécie mesmo de espaço para você observar; a gente inclusive escrevia, depois tinha um encontro para refletir sobre aquela prática, aprofundar, estudar. Eu fiz isso com todos os eixos: com a prática, com a situação problema, com a estação de simulação e depois a gente fez um de avaliação e um outro de portfólio.

O conjunto desses dados indica que no início do curso (dois primeiros anos talvez) os professores vivenciavam um processo formativo contínuo – que, no PPC aparece como de “educação permanente” –, para o qual eram destinadas oito horas semanais. Nesse período a integração curricular era facilitada, já que integração

exige trabalho conjunto, não bastando ser prevista no PPC. Além disso, o curso, que tinha apenas uma turma, estava vivenciando o ciclo educacional 1, no qual os participantes atestam que a integração é facilitada.

Em seguida, provavelmente por causa da dedicação semanal de carga horária a essas atividades, julgada elevada pelos professores, as atividades formativas foram se extinguindo, como também se pode verificar nas falas. Em seu lugar, os novos contratados foram “capacitados” [sic] por meio de uma espécie de curso, com duração de aproximadamente um semestre.

Em um ou em outro formato, o que parece é que os professores compreenderam as concepções fundamentais propostas no PPC, a não ser quanto à de currículo, que ainda é visto como proposta curricular e/ou como “grade” curricular. Parece também que eles aderem a tais concepções, ainda que reconheçam as diferenças entre o proposto e o vivido. Assim, parece que as atividades formativas contribuíram para a compreensão dos aspectos conceituais do PPC. É possível que as dificuldades em colocá-lo “em ação” se devam muito à interrupção das atividades formativas processuais / sistemáticas, ou de “educação permanente”. Reiteramos: a integração curricular só se concretiza por meio da ação humana.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois de percorrido um longo trajeto para a construção desta pesquisa, cercado de leituras, reflexões, entrevistas com os participantes, discussões entre a pesquisadora e a orientadora, nesta última seção da dissertação tecemos considerações que retomem as hipóteses, a questão de pesquisa e os objetivos.

A pesquisa buscou descrever e analisar as relações entre a proposta de currículo integrado do curso de graduação em Medicina, da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e as concepções manifestadas por seus docentes sobre currículo e integração curricular. Para isso, foi realizado o estudo do Projeto Pedagógico deste curso (PPC), com destaque para seu marco referencial e seu marco estrutural. Além disso, foram realizadas entrevistas com 11 docentes que atuam no curso, sendo esses escolhidos com base em critérios pré-determinados. Esses critérios levaram em consideração o tempo de atuação no curso e a atividade/ciclo em que atuavam no curso e foram determinados com base nas hipóteses de que: a) os docentes que atuavam no curso desde seu início teriam concepções mais coerentes com o que está proposto no PPC do que os ingressantes mais recentemente; b) haveria diferença entre as concepções de docentes que atuam nos diferentes ciclos educacionais do curso. Isso porque pressupúnhamos que os docentes que atuavam no terceiro ciclo – totalmente prático, desenvolvido nas atividades de estágio do internato médico – teriam uma concepção de integração diferente daquela dos professores que atuavam nos demais ciclos. Entretanto essas hipóteses não se confirmaram, pois todos os 11 entrevistados, inclusive os que atuavam no terceiro ciclo, apresentaram concepções de integração muito próximas àquelas propostas no PPC, expressando inclusive críticas ao fato de a integração não se efetivar na prática, no desenvolvimento das atividades curriculares.

Ao abordarmos as concepções de currículo, os professores participantes da pesquisa apresentaram uma concepção que se aproxima do currículo prescrito, o currículo oficial, que Gimeno Sacristán define como “projeto de educação”, “texto curricular”, sendo este o primeiro plano quando concebemos o currículo como processo e práxis. Segundo esse autor, o currículo transforma-se a partir da

interpretação dos professores e passa a ser o currículo em ação quando é realizado na prática, no dia a dia com os estudantes, e tem seu processo e produto avaliados.

