



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA



MARCELO NUNES DOURADO ROCHA

**EDUCAÇÃO SUPERIOR NO BRASIL:
TENDÊNCIAS E PERSPECTIVAS DA GRADUAÇÃO
EM SAÚDE NO SÉCULO XXI**

SALVADOR

2014

MARCELO NUNES DOURADO ROCHA

**EDUCAÇÃO SUPERIOR NO BRASIL:
TENDÊNCIAS E PERSPECTIVAS DA GRADUAÇÃO
EM SAÚDE NO SÉCULO XXI**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública, área de concentração em Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Naomar de Almeida Filho
Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Carmen Fontes Teixeira

SALVADOR

2014

Dantes os homens podiam facilmente dividir-se em ignorantes e sábios, em mais ou menos sábios e mais ou menos ignorantes. Mas o especialista não pode ser subsumido por nenhuma destas duas categorias. Não é um sábio porque ignora formalmente tudo quanto não entra na sua especialidade; mas também não é um ignorante porque é um “homem de ciência” e conhece muito bem a sua pequeníssima parcela do universo. Temos que dizer que é um “sábio-ignorante”, coisa extremamente grave, pois significa que é um senhor que se comporta em todas as questões que ignora não como um ignorante, mas com toda a petulância de quem, na sua especialidade, é um sábio

(GASSET, 1929, p. 173-4)¹.

¹ GASSET, O. La rebelion de las massas. Madrid: Revista de Occidente, 1970. 1. ed. 1929.

Ficha Catalográfica
Elaboração: Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

R672p Rocha, Marcelo Nunes Dourado.

Educação superior no Brasil: tendências e perspectivas da graduação em saúde no século XXI /
Marcelo Nunes Dourado Rocha. - Salvador: M. N. D. Rocha, 2014.

143 f.

Orientador: Prof. Dr. Naomar de Almeida Filho

Coorientador (a): Profa. Dra. Carmen Fontes Teixeira

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia

1. Formação de Recursos Humanos em Saúde. 2. Educação Superior em Saúde. 3. Ensino Superior em Saúde. 4. Ensino de Graduação em Saúde. 5. Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. I. Título.

CDU 378

MARCELO NUNES DOURADO ROCHA

**EDUCAÇÃO SUPERIOR NO BRASIL:
TENDÊNCIAS E PERSPECTIVAS DA GRADUAÇÃO
EM SAÚDE NO SÉCULO XXI**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública, área de concentração em Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Data da Defesa: 11 de fevereiro de 2014

Resultado: _____

Banca Examinadora

Ana Estela Haddad
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Mario Roberto Dal Poz
Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Isabela Matos Cardoso Pinto
Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

Carmen Fontes Teixeira
Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da Universidade Federal da Bahia

Naomar de Almeida Filho (orientador)
Universidade Federal do Sul da Bahia

Para Maria Conceição, esposa querida

Para vovó Jacy e Bila *in memoriam*

Para José Luís Santos Cartaxo *in memoriam*

AGRADECIMENTOS

Ao mestre Naomar de Almeida Filho, orientador da tese, pela inspiração e pelo estímulo ao desenvolvimento deste trabalho. Por apontar caminhos para a necessária transformação da educação superior no Brasil.

À professora Carmen Teixeira, companheira de sempre, pela generosidade e pelo cuidado na condução da minha formação. Pelo carinho, respeito e amizade. Pelo contato com a arte.

As professoras Isabela Cardoso de Matos Pinto e Ana Estela Haddad, pelas valiosas contribuições apresentadas durante o exame de qualificação e pelo incentivo ao desenvolvimento deste projeto.

Aos demais professores do Instituto de Saúde Coletiva pela oportunidade de convívio ao longo destes anos.

Ao professor Urbino da Rocha Tunes, coordenador do curso de odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), por ter apostado num jovem professor. Pelo exemplo de liderança.

Aos colegas da EBMSP pelos anos de convívio e de aprendizado conjunto, especialmente, aos professores Antônio Pitta Corrêa, Marcel Lautenschlager Arriaga, Ricardo Araújo da Silva e Tatiana Frederico de Almeida.

Aos colegas do Diretório de Política, Planejamento e Gestão e do grupo de pesquisa “Estudos sobre a Universidade Brasileira” pelos momentos profícuos de troca de saberes e de idéias.

A Anunciação, Bia, Creuza, Élia, Ana Cardoso, Elinaldo, Clinger, Moisés, e Soninha, pela cooperação no apoio técnico-administrativo.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABP - Aprendizagem Baseada em Problemas

BI - Bacharelado Interdisciplinar

BI Saúde - Bacharelado Interdisciplinar em Saúde

CINAEM - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas

CNS Conselho Nacional de Saúde

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

EBMSP - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

EESP - Escola Estadual de Saúde Pública

EISU - Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo

FSS - Formação Superior em Saúde

IDA - Integração Docente-Assistencial

IHAC - Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos

IMS - Instituto de Medicina Social

ISC - Instituto de Saúde Coletiva

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação

OPS - Organização Pan-Americana de Saúde

PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PPGS - Política Planejamento e Gestão em Saúde

PPREPS - Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde

Promed - Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina

Pró-Saúde - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

Prouni - Programa Universidade para Todos

Reuni - Programa de Apoio aos Planos de Expansão e Reestruturação das Universidades Federais

RHS - Recursos Humanos em Saúde

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SciELO - Scientific Electronic Library Online

SESAB - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SMS-SSA - Secretaria Municipal de Saúde de Salvador

SUS - Sistema Único de Saúde

Telessaúde - Programa Nacional de Telessaúde

UERJ - Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFBA - Universidade Federal da Bahia

UFRB - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

UnA-SUS - Universidade Aberta do SUS

UnB - Universidade de Brasília

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UNI - Uma Nova Iniciativa

USP - Universidade de São Paulo

VER-SUS/Brasil - Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO	20
3. PRESSUPOSTOS	21
4. OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA	24
5. QUESTÕES ÉTICAS	25
6. ESTRUTURA DO DOCUMENTO	25
Artigo 1 - EXAME CRÍTICO DE MODELOS TEÓRICOS PARA ANÁLISE DA FORMAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE	27
RESUMO	28
ABSTRACT	29
INTRODUÇÃO	30
O CONCEITO DE “MODELO” NA PERSPECTIVA DE MARIO BUNGE	31
MAPEANDO AUTORES E MODELOS TEÓRICOS	33
MODELOS TEÓRICOS PARA ANÁLISE DA FORMAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE	34
ANÁLISE CRÍTICA DOS MODELOS TEORICOS SOBRE FSS	51
COMENTÁRIOS FINAIS	55
REFERÊNCIAS	56
Artigo 2 - FORMAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE NO BRASIL: REVISÃO DA LITERATURA SOBRE O ENSINO DE GRADUAÇÃO (1974-2011)	64
RESUMO	65
ABSTRACT	66
INTRODUÇÃO	67
ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	71
RESULTADOS	76
DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	83
REFERÊNCIAS	85
Artigo 3 - EDUCAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE: CONTEXTO INSTITUCIONAL DE CRIAÇÃO DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR	91
INTRODUÇÃO	92
FORMAÇÃO DE PESSOAL EM SAÚDE NO BRASIL: TENDÊNCIAS E DESAFIOS	93
UFBA NOVA: ANTECEDENTES DA PROPOSTA DE CRIAÇÃO DOS BACHARELADOS INTERDISCIPLINARES	96
DA PROPOSTA UFBA NOVA AO MOVIMENTO UNIVERSIDADE NOVA	99
A PROPOSTA DE INCLUSÃO DA UFBA NO REUNI	101
A “PROPOSTA ORIGINAL” DOS BACHARELADOS INTERDISCIPLINARES E A CRIAÇÃO DO IHAC	102
CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS	107

Artigo 4 - BACHARELADO INTERDISCIPLINAR: UMA PROPOSTA INOVADORA NA EDUCAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE NO BRASIL	111
INTRODUÇÃO	114
CONTEXTO POLÍTICO-INSTITUCIONAL DE CRIAÇÃO DOS BI.....	115
A “PROPOSTA ORIGINAL” DO BI E A CRIAÇÃO DO IHAC	116
A ELABORAÇÃO DO PROJETO PEDAGÓGICO DO BI SAÚDE	118
O PROJETO PEDAGÓGICO DO BI SAÚDE	121
A IMPLANTAÇÃO DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE	124
PROBLEMAS ENFRENTADOS E DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DO BI SAÚDE...	131
COMENTÁRIOS FINAIS	132
REFERÊNCIAS	134
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	137

1. INTRODUÇÃO

A problemática da formação de pessoal em saúde tem despertado enorme interesse no campo da Saúde Coletiva, particularmente em função do descompasso existente entre as demandas oriundas das mudanças que vem ocorrendo no sistema de saúde e as características do modelo de formação vigente, principalmente no âmbito da educação superior. Alguns autores^{2,3} têm inclusive apontado que um dos “nós críticos” do processo de Reforma Sanitária em curso no Brasil, qual seja, a inadequação do perfil profissional, técnico-científico e ético-político, dos egressos dos cursos universitários da área de saúde face à necessidade de reorganização dos processos de trabalho no setor, decorre, em grande medida, da manutenção de um modelo de formação de pessoal anacrônico e obsoleto, incapaz de atender à ampliação das necessidades sociais por saúde e seus determinantes.

Meu interesse particular por esse tema vem se configurando desde que ingressei no campo da Saúde Coletiva, quando me envolvi com a criação e desenvolvimento do projeto “Net-Escola de Saúde Coletiva”, em 2004. Esta oportunidade estimulou minha aproximação com autores contemporâneos da área de Educação que problematizam modelos de formação e práticas pedagógicas, visando o desenvolvimento de inovações que propiciem a formação de sujeitos críticos, criativos, empreendedores, capazes de contribuir para o desencadeamento de processos de mudança no campo da Saúde. Nesse sentido, a experiência no projeto Net-Escola⁴ estimulou a reflexão acerca do uso de tecnologias de educação à distância baseadas na internet para a difusão de informações em saúde que favorecessem a melhoria das práticas de gestão e atenção dos sistemas e serviços de saúde.

Essa aproximação ao debate sobre as relações entre educação e saúde se refletiu na escolha do tema que elegi quando da inserção no curso de mestrado em Saúde Comunitária, qual seja, a problemática da Educação, Participação e Controle Social em Saúde. A revisão bibliográfica⁵ que realizei durante o curso reforçou meu interesse por compreender as distintas vertentes do debate na área de educação popular em saúde, temática que recorta o processo de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) desde os anos 70 do século passado, bem como, a problemática da participação e controle social no Sistema Único de Saúde (SUS).

² ALMEIDA-FILHO N. Higher education and health care in Brazil. *Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 1898-900. 2011.

³ ALMEIDA FILHO N. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva [online]*, v.18, n.6, p. 1677-1682. 2013.

⁴ RANGEL ML, LAMEGO G, ROCHA MND. Net-Escola de Saúde Coletiva: espaço virtual de ensino e aprendizagem. In: MANDARINO AC de S, GOMBERG E (orgs.). *Leituras de Novas Tecnologias e Saúde*. Salvador: Edufba, 2009. p. 151-168. Cap. 7.

⁵ ROCHA MND. *Produção de conhecimento sobre “Participação e Controle Social em Saúde” (1980 – 2005)*. Salvador, 2007. [Dissertação de mestrado – Instituto de Saúde Coletiva, UFBA].

Ainda durante o curso de mestrado comecei a atuar como docente em cursos de pós-graduação, *sensu lato*, oferecidos pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC). No primeiro deles, destinado à Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS-SSA), atuei junto à coordenação pedagógica elaborando o desenho do curso, e, concomitantemente, ministrando aulas no módulo dedicado ao debate do tema “Participação e Controle Social”. Além disso, fui convidado a participar da equipe de docentes do ISC envolvida na implementação dos cursos de capacitação de pessoal em planejamento e programação local, objeto de convênio estabelecido com a Coordenação Geral de Planejamento da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, na época promotora da estratégia nacional de capacitação denominada “PLANEJASUS”. Com isso, tive oportunidade de ministrar aulas de planejamento estratégico-situacional em vários estados do Brasil, experiência que, posteriormente, se ampliou com minha participação nos cursos de especialização em Planejamento em Saúde, oferecidos como desdobramento da segunda etapa do projeto.

Uma vez concluído o Mestrado, passei a integrar o quadro técnico da Escola Estadual de Saúde Pública, órgão vinculado à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (EESP/SESAB), envolvendo-me, especificamente, na coordenação de programas de capacitação de pessoal em serviço, ou seja, dos servidores da SESAB, em vários espaços e níveis de atuação. Nesse momento, ocorreu um amplo debate acerca da implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)⁶, fomentado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), órgão do Ministério da Saúde, que repercutiu amplamente na SESAB e no ISC, que à época atuava como instituição parceira responsável por diversas consultorias e cursos, a exemplo do curso de especialização em Gestão Municipal de Saúde, no qual atuei como professor e tutor.

Paralelamente, fui convidado a integrar o corpo docente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), especificamente, no curso de graduação em odontologia. Minha inserção nesta instituição já completa seis anos, período no qual, além de desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão no campo da Saúde Coletiva, tive oportunidade, a partir de 2009, de integrar um grupo de professores responsável pela revisão do projeto político-pedagógico do curso buscando maior adequação às normas estabelecidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em Odontologia⁷. Esta iniciativa se desdobrou, posteriormente, numa reforma curricular desenvolvida em duas

⁶ BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.

⁷ BRASIL. Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia.

etapas. A primeira delas contemplou a introdução de inovações no processo de ensino-aprendizagem, sendo a principal mudança a adoção parcial da metodologia *problem-based-learning* (PBL) em componentes curriculares selecionados no plano de estudos do curso. A segunda etapa consistiu na revisão dos conteúdos abordados pelo conjunto de componentes curriculares ligados ao campo da Saúde Coletiva dos sete cursos da instituição, a saber: medicina, enfermagem, odontologia, biomedicina, psicologia, terapia ocupacional e fisioterapia, visando à constituição de um núcleo comum de conhecimentos mínimos sobre o tema.

Com efeito, o envolvimento, no decorrer desses dez anos, em diversos processos e iniciativas que buscaram introduzir inovações e mudanças no campo da formação e desenvolvimento de profissionais de saúde, instigou nosso interesse em conhecer a história da educação superior no Brasil, as características do atual “sistema” de formação de pessoal em saúde, bem como, as propostas de reforma curricular que vem sendo implantadas, especialmente a partir da aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação⁸ e da publicação das DCN.

Exatamente nesse momento, deu-se a aprovação do Programa de Apoio a Planos de Expansão e Reestruturação das Universidades Federais (Reuni)⁹ que gerou um amplo e caloroso debate no âmbito das universidades públicas, inclusive na Universidade Federal da Bahia (UFBA). Com a aprovação, pelo Conselho Universitário, da inserção da UFBA no REUNI, passei a acompanhar de perto o debate em torno da introdução de propostas de mudança na arquitetura acadêmica da instituição, entre as quais a implantação dos cursos de Bacharelado Interdisciplinar (BI) em Ciência & Tecnologia, Humanidades, Artes e Saúde.

Considerando, de um lado, o meu interesse pelo tema e, de outro, o caráter inovador da proposta, candidatei-me ao cargo de professor substituto do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BI Saúde), sendo aprovado e contratado em 2010, o que me possibilitou uma inserção no processo de elaboração do projeto pedagógico e no desenho dos programas de vários componentes curriculares. Com isso, passei a fazer parte de um grupo de docentes que estavam interessados não apenas na implantação do curso, mas também no monitoramento e análise permanente dos limites e possibilidades de mudança na formação profissional em saúde na UFBA, a partir da criação do BI Saúde.

⁸ BRASIL. Lei nº 9.394, de 24 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

⁹ BRASIL. Decreto Presidencial nº 6.096, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - Reuni.

Um primeiro produto desse processo veio a constituir uma coletânea de textos¹⁰ que relatam a experiência de criação e implantação do BI Saúde, bem como atividades de ensino, pesquisa e extensão que foram realizadas pelos diversos professores e vários dos alunos no período 2006-2011. A participação nessa coletânea evidenciou a necessidade de estudos que ultrapassassem o relato da experiência e tratassem de aprofundar a análise de aspectos específicos do seu processo de formulação e implementação, bem como, dos efeitos que poderiam estar produzindo no âmbito da formação superior nas diversas áreas. Especificamente na área de Saúde, é oportuno ressaltar que, atualmente, só existem dois cursos de Bacharelado Interdisciplinar implantados no país, quais sejam, o da UFBA e o da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Isso torna ainda mais relevante a realização de estudos que dêem conta das características do projeto, da forma como vem sendo desenvolvido o processo de formulação e implantação, os resultados que estão sendo alcançados no âmbito do curso, bem como, dos limites e possibilidades de introdução do regime de ciclos na formação superior de pessoal na área de saúde, sabidamente marcada por forte viés disciplinar e profissionalizante.

Em termos pedagógicos, diferentemente do conjunto de cursos da área, o BI Saúde adota como marco conceitual a noção de “campo da saúde”, de inspiração bordieusiana, assumindo a multiplicidade de saberes e de práticas que coexistem e se articulam neste campo, propondo-se a introduzir os alunos na compreensão da complexidade da tríade saúde-doença-cuidado nas sociedades contemporâneas, particularmente a brasileira. Desse modo, busca favorecer a tomada de decisão mais consciente e crítica acerca dos limites e possibilidades das diversas profissões e ocupações existentes nos sistemas de saúde em nosso meio, configurando-se como espaço de problematização e reelaboração dos projetos acadêmicos e das trajetórias profissionais dos estudantes.

Dá a elaboração do projeto que apresentei à seleção ao doutorado, em 2011, propondo uma análise da implantação do BI Saúde da UFBA, à luz do referencial do “ciclo da política¹¹”, abordagem que vem sendo utilizada amplamente na área de Política Planejamento e Gestão em Saúde (PPGS), especialmente, nos estudos acerca de Políticas de Saúde¹².

¹⁰ TEIXEIRA CFS, COELHO MTAD (orgs.). **Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: Uma Experiência Inovadora no Ensino**. Salvador: Edefba, 2014. 300 p. [no prelo]

¹¹ SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: Hochmann, G. (org.) **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 65-86.

¹² Ver PINTO, ICM. **Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o caso das organizações sociais da saúde na Bahia**. Salvador, 2004. 237 p. [Tese de doutorado, Escola de Administração da UFBA] e VIANA AL, BAPTISTA TW. Análise de políticas de saúde. In: Giovanella L. (org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

Aprovado no processo seletivo do doutorado, tratei de participar das atividades do diretório de pesquisas em Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde (PPGS), no ISC, durante o primeiro ano do curso, o que me proporcionou a oportunidade de integrar o grupo de alunos que desenvolveu, sob a orientação da Profa. Carmen Teixeira, ampla revisão dos estudos sobre PPGS registrados nas principais bases de dados bibliográficos (SciELO, LILACS e MEDLINE). Deste trabalho, que teve como objetivo mapear os principais temas e questões abordados nos estudos realizados nesta área entre 1975 e 2011, resultou a elaboração de um capítulo do livro “Saúde Coletiva: teoria e prática¹³” organizado pelos professores Jairnilson Paim e Naomar de Almeida Filho.