Assim, para os professores entrevistados o currículo parece ser concebido apenas como um documento oficial a ser seguido, não cabendo, portanto, interpretações ou interferências de acordo com os contextos nos quais está inserido. Entretanto, entendemos que o currículo seria tudo isso, tanto o currículo proposto, expresso pelo texto curricular, quanto o vivenciado por professores e estudantes no cotidiano e o avaliado.

Com relação à integração curricular, foram apresentadas nesta pesquisa, de acordo com Lopes e Macedo, três modalidades, a saber: por competências, por disciplinas e via interesses dos alunos. Podemos concluir que no curso de graduação em Medicina da UFSCar, a integração se efetiva de maneira próxima à primeira e terceira modalidades, uma vez que o perfil de competência é definido a partir das necessidades de saúde que se manifestam por meio da prática profissional.

Podemos, ainda, afirmar que as concepções sobre integração curricular apresentadas pelos participantes da pesquisa se aproximam do que está expresso no PPC, sendo que eles mostraram diversas maneiras de conceber a integração, a saber: integração teoria e prática; integração como a articulação de áreas do conhecimento; integração como a articulação das dimensões cognitiva, psicomotora e atitudinal que resultariam na competência; integração considerando o paciente em sua dimensão biopsicossocial - integralidade do cuidado - e não alguém dividido em partes. Interessante ressaltar que, embora a integração com o SUS esteja prevista nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina, esta não foi mencionada pelos professores que participaram da pesquisa, bem como a integração com os profissionais – preceptores - que atuam na rede de saúde ou ainda com as equipes multiprofissionais.

Ainda, ao tratarem da integração curricular, 5 dos 11 professores entrevistados trouxeram alguns aspectos que consideraram como fatores que a dificultam, de acordo com o previsto no PPC. Dentre as considerações destacamos que: a) alguns professores consideram que, ao ser posto em prática, o currículo do curso revela a existência de dois momentos: um primeiro, nos dois primeiros ciclos do curso – 1º, 2º, 3º e 4º anos – no qual haveria mais possibilidades de integração; e

um segundo, no internato – 5º e 6º anos –, no qual a integração se fragmenta em áreas de conhecimento muito bem definidas e não articuladas / integradas. Isso se dá, segundo eles, porque o internato se estrutura de modo muito próximo ao desenho daquele dos cursos “tradicionais”, dividido em áreas de conhecimento estanques; b) alguns professores destacaram a falta de momentos para trabalho coletivo entre os docentes, de modo que as atividades curriculares pudessem ser planejadas, executadas e avaliadas de maneira integrada.

Essa constatação é afirmada quando verificamos a estrutura apresentada pela rede de saúde, que muitas vezes ainda está pautada em uma organização tradicional, dividida em especialidades, que não favorece a integração, especialmente para as atividades do terceiro ciclo, ou seja, o internato médico composto totalmente de atividades práticas.

A partir dessas afirmações, pautamos como desafios para a integração curricular uma atuação realmente integrada dos professores, que, segundo o PPC, seria efetivada por meio da educação permanente (EP); a necessidade de uma análise crítica acerca do PPC do curso, tendo como pano de fundo as conquistas e os desafios ainda a serem vencidos; a construção de uma matriz de competência, para cada ano/ciclo, considerando inclusive conteúdos que são essenciais para a formação médica, principalmente nos anos iniciais, de maneira que sejam expressos e integrados ao currículo proposto, sem deixar de lado a perspectiva da orientação do currículo por competência.