Ao mesmo tempo, iniciei o levantamento e análise dos documentos institucionais relativos à criação do BI Saúde na UFBA no período 2006 a 2011, tomando como referência o contexto que antecedeu a adesão da UFBA ao Reuni (UFBA, 2007)¹⁴. Nesse sentido, compilei e analisei textos preliminares, documentos básicos elaborados pelo grupo de trabalho encarregado da elaboração do projeto “Universidade Nova” (ALMEIDA FILHO, 2007)¹⁵, propostas apresentadas e aprovadas no âmbito do Conselho Universitário, relatórios de gestão da equipe dirigente da reitoria da UFBA no período 2006-2010, assim como documentos elaborados no âmbito do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos (IHAC) relativos ao projeto pedagógico do BI Saúde, além de normas e resoluções da Congregação da unidade que regem a organização e o funcionamento do curso.

O resultado deste trabalho constitui o conteúdo central do capítulo introdutório da coletânea sobre o BI Saúde que contém a análise dos eventos que marcaram a conjuntura política a nível internacional, nacional e, especificamente local, no âmbito da UFBA, redigido com a colaboração de outros docentes do curso¹⁶.

Como desdobramento deste processo, participei da elaboração de um artigo sobre o BI Saúde, publicado no ano de 2013, em um número especial da Revista Ciência & Saúde Coletiva, organizado pelo Grupo de Trabalho (GT) de Gestão do Trabalho e Educação em

¹³ TEIXEIRA CF, ABREU de JESUS W, SOUZA MKB, ROCHA, MND. Produção científica sobre Política, Planejamento e Gestão em Saúde no campo da Saúde Coletiva: visão panorâmica. In: PAIM, JS e ALMEIDA FILHO, N. (orgs.) **Saúde Coletiva: teoria e prática**, Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 585-594. cap. 39.

¹⁴ UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. **Proposta de inclusão da Universidade Federal da Bahia no Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – Reuni**. Salvador/BA, Outubro de 2007. 67 p.

¹⁵ ALMEIDA FILHO N. **Universidade Nova: textos críticos e esperançosos**. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília; Salvador: Edufba, 2007.

¹⁶ ROCHA MND, CAPUTO MC, COELHO MTAD, VERAS RM, TEIXEIRA CFS. Educação Superior em Saúde: contexto institucional de criação do Bacharelado Interdisciplinar. In: **Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: Uma Experiência Inovadora no Ensino**. TEIXEIRA CFS, COELHO MTAD (orgs.); Salvador, Edufba, 2014. p. 35-56. Cap 1. [no prelo]

Saúde da ABRASCO, sob coordenação da Profa. Isabela Cardoso de Matos Pinto, dedicado especificamente à questão da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde¹⁷.

Nesse momento, dei-me conta de que a elaboração desses trabalhos havia, de certa forma, resultado no cumprimento de alguns objetivos propostos no projeto apresentado à seleção do doutorado, na medida em que deram conta do “estudo de caso” do processo de criação do BI Saúde, entendido como uma experiência inovadora que se tornou possível em virtude da “janela de oportunidade”¹⁸ aberta durante a gestão do Reitor Naomar de Almeida Filho no período 2002-2010, quando foi elaborado o projeto “Universidade Nova”, viabilizado com a adesão da UFBA ao Reuni. Desse modo, busquei redefinir os objetivos iniciais da pesquisa de doutorado no sentido de investigar mais profundamente a produção científica sobre Formação Superior em Saúde (FSS) e, especificamente, os modelos teóricos que vem sendo elaborados no contexto latino-americano para a análise dos processos de formação dos profissionais na área.

Cabe ressaltar que esta mudança foi estimulada pela participação, como aluno regular, em um componente curricular intitulado “Estudos sobre a Instituição Universitária”, sob responsabilidade do Prof. Naomar de Almeida Filho, parte integrante do curso de mestrado do programa de Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (EISU), recém implantado no IHAC-UFBA. Durante este curso, tive a oportunidade de me aproximar de vasta literatura sobre aspectos históricos, políticos, científicos, culturais e organizacionais da Universidade, no mundo e no Brasil, de modo a refletir sobre as propostas contemporâneas de reforma da instituição universitária¹⁹, focalizando especialmente o debate sobre os modelos de organização institucional e curricular, tema no qual se insere a proposta de introdução do “regime de ciclos”, através dos Bacharelados Interdisciplinares²⁰.

Nesse sentido, o tema central de minhas preocupações passou a ser o “modelo de formação” que prevalece na Universidade brasileira, cunhado sob inspiração do modelo bonapartista²¹ de formação profissionalizante introduzido nas universidades francesas no

¹⁷ TEIXEIRA CF, COELHO MTAD, ROCHA MND. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva (Impresso)**. v. 18, n.6, p. 1635-1646. 2013.

¹⁸ KINGDON, J. *Agendas, Alternatives and public choices*. Boston: Little-Brown, 1984.

¹⁹ SANTOS BS. **A Universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade**. São Paulo: Cortez, 2005.

²⁰ ALMEIDA FILHO N. A Universidade Nova no Brasil. In: SANTOS BS, ALMEIDA FILHO N. (orgs.). **A Universidade no século XXI: para uma universidade nova**. Coimbra: Almedina, 2008. p. 107 – 259. Cap 2.

²¹ O modelo napoleônico foi criado como alternativa política ao fechamento das universidades imposto pela Revolução Francesa de 1789. No plano organizativo, concebeu a instituição universitária como o resultado da reunião de faculdades isoladas, prevendo a entrada dos alunos diretamente nas carreiras profissionais, sendo precedida de uma forte preparação secundária oferecida nos Liceus. Este modelo inaugurou o regime linear de formação que consiste numa sequência uniforme e rígida de disciplinas e conteúdos, fragmentados, segundo uma

início do século XIX. Inspirado nos debates que ocorreram durante o curso, fui levado a pensar acerca da constituição desse modelo na formação superior em saúde, inaugurada com as primeiras Escolas de Medicina e Cirurgia, na Bahia e no Rio de Janeiro, no início do século XIX, e reproduzido, de forma ampliada, na criação e expansão dos cursos de formação das diversas profissões de saúde ao longo do século XX.

A permanência desse modelo, apesar das mudanças na situação de saúde e na organização do sistema de saúde que vem ocorrendo no país, principalmente nos últimos 25 anos, deve-se à notável inércia, rigidez e conservadorismo da maioria das instituições de ensino superior que retardam a adoção de reformas conjugada com a incipiência das propostas políticas de mudança²².

Instigado por essa questão, propus desenvolver uma revisão de literatura sobre Formação Superior no Brasil, estimulado por minha inserção no grupo de pesquisa em Estudos sobre a Universidade Brasileira, sob a liderança do prof. Naomar de Almeida Filho. De caráter interinstitucional, este grupo busca desenvolver estudos acerca dos planos, programas e projetos de expansão, democratização, reestruturação e inovação introduzidos na universidade brasileira, em geral, e na UFBA em particular, envolvendo docentes, alunos e pesquisadores de diversas unidades acadêmicas da própria UFBA, dentre elas, o Instituto de Saúde Coletiva (ISC), o Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC), além das demais faculdades e escolas que abrigam os diversos cursos de graduação na área da saúde.

Participando das reuniões periódicas deste grupo de pesquisa, assumi a responsabilidade de supervisionar dois alunos de graduação, estudantes do BI Saúde, selecionados como bolsistas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), que passaram a colaborar comigo na realização da revisão de literatura sobre FSS, especificamente nos cursos de graduação em Saúde²³, contando com a supervisão da prof^a. Carmen Teixeira. O resultado desse trabalho, que contemplou a identificação, leitura e classificação de 386 artigos, destacados de um universo de 1498 resumos capturados na base bibliográfica SciELO, transformou-se em mais um produto do meu curso de doutorado, constituindo o capítulo 2 do presente documento.

pedagogia analítica cartesiana que separa o conhecimento em blocos cumulativos de saber. O seu reflexo na educação superior brasileira remonta aos tempos do Império, quando da criação dos primeiros cursos de Anatomia e Cirurgia na Bahia e no Rio de Janeiro em 1808, e se estende até os dias atuais pela manutenção deste modelo, ao menos ao nível da graduação.

²² ALMEIDA-FILHO N. Higher education and health care in Brazil. *Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 1898-900. 2011.

²³ ROCHA MND, LOPES WVL, MATOS CHW, TEIXEIRA CF. **Revisão bibliográfica sobre o ensino de graduação em saúde no Brasil (1974 – 2011)** Salvador: UFBA, 2013. [Relatório de pesquisa]

Cabe registrar que, um aspecto que me chamou a atenção nesse processo de revisão da produção científica foi o fato de grande parte dos estudos revisados analisarem processos isolados de formação em categorias profissionais específicas, ou seja, os cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Nutrição, etc. Isto evidencia que a produção de conhecimentos na área tende a reproduzir o modelo de formação hegemônico²⁴, fundamentalmente composto por cursos de progressão linear, vocacionais e profissionalizantes.

Paralelamente, buscando avançar na reflexão teórica, conduzi uma revisão específica sobre as distintas abordagens teórico-metodológicas presentes nos estudos sobre a formação de pessoal em saúde, tomando como ponto de partida o trabalho seminal de Juan Cesar Garcia sobre Educação Médica na América Latina²⁵, publicado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) em 1972, que inclusive serviu como referencial para a definição das categorias de análise da produção científica nacional sobre FSS. Seguindo a linha de reflexão inaugurada por Juan Cesar Garcia, selecionei outros autores que também apresentam modelos teóricos para a análise de processos de formação profissional em saúde, bem como, problematizam as relações entre a formação de pessoal e a organização das práticas e dos serviços de saúde. O resultado deste trabalho constitui mais um produto parcial do doutoramento, capítulo 1 desta Tese.

Ao cabo desse percurso, pude constatar que a implantação dos cursos de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, ao tensionar o processo de reprodução do modelo hegemônico de formação superior em saúde, pode vir a configurar-se, no futuro próximo, de distintas maneiras, a depender da articulação de um conjunto de elementos relativos à política de saúde, ao mercado de trabalho no setor e às tendências específicas que se apresentarem no âmbito da política educacional, especificamente, com relação ao futuro da Universidade brasileira.

Nesse sentido, recuperei e atualizei as informações contidas nos estudos que traçam o panorama geral do conjunto de cursos de graduação em saúde, a exemplo dos estudos

²⁴ Essa expressão, utilizada para designar a forma de organização do processo de formação de pessoal em saúde no Brasil, fundamentalmente profissionalizante e voltada para o mercado de trabalho, é uma analogia com a expressão “modelo de atenção hegemônico”, utilizada por Paim (1994) para caracterizar o modelo médico-assistencial privatista que predomina no âmbito dos sistemas público e privado no Brasil. Cabe registrar que essa analogia não se faz por acaso, desde que o modelo de formação hegemônico encontra-se organicamente vinculado ao processo de reprodução do modelo médico-assistencial privatista e hospitalocêntrico. PAIM JS. A reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL MZ (org.). **Epidemiologia & Saúde**, Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p. 455-466.

²⁵ GARCIA JC. **La educación médica en la América Latina**. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica n° 255, 1972.

publicados por órgãos governamentais^{26,27} e por pesquisadores ligados ao tema^{28,29}, de modo a reunir informações necessárias para o desenho do(s) cenário(s) no qual se inserem as propostas de mudança do modelo de formação em saúde. Esse esforço assumiu, assim, uma dimensão mais ampla na medida em que identificamos as características e tendências de desenvolvimento da educação superior em saúde no país, buscando analisar os limites e possibilidades de incremento da implantação do regime de ciclos. Esta reflexão constitui o conteúdo das considerações finais desse estudo, ao tempo em que aponta para futuras investigações.

Pelo até aqui exposto, pode-se perceber que, ao decidir estudar a formulação e implantação do BI Saúde, tomando como “caso” o processo desencadeado no IHAC-UFBA, fui guiado, cada vez mais, a ampliar a perspectiva da investigação tratando de conjugar duas estratégias de análise distintas, o que me levou, por um lado, a caracterizar o “estado da arte” em termos da Formação Superior em Saúde (FSS), de modo a identificar as principais questões abordadas pela comunidade científica dedicada ao tema, bem como, por outro lado, a identificar e analisar os modelos teóricos que vem sendo elaborados para a análise da FSS.

Com base nesta problemática, apresento a seguir as questões da pesquisa e os pressupostos assumidos como base para nortear a produção e análise das informações trabalhadas em cada um dos momentos nos quais se desdobrou a investigação proposta, seguidos dos objetivos perseguidos em cada um dos artigos nos quais tratamos de sistematizar os resultados do trabalho.

2. PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO

A superação do modelo de formação superior em saúde vigente no Brasil exige a compreensão dos aspectos políticos, institucionais, pedagógicos que influenciam e condicionam as possibilidades de implementação de propostas de mudança. A formação de pessoal em saúde é um processo no qual se materializam determinadas concepções acerca da

²⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos**. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 409 p.

²⁷ BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. HADDAD, AE et al. (org.) **Trajatória dos Cursos de Graduação na Saúde: 1991 a 2004**. Brasília: Ministério da Educação, 2006. 513 p.

²⁸ HADDAD AE, MORITA MC, PIERANTONI CR, BRENELLI SL, PASSARELA T, CAMPOS FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 2001 a 2008. **Revista de Saúde Pública (USP. Impresso)**. São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-393, 2010.

²⁹ PIERANTONI, CR. **Graduações em saúde no Brasil: 2000 – 2010**. Rio de Janeiro: Cepesc: IMS/UERJ, 2012. 228 p.

educação e práticas educativas realizadas no âmbito de instituições de ensino superior que fazem parte de um “sistema” submetido a regras, normas e políticas definidas no contexto das relações Estado-sociedade. Considerando esses pontos, a questão inicial definida em nosso estudo foi a seguinte: Quais as características e tendências da formação superior em saúde no Brasil? Para responder a esta questão, entretanto, consideramos necessário revisar o “estado da arte” sobre o tema, a partir de uma revisão da produção científica brasileira, a partir da qual decidimos investigar algumas das abordagens teórico-metodológicas elaboradas por autores latino-americanos que se ocuparam do tema nos últimos 40 anos. Nesse sentido, a questão inicial foi desdobrada nas seguintes perguntas norteadoras:

- Que abordagens teórico-metodológicas vêm sendo utilizadas na literatura latino-americana para o estudo do processo de formação de pessoal em saúde?
- Quais as características e tendências da produção acadêmica sobre educação superior em saúde no Brasil? Que concepções acerca da formação superior em saúde aparecem nesta produção científica? Até que ponto os pesquisadores da área estão problematizando o modelo vigente de formação superior em saúde?
- No contexto atual, quais as propostas de mudança da formação superior em saúde que vêm sendo discutidas e implementadas? Qual a tendência predominante no sentido de mudança ou de reprodução do atual modelo de formação superior na área da saúde?

Esse conjunto de perguntas teve o sentido de delimitar o contexto político, organizacional e os contornos do debate acadêmico em torno da problemática do ensino superior em saúde no Brasil, constituindo, assim, ponto de partida para a produção e análise de informações quantitativas e qualitativas que permitam a compreensão do cenário no qual se inscreve as propostas de mudança do modelo de formação do pessoal de saúde, dentre as quais a introdução do regime de ciclos através da implantação do BI Saúde na UFBA.

3. PRESSUPOSTOS

Os principais problemas no campo da formação do pessoal de saúde, conhecidos há algumas décadas, referem-se a assuntos que, em alguma medida, continuam sendo discutidos na atualidade, seja por órgãos governamentais, associações profissionais ou pesquisadores que se dedicam ao tema. A maioria dos problemas diagnosticados indica questões relacionadas à “insuficiência absoluta e relativa de algumas categorias profissionais e técnicas, a má-

distribuição em termos regionais, a inadequação dos perfis profissionais e técnicos às demandas do(s) sistemas de serviços e a diversidade e multiplicidade de formas de inserção e remuneração³⁰.

A sistematização feita por Briani³¹ a partir dos resultados de questionário aplicado pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM) no início da década de 1990 aponta alguns destes problemas. Muito embora a avaliação envolva apenas escolas médicas, a predominância do mesmo modelo de formação nos diversos cursos da área permite uma generalização para as demais categorias profissionais³². Assim, o diagnóstico aponta que:

- A estrutura da maioria dos cursos no Brasil divide-se em ciclo básico, pré-clínico, clínico e Internato, com ensino departamental e pouca integração dos conteúdos desenvolvidos pelas disciplinas.
- O modelo de ensino é centrado na doença, sem visão integradora do indivíduo e da sociedade.
- A avaliação da aprendizagem privilegia os conhecimentos técnicos e em menor grau as habilidades e a relação com o paciente.
- Baixa titulação docente.
- Predomínio das atividades docentes no ensino e na assistência e em menor proporção na pesquisa.
- Especialização precoce do aluno, decorrente principalmente da associação entre a escola médica e o hospital universitário, cuja organização se baseia na divisão da prática por especialidades e sub-especialidades, na falta de crítica à utilização de tecnologia e na ideologia da medicina como profissão liberal.

³⁰ TEIXEIRA CF. Formação de recursos humanos para o SUS. **Saúde em Debate**, Londrina- PR, v. 41, p. 20-23, 1996.

³¹ BRIANI MC. **História e construção social do currículo na educação médica: a trajetória do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP**. Campinas, SP: [s.n.], 2003.

³² Segundo Pierantoni e Machado (1994, p. 208), o modelo curricular vigente na formação profissional de nível superior é idêntico em todas as carreiras da área de saúde e caracteriza-se fundamentalmente pela dicotomia no ensino dos conteúdos teóricos e práticos que se expressa na separação entre ciclo básico e ciclo profissionalizante, concentração das práticas pedagógicas na transmissão de conhecimentos o que implica numa postura passiva dos alunos e dificuldade de desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo como parte de seu processo de aprendizagem. PIERANTONI CR, MACHADO MH. Profissionais de salud: una formación cuestionada. **Educación Médica y Salud**, OPS, v. 28, n 2, p. 199-210, 1994.

No contexto da Reforma Sanitária Brasileira e da construção do SUS³³, tais problemas se agudizam, comprometendo o fortalecimento e a sustentação desse sistema. A continuidade e consolidação dos processos de mudança na gestão, na organização, e, principalmente, no modelo de atenção que vem sendo construído no SUS, demanda mudanças substantivas no atual modelo de formação superior em saúde caracterizado pela falta de integração e extrema fragmentação do conhecimento, que reforça e consolida a separação entre individual x coletivo, biológico x social, curativo x preventivo e privado x público^{34,35}.

Tendo em conta a caracterização geral desta problemática, propusemos uma combinação de quatro pressupostos teóricos para fundamentar as análises realizadas durante o estudo:

1. As abordagens teórico-metodológicas apresentadas na literatura científica sobre Formação Superior em Saúde (FSS) privilegiam modelos que enfatizam aspectos específicos ou parciais do processo de ensino no âmbito das instituições universitárias responsáveis pela formação profissional;
2. A produção científica brasileira sobre educação em saúde evidencia a hegemonia do modelo de formação superior centrado na profissionalização, e revela escasso interesse dos pesquisadores em problematizar a reprodução do modelo em sua totalidade, restringindo-se a analisar e discutir propostas de mudança em aspectos parciais do processo de formação de pessoal;
3. A implantação do regime de ciclos, através dos cursos de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde pode contribuir para a reestruturação do modelo de FSS na medida em que propõe a conjugação entre uma formação geral que articula conhecimentos nas áreas de Saúde, Ciência e Tecnologia, Humanidades e Artes, com a formação profissionalizante realizada pelos cursos tradicionais da área;
4. A tendência que predomina na política de saúde e no sistema de FSS caracteriza-se pelo fortalecimento dos cursos profissionalizantes, configurando um cenário inercial provável que tende a reforçar o modelo hegemônico de formação de pessoal, ainda que este seja tensionado pela implantação de cursos de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde em algumas universidades.