Desse modo, podemos afirmar, a partir de todas as análises realizadas, que todos os professores conhecem o Projeto Pedagógico do Curso, alguns com mais profundidade, outros com menos. Eles não apresentam críticas aos princípios propostos no marco conceitual do curso, mas sim ao fato de, após transcorridos mais de 10 anos de sua criação, ainda não ter tido seu Projeto Pedagógico avaliado e reestruturado, buscando avanços e superando dificuldades e entraves. Assim, será possível que aquilo que está previsto no PPC – em consonância com o estabelecido nas DCN para curso de graduação em Medicina, em termos de concepções, estrutura e metodologia – seja efetivado, por meio da vivência de uma real integração curricular, com vistas ao desenvolvimento do currículo por competência.

Série Processos Educacionais na Saúde. Volume 1 – **Reflexões e Inovações na Educação de Profissionais de Saúde**. 1ª edição – Rio de Janeiro: Atheneu, 2018

FRANCO, Maria L. P. B. **Análise de Conteúdo**. Brasília, 2ª edição: Liber Livro Editora, 2007.

GIMENO SACRISTÁN, José (org.) **Saberes e Incertezas sobre o currículo**. Trad. Alexandre Salvaterra. Porto Alegre: Penso, 2013.

_____. **O currículo: uma reflexão sobre a prática**. Trad. Ernani F. da F. Rosa. 3ª edição: Porto Alegre: ArtMed, 1998.

LAMPERT, Jadete B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. 2002. 238 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro – RJ.

LIMA, Valeria V.; PADILHA, R. Q. (org). Série Processos Educacionais na Saúde. Volume 1 – **Reflexões e Inovações na Educação de Profissionais de Saúde**. 1ª edição – Rio de Janeiro: Atheneu, 2018

LIMA, V.V; RIBEIRO, E.C.O. Currículo: territórios de intencionalidades educacionais. In LIMA, Valeria V.; PADILHA, R. Q. (org). Série Processos Educacionais na Saúde. Volume 1 – **Reflexões e Inovações na Educação de Profissionais de Saúde**. 1ª edição – Rio de Janeiro: Atheneu, 2018.

LIMA, V.V; RIBEIRO, E.C.O; PADILHA, R. Q. Estrutura Curricular na formação de profissionais de saúde. In LIMA, Valeria V.; PADILHA, R. Q. (org). Série Processos Educacionais na Saúde. Volume 1 – **Reflexões e Inovações na Educação de Profissionais de Saúde**. 1ª edição – Rio de Janeiro: Atheneu, 2018.

LIMA, V.V. Metodologias Ativas de ensino-aprendizagem: desafios da inovação. In LIMA, Valeria V.; PADILHA, R. Q. (org). Série Processos Educacionais na Saúde. Volume 1 – **Reflexões e Inovações na Educação de Profissionais de Saúde**. 1ª edição – Rio de Janeiro: Atheneu, 2018

LIMA, Valeria V. **Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino e aprendizagem**. Interface (Botucatu). 2017; 21(61):421-34.

LIMA, Valeria V. **Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.17, p.369-79, mar/ago 2005.

LOPES, Alice C.; MACEDO, Elizabeth. **Teorias de Currículo**. São Paulo: Cortez, 2011.

LOPES, Alice C. **Políticas de integração curricular**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2008. Disponível em: <<http://www.eduerj.uerj.br/engine/?product=politicas-de-integracao-curricular-2>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

MINAYO, Maria C. de S. (org) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 21ª edição, 2002.

NEVES, Nedy M. B. C. et al. **O ensino médico no Brasil: origens e transformações**. Gazeta Medica da Bahia, nº2 (139), 2005, p. 162-168. Disponível em: <<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/362/351>>. Acesso em: 19 abr. 2017.

PAGLIOSA, Fernando L.; DA ROS, Marco A. **O relatório Flexner: para o bem e para o mal**. Revista Brasileira de Educação Médica. 2008, p. 492-499. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>> Acesso em: 19 abr. 2017.

PERRENOUD, Philippe. **Construir as competências desde a escola**. Trad. Bruno Charles Magne. Porto Alegre: ArtMed, 1999.