³³ PAIM JS, ALMEIDA FILHO N. Reforma Sanitária Brasileira em perspectiva e o SUS. In: Paim JS e Almeida-Filho N (org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 203 – 209.

³⁴ ALMEIDA-FILHO N. Higher education and health care in Brazil. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1898-900. 2011.

³⁵ ALMEIDA FILHO N. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v.18, n.6, p. 1677-1682. 2013.

4. OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA

Esta tese é parte de toda uma linha de pesquisa que, examinando a implantação de inovações nos modelos de formação superior em saúde, busca contribuir para a superação da etapa atual de formação profissionalizante em direção a uma concepção que valoriza a formação crítica dos sujeitos envolvidos no trabalho em saúde.

Do ponto de vista metodológico, a abordagem de cada um dos aspectos analisados exige a incorporação de referenciais específicos e, principalmente, a definição de estratégias metodológicas um tanto quanto distintas, capazes de dar conta da produção e análise de informações específicas. Para a operacionalização da investigação, portanto, propôs-se o desdobramento da tese em vários subprojetos, cada um dos quais abordando aspectos particulares relacionados entre si, a saber:

4.1. OBJETIVOS

- 1) Identificar e analisar os principais enfoques teórico-metodológicos sobre a FSS, a partir de revisão bibliográfica nacional e internacional;
- 2) Caracterizar a produção científica brasileira relacionada à temática da Formação Superior em Saúde (FSS), com ênfase nos trabalhos que tratam, especificamente, do ensino de graduação;
- 3) Analisar o contexto político-institucional e o processo de implantação do BI Saúde na UFBA, à luz do debate contemporâneo sobre modelos de formação universitária.

4.2. JUSTIFICATIVA

Destaca-se, inicialmente, o momento atual como propício para a realização de investigações desta natureza, quando os diversos pesquisadores ligados à temática da formação superior em saúde realizam esforços para conceber modelos de formação sintonizados com as necessidades de saúde da população e com a construção do SUS.

A originalidade da tese consiste na tentativa de descrever e analisar as características do modelo hegemônico, situando-o à luz do debate contemporâneo sobre a necessidade de mudança no modelo de formação superior em saúde. Em outras palavras, toma-se como ângulo privilegiado de análise o olhar sobre o sistema de formação superior preocupando-se com o fato de que o conjunto apresenta a tendência de reprodução de um modelo

profissionalizante que não contempla o regime de ciclos pretendido com a implantação do BI Saúde.

A relevância se justifica na medida em que a mudança no modelo de FSS é necessária diante das transformações que vem ocorrendo no mundo do trabalho, transformações estas impulsionadas, no Brasil, especificamente, pela implantação do SUS e pelos esforços de reorganização do modelo de atenção a saúde que demanda mudanças no perfil dos trabalhadores de saúde. Considerando, ainda, a escassa produção sobre o tema, entende-se que um estudo desta natureza poderá contribuir para o preenchimento de importante lacuna sobre o conhecimento dos fatores limitantes e das possibilidades de introdução de mudanças significativas no modelo e nos processos de FSS.

5. QUESTÕES ÉTICAS

A tese foi desenvolvida a partir de revisão bibliográfica e documental considerando apenas dados de domínio público de acesso irrestrito que não identificaram sujeitos e, portanto, sem envolvimento de seres humanos.

6. ESTRUTURA DO DOCUMENTO

Seguindo as normas do Programa de Pós-Graduação do ISC, o trabalho ora apresentado como produto final do curso de Doutorado foi construído segundo o modelo europeu, estruturando-se sob o formato de artigos, alguns dos quais já publicados ou já aceitos para publicação.

O artigo 1 apresenta a revisão e análise crítica dos principais modelos teóricos presentes na literatura latino-americana utilizados para o estudo dos processos de formação superior em saúde, destacando-se três autores que analisam a Educação Médica e dois autores que propõem modelos de análise do sistema educacional em saúde.

O artigo 2 contempla uma aproximação ao objeto da investigação a partir da revisão sistemática da produção científica brasileira acerca da Formação Superior em Saúde, realizado na base SciELO, cobrindo o período 1974 a 2011, abarcando a seleção e classificação de 386 resumos de artigos científicos sobre o tema.

Os artigos 3 e 4 trazem a análise do contexto político-institucional de criação do BI Saúde na UFBA³⁶ e a descrição do processo de implantação do curso no período 2006-2011³⁷, sendo que o primeiro foi originalmente construído como um capítulo de livro em fase final de editoração e o segundo já foi publicado em 2013 na revista *Ciência e Saúde Coletiva*.

Finalmente, completando a análise exposta nos quatro produtos centrais da tese, apresenta-se um conjunto de “considerações finais”, que contém uma breve análise prospectiva da FSS, a partir da construção de cenários que podem vir a se configurar do ponto de vista do desenvolvimento econômico e social no Brasil, das tendências em termos da situação epidemiológica e da organização do sistema de serviços de saúde, à luz dos quais são apontadas as variantes da FSS.

³⁶ ROCHA MND, CAPUTO MC, COELHO MTAD, VERAS RM, TEIXEIRA CFS. Educação Superior em Saúde: contexto institucional de criação do Bacharelado Interdisciplinar. In: **Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: Uma Experiência Inovadora no Ensino**. TEIXEIRA CFS, COELHO MTAD (orgs.); Salvador, EDUFBA, 2014. p. 35-56. [no prelo]

³⁷ TEIXEIRA CF, COELHO MTAD, ROCHA MND. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva (Impresso)**, v.18, n.6. 2013.

Artigo 1

EXAME CRÍTICO DE MODELOS TEÓRICOS PARA ANÁLISE DA FORMAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE

EXAME CRÍTICO DE MODELOS TEÓRICOS PARA ANÁLISE DA FORMAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE

Marcelo Nunes Dourado Rocha³⁸

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo identificar e analisar os principais modelos teóricos que orientam as investigações sobre a Formação Superior em Saúde (FSS). Trata-se de um estudo metateórico acerca dos modelos construídos por alguns autores da comunidade científica latino-americana, na área de saúde, que se debruçaram sobre a problemática da formação de pessoal, a partir dos anos 70 do século passado. Nesta perspectiva, são investigados os modelos propostos para a análise do “Processo de produção de médicos”, elaborado por Juan César Garcia, o “Marco conceitual da educação e da prática médica”, de Jorge Andrade, o “Modelo funcional do sistema educacional de profissões de saúde” de Mário Chaves, a iniciativa liderada por Júlio Frenk e Lincoln Chen denominada Educação de Profissionais de Saúde para o Século 21, além do modelo de análise dos “Planos de profundidade das mudanças na Educação Médica”, formulado por Márcio Almeida. Discutem-se as semelhanças e diferenças entre os enfoques teóricos adotados pelos diversos autores, e conclui-se apontando os limites e possibilidades de aperfeiçoamento destes modelos tendo em vista o debate contemporâneo sobre as mudanças necessárias no modelo de formação superior de pessoal em saúde.

Palavras-chave: Formação de Recursos Humanos em Saúde, Educação Superior em Saúde, Ensino Superior em Saúde, Ensino de Graduação em Saúde

³⁸ Doutorando do Programa de Pós-Graduação do ISC-UFBA. Professor Assistente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

ABSTRACT

This article aims to identify and analyze the main theoretical models that guide research on Higher Education in Health (HEH). This is a metatheoretical study about the models built by some authors of the Latin American scientific community, in health care, which have examined the issue of staff training, since the 70s of last century. In this perspective, we investigate the theoretical models proposed for the analysis of the "Process of producing doctors" prepared by Juan Cesar Garcia, the "Conceptual framework of education and medical practice" by Jorge Andrade, the "Functional model of the educational system of health professions" by Mario Chaves, the initiative led by Julio Frenk and Lincoln Chen called "Health Professional Education for the 21st Century", in addition to the analysis of the model "Depth Plans of changes in Medical Education", formulated by Marcio Almeida. We discuss the similarities and differences between the theoretical approaches adopted by these authors pointing out limits and possibilities for improvement of these models in view of the contemporary debate on the necessary changes in the model of training personnel in health.

Key-words: Training of Human Resources in Health, Higher Education in Health, Undergraduate Education in Health

INTRODUÇÃO

A Formação Superior em Saúde (FSS) enquanto processo educacional responsável pela preparação das categorias profissionais de nível universitário com habilitação específica para atuar legalmente no setor saúde constitui tema de preocupação tanto para pesquisadores e docentes da área (SOUZA, 1976; PAIM, 1993; TEIXEIRA e PAIM, 1996) quanto para gestores e técnicos da burocracia estatal envolvidos com a política de desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (RHS) (GUERRA DE MACEDO, 1979; FANUCK, 1986; BRASIL, 1993).

Desde meados do século XX, quando foram realizados os Seminários sobre o ensino da Medicina Preventiva em Viña del Mar, no Chile, em 1955, e na cidade de Tehuacán, no México, em 1956 (OPS, 1957), a América Latina vem sendo palco de diversos encontros, seminários, reuniões, conferências e oficinas de trabalho, nacionais e internacionais (GARCIA, 1972, ANDRADE, 1979), que tomam como objeto de reflexão distintos aspectos do processo de formação do pessoal de saúde. Destacam-se, particularmente, a Educação Médica (GARCIA, 1972; AROUCA, 1975; RODRIGUES NETO, 1979) e a formação em Enfermagem (VERDERESE e GARCIA, 1974; SOUZA, 1985) e Odontologia (OPS, 1963), como espaços de difusão de movimentos ideológicos de reforma do ensino que influenciaram vários outros cursos da área de saúde.

No Brasil, a produção científica mais recente na área de “formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde”, tem privilegiado a investigação das políticas e práticas de formação de pessoal (ROCHA, 2014), levando em conta as mudanças ocasionadas pela Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2008; PAIM e ALMEIDA FILHO, 2014), ponto de partida do amplo e complexo processo de reforma do sistema de saúde no país, caracterizado pela construção do Sistema Único de Saúde (SUS), (MENDES, 2001; NORONHA, DIAS de LIMA e MACHADO, 2008) e pela reorganização do setor privado com expansão massiva do Sistema de Assistência Médica Supletiva (SAMS) (BAHIA, 2008a; BAHIA, 2008b).

Nesse contexto, vem se observando marcante expansão do número de estabelecimentos e cursos na área, principalmente, a partir da regulamentação do setor educacional no país com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, em meados da década de 90 do século passado (BRASIL, 1996). Cabe ressaltar que esta ampliação decorre, fundamentalmente, do crescimento do número de instituições e cursos mantidos pela iniciativa privada, com amplo predomínio em algumas profissões, a exemplo da Biomedicina, Fisioterapia e Psicologia (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b, PIERANTONI, 2012).

A extraordinária expansão de cursos superiores na área de saúde tem sido acompanhada de algumas iniciativas para a introdução de mudanças qualitativas nos modelos e processos de ensino, a fim de se adequar os perfis profissionais/ocupacionais dos egressos às mudanças operadas no mercado de trabalho e, principalmente, na organização das práticas de saúde e na gestão do trabalho no setor (ALMEIDA FILHO, 2011). Nesse sentido, entre 2001 e 2002 foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o ensino das profissões de saúde, as quais tem impulsionado a implementação de reformas curriculares em vários cursos da área (DIAS, DIAS de LIMA e TEIXEIRA, 2013).

Ao mesmo tempo, tem sido elaborados e implementados alguns projetos dinamizadores de mudanças na formação de pessoal por parte dos organismos governamentais visando, especialmente, o aperfeiçoamento dos processos de integração ensino-serviço, a exemplo do Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil), do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), dentre outros (DIAS, DIAS de LIMA e TEIXEIRA, 2013).

Neste momento, em que se busca introduzir mudanças nos currículos e planos de estudo das profissões de saúde, como forma de responder às necessidades de consolidação e crescimento do SUS, é oportuno investigar quais modelos teóricos têm sido construídos e utilizados na área de saúde. Nesta perspectiva, o presente trabalho tem como objetivo identificar, selecionar e analisar criticamente os principais modelos teóricos construídos pela comunidade acadêmica latino-americana para analisar a FSS, desde a década de 70 do século passado até os dias atuais.

O CONCEITO DE “MODELO” NA PERSPECTIVA DE MARIO BUNGE

Considerando que o foco do nosso estudo é a identificação, seleção e análise dos Modelos Teóricos elaborados por autores latino-americanos para a análise da FSS, tomamos como ponto de partida uma revisão do conceito de “modelo”, adotando a sistematização proposta pelo filósofo da ciência, Mário Bunge (2008). Para este autor, uma das características essenciais definidora da ciência contemporânea reside na construção e experimentação de modelos. Com efeito, Bunge sintetiza assim seu entendimento acerca do método científico:

... para apreender o real começa-se por afastar-se da informação. Depois, se lhe adicionam elementos imaginários (ou antes, hipotéticos), mas com uma intenção realista. Constitui-se assim um objeto-modelo mais ou menos esquemático e que, para frutificar deverá ser enxertado sobre uma teoria suscetível de ser confrontada com os fatos (BUNGE, 2008, p.16).

Nessa perspectiva, o autor distingue dois tipos de modelo: o “objeto-modelo” (modelo conceitual) e o “modelo teórico” (teoria específica) (BUNGE, 2008). Para ele, “objeto-modelo” é uma:

... representação conceitual esquemática de uma coisa ou de uma situação real ou suposta como tal. [...] Qualquer representação esquemática de um objeto pode ser denominada objeto-modelo. [...] O objeto-modelo deixará escapar certos traços de seus referentes, tenderá a incluir elementos imaginários, e há de recapturar apenas aproximadamente as relações entre os aspectos que ele incorpora. Em particular, a maioria das variações individuais são deliberadamente ignoradas e a maior parte dos pormenores dos eventos relativos a estes indivíduos é igualmente descartada (BUNGE, 2008, p. 16, 32-33).

O conceito de “modelo teórico”, por sua vez, refere-se a:

... um sistema hipotético-dedutivo que concerne a um objeto-modelo. [...] A fim de conseguir um modelo teórico, o objeto-modelo tem que ser expandido e engastado em uma moldura teórica. Ao ser absorvido por uma teoria, o objeto-modelo herda as peculiaridades desta e, em particular, suas leis. [...] Um modelo teórico de um objeto concreto certamente não corresponde à complexidade de seu referente, mas em qualquer caso é muito mais rico que o despido objeto-modelo, que é apenas uma lista de características do objeto concreto (BUNGE, 2008, p. 16, 34-35).

A partir dessa base referencial, no plano teórico, Bunge (2008) distingue dois grandes grupos de teorias: as *fenomenológicas* e as *representacionais*. As “teorias fenomenológicas” tendem a não ultrapassar a descrição dos fenômenos focando no ajustamento dos dados à observação realizada, utilizando-se apenas o recurso a variáveis, externas e globais, quer diretamente observáveis, quer indiretamente mensuráveis. Constituem-se em ferramentas adequadas para sumariar e prever observações, pois enfocam o comportamento dos sistemas e, em particular, suas entradas e saídas observáveis. As “teorias representacionais”, por sua vez, apontam na direção de aumentar o detalhamento e a profundidade de análise do objeto, fazendo, portanto, referência a processos internos, descritos por meio de variáveis indiretamente controláveis (entidades teóricas). São caracterizadas pela utilização de constructos hipotéticos não observáveis (não diretamente perceptíveis pelos sentidos) e hipóteses que buscam explicar os sistemas ao qual se referem em termos da constituição e estrutura (“mecanismos” internos).

As categorias epistemológicas apresentadas brevemente acima servirão de referencial para a apreensão do “objeto-modelo” construído por cada um dos autores selecionados na nossa investigação. A leitura sistemática dos textos que contém as proposições teóricas desses

autores foi orientada à identificação do “modelo teórico” utilizado, tratando-se de identificar os elementos que o compõem, ou seja, as diversas dimensões do objeto privilegiadas na construção do “objeto-modelo” e suas relações. Finalmente, trataremos de analisar o grau com que cada abordagem teórica proposta se aproxima das teorias fenomenológicas ou representacionais pertinentes ao campo da Formação Superior em Saúde (FSS).

MAPEANDO AUTORES E MODELOS TEÓRICOS

A identificação dos autores e a seleção dos principais enfoques teóricos para análise da FSS foi feita com base numa revisão da produção teórica brasileira/latino-americana neste campo, tomando, inicialmente, como fontes de informação estudos que buscaram sistematizar os temas abordados nesta área (NOGUEIRA, 1985; SCHRAIBER e PEDUZZI, 1993; PAIM, 1994; PINTO et al., 2012, 2013), complementados com a revisão da literatura específica sobre o ensino de graduação em saúde no Brasil realizada por Rocha e colaboradores (ROCHA et al., 2013).

Constatada, nesta primeira etapa, a inexistência de trabalhos adequados à proposta do estudo, optou-se por uma nova busca considerando uma dupla estratégia, de um lado, com a ampliação das fontes pesquisadas envolvendo teses, dissertações, livros, capítulos de livro, além de publicações governamentais e de organismos de cooperação internacional, a exemplo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), e por outro lado, a consulta a especialistas para indicação dos principais autores da área.

Este procedimento revelou a existência de distintos autores e enfoques, os quais diferem, fundamentalmente, em relação à escolha dos aspectos que buscam analisar, ou seja, do respectivo objeto de estudo, bem como dos referenciais teóricos utilizados para compreender as características e determinantes do processo de FSS.

Na seleção de autores e textos, os seguintes critérios foram considerados: a) que os estudos explicitassem o referencial teórico adotado; b) que os modelos teóricos propostos tivessem coerência com o tema central do estudo, ou seja, tenham sido construídos para a análise da formação dos profissionais de saúde de nível superior; c) que o modelo teórico não focalizasse aspectos parciais e muito específicos do processo educacional, mas antes fosse orientado para investigar mais profundamente causas e mecanismos responsáveis pela conformação de distintos modelos e práticas de formação dos profissionais de saúde; d) relevância, medida em função da influência dos autores no debate teórico do campo da formação de RHS.

Com base nesses critérios foram selecionados cinco autores³⁹: Juan Cesar Garcia, Mário Chaves, Jorge Andrade, Márcio Almeida e Julio Frenk, dos quais foram selecionados textos que continham o essencial de sua abordagem teórica com relação à formação de pessoal em saúde. O primeiro autor estuda o “Processo de produção de médicos” (GARCIA, 1972), o segundo apresenta um “Modelo funcional do sistema educacional de profissões de saúde” (CHAVES, 1980), o terceiro desenvolve o “Marco conceitual da educação e da prática médica” (ANDRADE, 1979), o quarto propõe um modelo que sistematiza “Planos de profundidade das mudanças na Educação Médica” (ALMEIDA, 1997), e o último apresenta um “Quadro integrativo” para análise das relações entre o sistema de educação em saúde e o sistema de saúde (FRENK et al. 2010).

A leitura de cada texto buscou mapear trechos que expressassem a perspectiva epistemológica do autor, a delimitação dos seus objetos de reflexão a partir do(s) referencial (is) teórico-metodológico(s) adotados, e seu entendimento acerca das relações entre a formação de pessoal e a inserção dos profissionais formados nas “práticas”, nos “serviços” e no “sistema de saúde”.

MODELOS TEÓRICOS PARA ANÁLISE DA FORMAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE

Tanto a literatura acadêmica sobre o tema (ANDRADE, 1979; NUNES, 1989; PIRES-ALVES, 2011; PAIVA, PIRES-ALVES, NUNES, 2012) quanto os especialistas consultados indicaram o período entre o final da década de 60 e o início dos anos 70 como um momento de inflexão nas investigações sobre RHS, na América Latina. De fato, segundo Villarreal:

Ao final da década de 60 e início da de 70 a preocupação dos investigadores e administradores da educação no campo da saúde toma outro rumo, e é assim como a relação entre o ensino e a prática médica emerge como tema central (...). Os indicadores desta transformação são muitos, e vão desde mudanças no nome de instituições até o desenho de investigações orientadas para a nova temática. É assim como se descobre a impossibilidade de tratar o problema da formação de forma isolada para cada profissão e se começa a usar conceitos cada vez mais integrais, tais como o de recursos humanos em saúde (VILLARREAL, 1972).