PIMENTA, Selma G.; ANASTASIOU, Léa das Graças C. **Docência no ensino superior**. 3ª edição – São Paulo: Cortez, 2008.

PROJETO PEDAGÓGICO, Curso de Graduação em Medicina, UFSCar, 2007.

SILVA, T. T. da. **Documentos de Identidade: uma introdução às teorias do currículo**. 2ª Ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

SOEIRO; E. et al. Papéis do educando e do educador nas metodologias ativas. In LIMA, Valeria V.; PADILHA, R. Q. (org). Série Processos Educacionais na Saúde. Volume 1 – **Reflexões e Inovações na Educação de Profissionais de Saúde**. 1ª edição – Rio de Janeiro: Atheneu, 2018

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1 – Você está sendo convidado para participar da pesquisa de mestrado **Integração curricular em um curso de graduação em medicina: concepções manifestadas pelos docentes que o vivenciam.**

2 – A relevância deste trabalho origina-se nos estudos sobre currículo, que vêm revelando várias possibilidades de interferências nas concepções dos professores, de modo que estas podem ou não coincidir com o currículo formal, ou seja, com o que está proposto no Projeto Pedagógico de Curso. O objetivo é descrever e analisar as relações entre a proposta de currículo integrado em um curso de graduação em Medicina e as concepções manifestadas por seus docentes sobre integração curricular.

a. Você foi selecionado por ser docente do Curso de Bacharelado em Medicina e sua participação não é obrigatória.

b. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder uma entrevista semiestruturada com tópicos sobre diversos aspectos relacionados à sua atuação docente relacionada ao currículo do curso, que consta em seu respectivo Projeto Pedagógico. As perguntas não serão invasivas a intimidade dos participantes.

c. Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a área da Educação, especificamente os estudos sobre currículo.

Solicito sua autorização para gravação em áudio das entrevistas. As gravações realizadas durante a entrevista semiestruturada serão transcritas pela pesquisadora garantindo que se mantenha o mais fidedigna possível.

3. Prevê-se que os desconfortos e riscos que poderão surgir sejam os seguintes: constrangimento ao participar da entrevista, uma vez que o participante poderá não se sentir à vontade para expor seu ponto de vista; falta de vontade em participar; desgaste no raciocínio ao responder às perguntas da pesquisadora, o que pode exigir gasto de tempo no entendimento da proposta e também das perguntas.

a. Os procedimentos para minimizar a ocorrência dos riscos são: possibilidade de desistir da participação da pesquisa a qualquer momento, garantia de esclarecimento sobre objetivos e benefícios do trabalho a ser desenvolvido a quaisquer interessados, sigilo sobre as respostas dadas pelo participante.

4. O tempo estimado para a participação na pesquisa é de sessenta minutos.

5. Em qualquer momento do trabalho você poderá pedir esclarecimentos, procurando pela pesquisadora responsável. Garantimos que haverá explicitação de esclarecimentos antes e durante o trabalho sobre os procedimentos empregados. Você também poderá solicitar

esclarecimentos necessários durante o tratamento das informações coletadas e após a conclusão da pesquisa.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo profissional, seja em sua relação ao pesquisador, à Universidade Federal de São Carlos.

Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.

Essa pesquisa não prevê qualquer gasto aos participantes, porém se isso ocorrer, ele será ressarcido pela pesquisadora.

Você receberá uma cópia deste termo constando o telefone, o endereço pessoal e o email do pesquisador principal, podendo solicitar esclarecimentos, tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome e assinatura do pesquisador

Pesquisador Responsável: Aline de Fatima Cruz Rodrigues

CPF: 218.759.508-00

Endereço: Rua: Ray Wesley Herrick, nº 1601, casa 29. Bairro: Jardim Jóquei Clube

CEP: 13.565-090

Telefone: (16) 99133-3210

E-mail: aline.fcrodrigues@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Local e data: _____

Sujeito da pesquisa

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Faixa Etária:
2. Carreira: Atuou em outras IES? Se sim qual(is)? Por quanto tempo?
3. Tempo de atuação no curso de Bacharelado em Medicina da UFSCar?
4. Em qual atividade curricular está atuando atualmente? Há quanto tempo está vinculado à essa atividade curricular?
5. Já atuou em outra atividade curricular? Sim? Qual?
6. Participou de atividade formativa docente quando ingressou no curso? Qual atividade foi desenvolvida?
7. Conhece o PPC do curso? Sim, como conheceu o PPC? Como teve acesso? Coletivamente?
8. O que você considera como o “cerne” do PPC? O que mais chamou a sua atenção? Por que?
9. O que significa para você o currículo de um curso?
10. O que significa para você “currículo integrado”?
11. Poderia dar um exemplo de como vivencia a integração na atividade curricular em que atua, ou em alguma ação que desenvolveu no curso.
12. Há algo que você queira acrescentar sobre currículo integrado que não foi tratado nessa entrevista?
13. Você está disposto(a) a fornecer mais informações, caso haja necessidade?

ANEXO A - DESCRIÇÃO DA ÁREA DE COMPETÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE

Área de competência: Saúde		
Subárea: cuidado às necessidades individuais de saúde		
Identifica necessidades individuais de saúde	Realiza história clínica	<p>Mostra postura ética, atenção e disponibilidade no contato com pacientes, responsáveis e/ou familiares. Durante todo o contato, identifica situações com gravidade ou com risco de morte, nos diferentes cenários de cuidado, para encaminhamentos cabíveis. Sempre que pertinente, identifica o paciente e se apresenta, buscando pactuar o propósito do encontro em bases profissional e humanizada.</p> <p>Atua com respeito e de forma empática, inclusive quando há recusas ou discordâncias, sugerindo alternativas. Favorece a construção de vínculo, mostrando intenção de ajuda, valorizando o relato do paciente, evitando a explicitação de julgamentos, cuidando, o máximo possível, da privacidade e conforto do paciente. Usa linguagem compreensível ao paciente, estimulando a exposição espontânea. Realiza uma escuta sobre motivos e/ou queixas, considerando o contexto de vida e identificando os elementos biológicos, psicológicos e sócio-econômico-culturais relacionados ao processo saúde-doença. Utiliza o raciocínio clínico-epidemiológico, métodos e técnicas semiológicas para orientar e organizar a coleta de dados. Investiga hábitos, fatores de risco, vulnerabilidade, condições correlatas e antecedentes pessoais e familiares. Estimula o paciente/responsável a refletir sobre a situação de saúde-doença e a explicitar suas necessidades. Registra, no prontuário, as informações colhidas de forma clara e legível.</p>
	Realiza exame clínico	<p>Adota medidas de biossegurança, antecipando e considerando as possibilidades de cada cenário de cuidado. Busca explicar e orientar o paciente/responsável sobre os procedimentos a serem realizados, solicitando consentimento e cuidando, o máximo possível, da privacidade, do conforto e do bem estar do paciente. Reage, de forma empática, nas situações de recusa e/ou falha de equipamentos, buscando alternativas. Mostra postura ética e destreza técnica na inspeção, palpação, ausculta e percussão, com precisão na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, orientado pela história clínica. Esclarece os sinais verificados de modo compreensível ao paciente/responsável e os registra, no prontuário, de forma clara e legível.</p>