Esse interesse pelo tema proporcionou a incorporação de abordagens provindas das ciências sociais (NUNES, 1985) na análise da FSS, a exemplo do enfoque histórico e

³⁹ Esta seleção não ignora outros importantes estudos dedicados à análise da formação superior em saúde. Citamos como exemplo os estudos desenvolvidos por SONIS (1976); SCHRAIBER (1980); ROVERE (1993); LAMPERT (2002), GONZÁLEZ et al. (2012). Tais estudos, entretanto, não preenchiam um ou mais dos requisitos de seleção definidos.

estrutural contido no estudo pioneiro conduzido por Juan César Garcia sobre a educação médica na América Latina (GARCIA, 1972). Simultaneamente, ocorreu a introdução do enfoque sistêmico no estudo do “Sistema formal de preparação de pessoal para a saúde”, por Mário Chaves (CHAVES, 1972), abordagem que viria a ter extensa difusão, por conta do uso que passou a ter nos documentos oficiais elaborados por organizações internacionais da área, que passaram a propugnar pela reorientação dos sistemas de saúde no mundo (KLECKOWSKI, ROEMER e WERF, 1984).

Em 1979, Jorge Andrade deu continuidade à reflexão inaugurada por Garcia, e tratou de sistematizar o que denominou “Marco conceitual da Educação Médica” (ANDRADE, 1979), esforço que expressa a importância atribuída ao tema no contexto latino-americano da época, fruto da influência exercida na década anterior pela difusão dos movimentos ideológicos do ensino médico, através da criação dos departamentos de Medicina Preventiva e Social⁴⁰, locus institucional de incorporação do pensamento das ciências sociais em saúde (NUNES, 1985; VIEIRA DA SILVA, PAIM e SCHRAIBER, 2014).

No final dos anos 90, com a intenção de subsidiar um conjunto de propostas de intervenção na formação de médicos no Brasil, Márcio Almeida propôs um modelo para analisar os “Planos de profundidade de mudanças na educação médica” (ALMEIDA, 1997), a partir de uma perspectiva mais pragmática, inspirada no enfoque estratégico do planejamento em saúde e na experiência com processos de mudança institucional decorrente de sua inserção nos movimentos de reforma e avaliação do ensino médico no país.

A perspectiva adotada por Chaves, reaparece, recentemente, na produção da equipe coordenada por Julio Frenk e Lincoln Chen (FRENK et al., 2010), responsável pela elaboração do relatório da Comissão sobre a Educação de Profissionais de Saúde para o Século 21⁴¹, publicado em 2010, por ocasião do centenário do Relatório Flexner.

⁴⁰ No Brasil, especificamente, Silva (1973) discute a importância do ensino da Medicina Preventiva e Social no curso médico, e Arouca (1975), desenvolve extensa pesquisa visando à compreensão e crítica da Medicina Preventiva, retomada recentemente quando da publicação em livro de sua tese de doutoramento (Arouca, 2003).

⁴¹ A Comissão sobre a Educação de Profissionais de Saúde para o Século 21, patrocinada pelas Fundações Bill & Melinda Gates e Rockefeller e o Conselho Médico da China, foi lançada em janeiro de 2010, exatamente um século após a publicação do notável Relatório Flexner de 1910, com o propósito de elaborar uma análise global do campo da educação profissional em saúde, identificar lacunas e oportunidades e fazer recomendações práticas para ações específicas para transformar a educação dos profissionais de saúde em todos os países. É coordenada pelos pesquisadores Julio Frenk (Harvard School of Public Health) e Lincoln Chen (China Medical Board), em conjunto com 20 líderes de diversas origens disciplinares, afiliações institucionais e regiões do mundo. O relatório da Comissão foi divulgado, simultaneamente, pela revista *The Lancet* em novembro de 2010 e num simpósio organizado pela Harvard School of Public Health, entre 30 de novembro e 1 dezembro de 2010.

Processo de produção de médicos: a visão de Juan Cesar Garcia

Ao realizar um estudo abrangente sobre o ensino da medicina no continente latino-americano patrocinado pelo Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos (DDRH) da OPS, Juan César Garcia elaborou um marco teórico inovador das questões relativas à formação de pessoal de saúde no “campo médico” e suas relações com a estrutura social, nitidamente influenciado pela abordagem marxista⁴² (GARCIA 1972b). Nessa proposta, publicada pela OPS em 1972, sob o título “*La educación médica en la América Latina*”, a educação médica foi concebida como um processo histórico, e definida como o processo de produção de médicos que se realiza em cada sociedade, encontrando-se subordinado, ao menos no modo de produção capitalista, à estrutura econômica predominante (GARCIA, 1972b; GARCIA, 1989).

Ao tomar como objeto privilegiado de análise a educação médica, Garcia sublinha duas características principais. De um lado, destaca a relação do “processo de formação de médicos” com outros processos, em especial, com o processo de trabalho médico, entendido como processo de produção de serviços, enfatizando que este faz parte da estrutura econômica das sociedades ao longo da história⁴³. Por outro lado, assumindo uma concepção estruturalista da sociedade, reconhece a existência de dois níveis no processo de formação: o nível infraestrutural, correspondente ao “modo de produzir médicos” (dimensão econômica) e o nível superestrutural, relativo à “ordem institucional da educação médica” (dimensão político-ideológica), enfatizando, de acordo com a visão economicista prevalente na época, que o primeiro determina o último (GARCIA, 1972, p. 4).

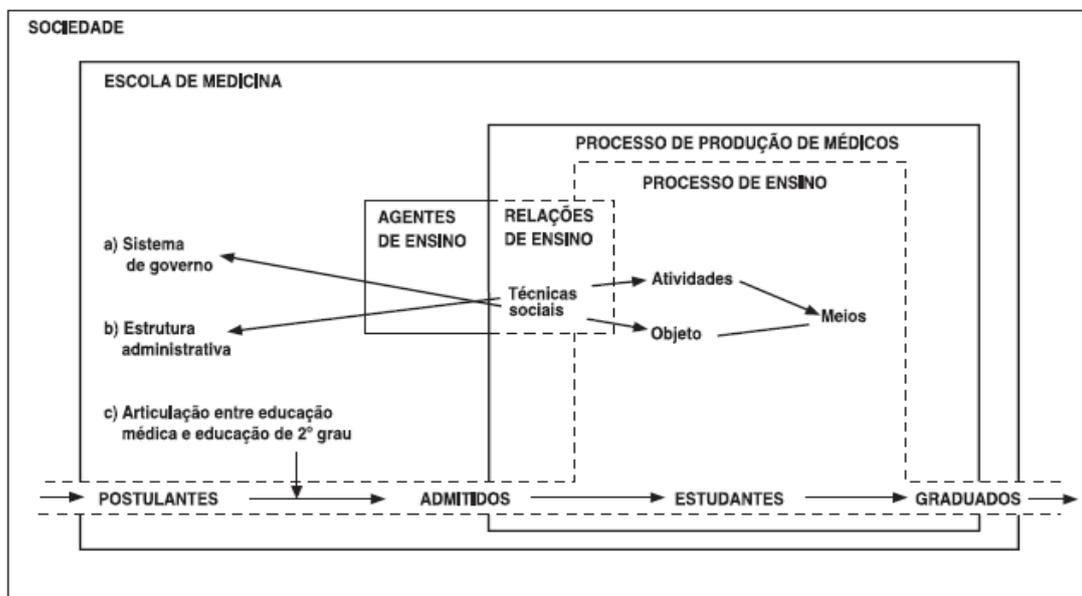
Coerentemente com esta concepção, Garcia propõe um diagrama (Figura 1), onde estão dispostos estes dois níveis, ambos enquadrados em um plano geral mais amplo correspondente à sociedade onde se insere a “escola de medicina” (nível superestrutural), no

⁴² O autor não assume explicitamente o termo “marxista”, talvez por conta do contexto da época, em países comandados por regimes militares, marcado por censura a textos provindos do marxismo clássico. Entretanto, a influência do pensamento marxista é clara, pelo uso que o autor faz de conceitos construídos por Marx, a exemplo de “modo de produção”, utilizado para referir-se ao processo de ensino da medicina como “modo de produção de médicos”, distinguindo-se, inclusive, o modo “escolar” do modo “em serviço”. Cabe registrar, ainda, que Garcia se refere explicitamente, em nota de fim, a utilização de conceitos provindos das obras de Louis Althusser, Etienne Balibar, Maurice Godelier e Pierre Bourdieu, intelectuais franceses vinculados a corrente estruturalista, especialmente Althusser, que resgatou a leitura crítica das obras de Marx nos anos 60 do século passado (DELACAMPAGNE, 1997, p. 255).

⁴³ No capítulo intitulado “*La educación médica y la estructura social*”, descreve as diferentes formas de articulação da medicina com a estrutura social, segundo o modo de produção econômica predominante. Nesse sentido, caracteriza esta articulação no “modo de produção escravista”, no “modo de produção feudal” e no “modo de produção capitalista”, periodização claramente inspirada no pensamento marxista acerca da História. (Ver FERNANDES, (ORG.) MARX, H. ENGELS, F.: História, 1983).

âmbito da qual se desenvolve o “processo de produção de médicos”, seu objeto central de estudo. De acordo com Garcia (1972), o estudo das características da “escola de medicina” é necessário para situar histórica e socialmente o surgimento e desenvolvimento deste “aparato institucional” do ponto de vista jurídico e administrativo, o que permite, inclusive, que se analise sua “afiliação universitária”⁴⁴. Ademais, enfatiza a possibilidade de se analisar as características internas de cada escola, propondo como categorias de análise o “sistema de governo”, a “estrutura administrativa”, e a “articulação que estabelece com o ensino secundário”.