	Formula e prioriza problemas	<p>Relaciona e associa os dados coletados, articulando história e exame clínicos, dialogando necessidades de saúde referidas e percebidas e compartilha sua formulação e priorização dos problemas do paciente, estabelecendo hipóteses diagnósticas mais prováveis, com fundamentação clínico-epidemiológica, considerando seus contextos pessoal, familiar, do trabalho, do coletivo e outros pertinentes. Informa e esclarece suas hipóteses de forma compreensível ao paciente/responsável, considerando dúvidas e questionamentos. Registra o(s) problema(s), no prontuário, de forma objetiva e legível.</p>
	Promove investigação diagnóstica	<p>Propõe e explica ao paciente/responsável o processo de investigação diagnóstica.</p> <p>Se pertinente, solicita exames complementares e/ou promove outras buscas (visita domiciliar, obtenção de dados com familiares/cuidadores, perspectiva de outros profissionais, análise de prontuário) para ampliar, confirmar ou afastar suas hipóteses, segundo princípios éticos, de custo-efetividade e da melhor evidência, levando em conta o acesso, o financiamento da investigação, a adesão, o direito e a autonomia do paciente. Atualiza, no prontuário, os resultados da investigação, sempre que necessário e de forma clara e legível.</p>
Constrói e avalia planos terapêuticos	Constrói plano terapêutico	<p>Elabora plano terapêutico tendo como seu espectro de ação a prática médica relativa às situações de saúde-doença prevalentes na sociedade brasileira e as condições do cenário de atendimento ou encaminha o paciente com justificativa, sempre que necessário.</p> <p>Discute, em linguagem acessível ao paciente/responsável, as necessidades de saúde referidas e percebidas, as implicações e prognóstico dos problemas encontrados, segundo as melhores evidências disponíveis na literatura, esclarecendo dúvidas, respeitando o desejo do paciente e as possibilidades e limites de ambos nessa construção. Busca o cuidado integral à saúde, contemplando tratamento e reabilitação sempre que necessário e a promoção da saúde e prevenção de doenças, em todas as fases do ciclo de vida e de modo contextualizado. Considera o acesso e a capacidade de resposta dos diferentes serviços de saúde ao buscar a integralidade e a efetividade do cuidado assim como os direitos do paciente. Promove a participação de outros profissionais e de recursos sociais disponíveis na construção do plano, visando à melhoria da saúde/vida do paciente e à ampliação da autonomia e do auto-cuidado, sempre que possível. Obtém autorização consentida para a execução do plano e disponibiliza prescrição e orientações legíveis, estabelecendo e negociando o acompanhamento deste. Informa, aos setores responsáveis, situações de notificação compulsória e/ou de vigilância específica. Compartilha decisões e responsabilidades na execução do plano com paciente/responsável, familiares, cuidadores, equipe multiprofissional e demais envolvidos e realiza ações do plano sob sua responsabilidade profissional. Registra e favorece o registro da abordagem de outros profissionais no prontuário, buscando torná-lo um instrumento dialógico que potencializa o cuidado integral aos problemas do paciente.</p>
	Avalia o plano terapêutico	<p>Avalia a qualidade, a eficiência e a efetividade das intervenções realizadas e considera a avaliação de outros profissionais envolvidos e do paciente/responsável em relação ao processo e resultados obtidos, analisando dificuldades e valorizando conquistas.</p>

ANEXO A – CONTINUAÇÃO: DESCRIÇÃO DA ÁREA DE COMPETÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE

Área de competência: Saúde		
Subárea: cuidado às necessidades coletivas de saúde		
Identifica necessidades coletivas de saúde	Investiga problemas coletivos de saúde	<p>Analisa as necessidades de saúde do coletivo de pessoas sob sua responsabilidade e/ou as condições de vida e de saúde de famílias, grupos sociais ou comunidades, a partir do agrupamento de dados de natureza demográfica e epidemiológica, considerando risco, vulnerabilidade, incidência e prevalência. Acessa e utiliza dados secundários e/ou informações que incluam o contexto cultural, sócio-econômico, ecológico e das relações, movimentos e valores de uma determinada família ou grupo social, em seu território, visando ampliar a explicação de causas, efeitos e determinantes no processo saúde-doença. Identifica a falta de dados primários e elabora investigação utilizando visitas técnicas (domiciliares ou para equipamentos sociais) e/ou inquéritos populacionais. Na coleta de dados primários, cuida para que haja uma relação ética com o entrevistado, com explicitação dos propósitos da investigação e obtenção de consentimento.</p> <p>Interpreta indicadores demográficos, epidemiológicos, sanitários, ambientais, de qualidade do cuidado à saúde e grau de satisfação do usuário, frente às necessidades de saúde coletiva identificadas e os princípios e organização do Sistema Único de Saúde.</p>
	Formula perfis de saúde-doença	<p>Relaciona os dados e as informações obtidas, identificando e articulando aspectos biológicos, psicológicos e sócio-econômico-culturais relacionados ao adoecimento e à vulnerabilidade de coletivos. Estabelece diagnósticos de saúde de um determinado grupo social e/ou serviço e/ou comunidade, segundo princípios éticos, com fundamentação clínico-epidemiológica e caracterização dos problemas, identificando tendências e contextualizando-as. Seleciona e prioriza problemas a partir da construção dos perfis de saúde-doença considerando as explicações dos diferentes sujeitos envolvidos .</p>
Constrói e avalia projetos de intervenção em saúde coletiva	Constrói projetos de intervenção em saúde coletiva	<p>Constrói e discute projetos de ação coletiva com outros profissionais de saúde e/ou áreas correlatas e, sempre que necessário, representantes dos setores público ou privado, de segmentos interessados e de outros equipamentos sociais. Na construção de projetos de intervenção para o cuidado à saúde de famílias e/ou de pessoas em organizações e equipamentos sociais, obtém autorização consentida e pactua metas, respeitando desejos, interesses, limites e possibilidades, segundo contexto sócio- econômico e cultural dos envolvidos. Elaborar propostas flexíveis de intervenção, que contemplem as mudanças de contexto, as tecnologias disponíveis, a organização e acesso aos serviços de saúde e outros equipamentos sociais, as possibilidades e responsabilidades de cada participante e a factibilidade das ações.</p> <p>Realiza ações sob sua responsabilidade, considerando critérios éticos e do direito à saúde e à cidadania, e apóia aquelas sob responsabilidade de outros.</p>
	Avalia projetos de intervenção em saúde coletiva	<p>Avalia a viabilidade e as mudanças de contexto, analisando produtos, resultados e impacto. Presta contas e promove ajustes ao projeto, de modo a orientá-lo para a superação dos problemas priorizados e para a oferta qualificada de serviços de saúde.</p>

ANEXO B – DESCRIÇÃO DA ÁREA DE COMPETÊNCIA DE GESTÃO EM SAÚDE

Área de competência: Gestão		
Subárea: organização do trabalho em saúde		
Organiza o trabalho em saúde	Identifica problemas no processo de trabalho individual e/ou coletivo	Identifica problemas no processo de trabalho, buscando informações para uma explicação abrangente, incluindo a perspectiva de todos os envolvidos à luz dos princípios e diretrizes das políticas nacional e local de saúde. Contribui para o desenvolvimento do trabalho coletivo, estabelecendo uma relação profissional colaborativa e ética com colegas, demais profissionais envolvidos e/ou membros da equipe, visando responder com eficiência e eficácia às necessidades individuais e coletivas de saúde. Na interação com pessoas, mostra capacidade de ouvir, respeita a diversidade sócio-cultural e as normas institucionais dos ambientes de trabalho e age com disponibilidade e compromisso no exercício de sua prática profissional, considerando princípios éticos, legais e de justiça. Mostra abertura e flexibilidade para mudanças, reconhecendo limites, valorizando potencialidades e trabalhando com os conflitos no sentido da negociação de novos pactos de trabalho que objetivem o desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional. Utiliza ferramentas do planejamento estratégico situacional para selecionar e priorizar problemas, considerando que o contexto do trabalho e o modelo de gestão da instituição na qual trabalha é uma dimensão dos problemas.
	Constrói planos de ação orientados aos problemas do processo de trabalho	Participa da elaboração de planos de ação para o enfrentamento dos problemas prioritizados, visando melhorar a organização do processo de trabalho em saúde no sentido da humanização do cuidado, da formação de vínculo, do trabalho em equipe, da co-gestão democrática, e da qualidade e relação custo-efetividade dos serviços prestados. Considera os princípios da universalidade de acesso e de equidade nos serviços próprios, conveniados ou regulados pelo Sistema Único de Saúde, identificando limites e potencialidades para superar obstáculos e dificuldades. Contempla os aspectos relacionados à disponibilidade de recursos financeiros, materiais, profissionais, considerando as melhores evidências e a criatividade no planejamento das ações. Pactua objetivos comuns e negocia metas para os planos de ação, considerando os diferentes cenários do cuidado em saúde, os colegiados de gestão e de controle social na saúde e a articulação com outros equipamentos sociais, instituições e setores.
Avalia o trabalho em saúde	Avalia planos de ação orientados aos problemas do processo de trabalho	Promove e/ou participa de espaços formais para reflexão coletiva sobre o processo de trabalho em saúde e planos de ação, de modo permanente e com todos os envolvidos. Faz e recebe críticas respeitosamente, objetivando o desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional. Acompanha a realização das ações do plano e avalia, com a equipe, processos, resultados e impacto das ações, incluindo as não realizadas. Utiliza indicadores da qualidade do serviço de saúde do qual participa e considera as potencialidades e/ou obstáculos para a promoção de melhorias. Valoriza o esforço de cada um, favorecendo a construção de um ambiente solidário e estimula o compromisso de todos com a transformação das práticas e da cultura organizacional, no sentido da defesa do direito à saúde e da cidadania.
Subárea: gestão do cuidado		
		Busca assegurar a integralidade e a eficácia do cuidado à saúde das pessoas, acompanhando e avaliando o acesso, o financiamento e a realização das ações propostas, especialmente as que envolvem outros serviços de saúde e/ou equipamentos sociais. Estimula a corresponsabilização do cuidado, procurando assegurar a satisfação do usuário, a resolubilidade do plano terapêutico e a continuidade do cuidado.

ANEXO C – DESCRIÇÃO DA ÁREA DE COMPETÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Área de competência: Educação	
Identifica necessidades individuais e coletivas de aprendizagem	Estimula a curiosidade e o desenvolvimento da capacidade de aprender a aprender de todos os envolvidos nos diversos momentos do trabalho em saúde. Identifica as próprias necessidades de aprendizagem, e contribui na identificação das necessidades dos pacientes/responsáveis, dos cuidadores, familiares, da equipe multiprofissional de trabalho, de grupos sociais e/ou da comunidade, a partir de uma situação significativa e respeitando o conhecimento prévio e o contexto sócio-cultural de cada um. Realiza busca efetiva de informações, em função de suas lacunas de conhecimento, formulando perguntas e hipóteses e confrontando suas explicações com evidências científicas. Avalia criticamente fontes e informações disponíveis e a necessidade de produção de novos conhecimentos voltados às necessidades de saúde individuais e coletivas.
Promove a construção e socialização de conhecimento	Mostra postura aberta à transformação do conhecimento e da própria prática, fazendo e recendo críticas de modo respeitoso e ético. Escolhe estratégias interativas para a construção e socialização de conhecimentos, segundo as necessidades identificadas, considerando a idade, escolaridade e inserção sócio-cultural das pessoas. Orienta pacientes/responsáveis, familiares, grupos e/ou a comunidade de modo empático e respeitando os saberes, o desejo e o interesse desses, no sentido de compartilhar conhecimentos e construir novas informações e significados baseados nas melhores evidências. Estimula a construção coletiva de conhecimento em todas as oportunidades do processo de trabalho, favorecendo espaços formais de educação permanente e participando da formação de futuros profissionais. Desenvolve e/ou participa da produção de pesquisas, analisando as etapas do estudo e a interface com sua prática segundo princípios científicos e éticos.