Figura 1: Marco Teórico da Educação Médica na América Latina



Fonte: Garcia (1972, p. 9)

Para a análise em profundidade dos elementos que compõem o “processo de produção de médicos” o autor decompõe o objeto-modelo em dois componentes considerados inseparáveis (Figura 1): o “processo de ensino” e as “relações de ensino” (GARCIA, 1972, p. 5-6).

O “processo de ensino” é definido como o conjunto de etapas sucessivas de aprendizagem, tanto na área cognitiva quanto nas áreas afetiva e psicomotora, pelas quais o estudante passa desde que é admitido na escola até sua graduação em médico. Nesse processo, entendido como uma transformação gradual, Garcia (1972) distingue as “atividades de

⁴⁴ Segundo Garcia (1972, p. 274), “desde o começo a educação médica na América Hispânica se caracterizou por sua dependência ou afiliação a uma universidade, assim como pelo seu caráter público”. Este não parece ser o fato no Brasil, no qual a criação das primeiras escolas de Medicina, na Bahia e no Rio de Janeiro, no século XIX, precedeu em mais de um século a organização das Universidades.

ensino” (atividades específicas realizadas pelos professores e alunos), os “meios de ensino” (materiais, métodos, técnicas e instrumentos) e os “objetos de ensino” (o estudante de medicina em seus vários estágios (postulante, admitido, matriculado e graduado). A seqüência das “atividades de ensino” contempla a execução do “plano de ensino” e do “plano de estudos”, a cargo, respectivamente, dos professores e alunos. Estas atividades podem assumir duas formas: a) atividades teóricas (postura passiva do aluno); b) atividades práticas (postura ativa do aluno), cuja combinação configura uma determinada metodologia de ensino. Os “meios de ensino” são os recursos materiais e instrumentos⁴⁵ utilizados na execução das atividades, e em sua acepção mais ampla inclui todas as condições materiais que tornam possível o processo de ensino. O “objeto de transformação” é o aluno, que é ao mesmo tempo sujeito de sua própria transformação na medida em que se engaja na realização das atividades de ensino.

As “relações de ensino” dizem respeito às conexões estabelecidas pelos agentes que participam no processo de produção de médicos, sendo caracterizadas pelo autor em dois planos: a) relações técnicas estabelecidas entre os agentes de ensino e os meios utilizados no processo de ensino; b) relações sociais, estabelecidas entre os agentes de ensino (professores universitários e alunos) (GARCIA, 1972, p. 6). Cabe observar que, embora considere os alunos como agentes do processo de ensino-aprendizagem, Garcia (1972, p. 7-8) admite que “sua posição relativamente dependente nas atuais formas de ensino o definem mais como objeto do que como sujeito da ação” educativa.

Marco conceitual da educação e da prática médica: a contribuição de Jorge Andrade

Inspirado pelos trabalhos de Juan César Garcia, de quem era colega no DDRH/OPS desde meados da década de 1960, Jorge Andrade também procurou contribuir para a compreensão dos problemas relacionados à formação do pessoal de saúde no continente latino-americano. Em um trabalho denominado “Marco conceptual de la educación medica en la America Latina” (ANDRADE, 1979), sistematiza um modelo teórico que permite investigar diversos fatores que influenciam o processo de formação médica.

A idéia central da proposta é que, no processo de conformação da prática profissional, intervêm múltiplos fatores, dentre os quais, o processo educacional. Nessa abordagem, a

⁴⁵ Curiosamente, Garcia (1972) não destaca o “conhecimento” como um meio de ensino, embora se possa inferir que incluiu os livros, textos, artigos, etc... (veículos do conhecimento médico ensinado durante o curso) como parte dos “recursos materiais”, ao lado dos instrumentos, cujo manejo faz parte do aprendizado de métodos e técnicas diagnósticas e terapêuticas.

prática profissional é guiada por um “paradigma” (marco conceitual), isto é, por um corpo doutrinário estruturador constituído por conteúdos conceituais fundamentais que a definem como tal, os quais são transmitidos, ao menos em parte, através de processos de ensino-aprendizagem. Os conteúdos conceituais fundamentais atuam, portanto, como um “conjunto de noções que se evidenciam através da prática do indivíduo em um campo determinado de sua atividade, mais ou menos amplo, segundo se trate de educação geral ou de programas mais específicos” (ANDRADE, 1979: 6). Logo, os conceitos vinculados à prática profissional se encontram em íntima relação com os conceitos implícitos no processo de formação, de tal maneira que mudanças no “marco conceitual da prática profissional” determinam uma reestruturação do modo de produzir os agentes das práticas. Nessa perspectiva, o “marco conceitual da prática profissional”, segundo Andrade (1979), é constituído por um conjunto de elementos articulados em dois níveis: um “específico” e outro “abrangente”.

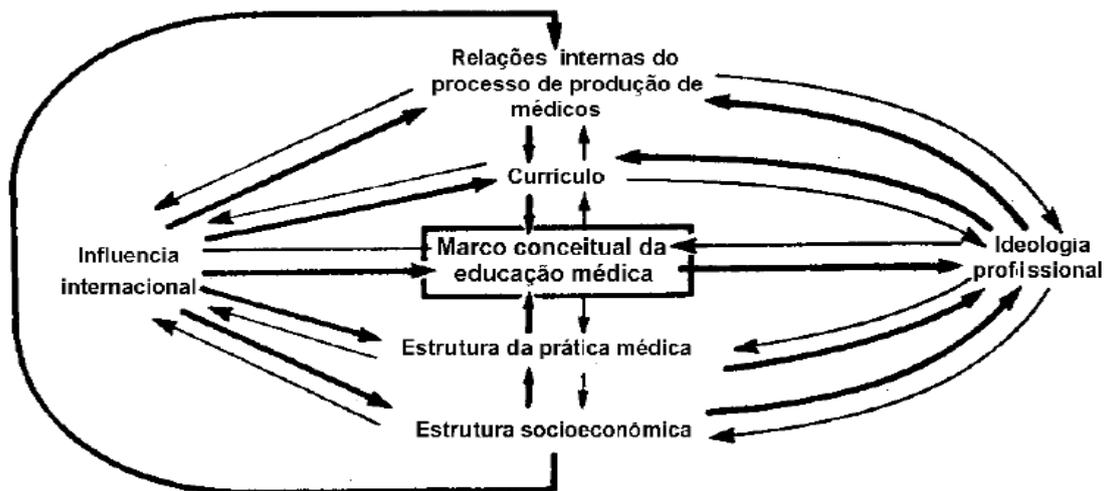
A “dimensão específica” contempla os elementos definidores do marco conceitual da prática profissional que deverão, compulsoriamente, fazer parte do processo de formação dos futuros praticantes, neles incluídos: o objeto de trabalho, os propósitos de ação e os agentes das práticas. No que concerne ao objeto da prática médica, em particular, e das práticas de saúde, em geral, verificam-se, historicamente, propostas de atuação sobre o “homem⁴⁶” em diversos planos: individual, comunitário e populacional e sobre o meio-ambiente ou uma combinação de ambos, de acordo com o propósito (finalidade) da prática, quer seja a cura das doenças, a prevenção de enfermidades e/ou a promoção da saúde dos indivíduos e coletividades. A “dimensão abrangente” que sustenta a dimensão específica, por sua vez, envolve categorias mais gerais como o conceito de “ser humano” e de sociedade, a compreensão de divisão do trabalho e de relações de trabalho, o entendimento acerca da saúde e da doença, de prevenção e de cura, das características dos serviços produzidos e das formas de remuneração dos profissionais.

A partir destes conceitos e noções iniciais, o autor elabora um quadro teórico geral para análise da formação de médicos assentado em quatro hipóteses representadas de modo esquemático na Figura 3. A primeira hipótese postula que:

⁴⁶ Note-se o uso do termo genérico homem ou ser humano, diferentemente do que propõe Donnangelo no clássico “Saúde e sociedade”, de 1976, que aponta como objeto da prática médica, o “corpo”, entendido para além de sua materialidade anatômica e fisiológica, e sim como um “corpo socialmente determinado”, utilizando-se da reflexão de Boltansky, sobre os “usos sociais do corpo”. Concepção esta que remete à noção de valorização diferencial dos corpos em função do lugar que ocupam na estrutura social, notadamente enquanto corpos diferenciados em função da inserção no processo de reprodução das classes sociais (SAMAJA, 2004). Esta reflexão foi também realizada por Mário Testa que ao refletir sobre o objeto da prática médica propõe uma tripla dimensão do corpo, para o trabalho, para o amor e para o combate (TESTA 2006).

... o marco conceitual da educação médica se encontra no centro de uma intrincada rede de relações e é a resultante da interação entre os diversos elementos que participam da mesma e entre os quais os mais importantes são: a estrutura social e econômica e a da prática médica em cada país; as relações internas do processo de produção de médicos; a ideologia prevalente a nível profissional, e a estrutura de poder internacional (ANDRADE, 1979, p. 13)

Figura 3: Relações externas do marco conceitual da educação médica em países dependentes



Nota: as linhas mais grossas assinalam a direção da influência dominante.

Fonte: Andrade (1979, p. 14)

A segunda hipótese sustenta que: "... a organização dos conteúdos curriculares e a natureza das experiências educativas contribuem para a configuração do marco conceitual da educação médica, tanto ou mais que a transmissão verbalizada de conceitos" (ANDRADE, 1979, p. 13-14). A terceira hipótese aborda:

... a interação que se estabelece entre a maneira de se relacionar e trabalhar dos professores e alunos por uma parte, e o marco conceitual por outra. [...] essas relações variam, em última instância, como consequência de mudanças na sociedade global cuja ação se exerce por meio de diversos mecanismos entre os quais se destacam: as mudanças que ocorrem na prática médica e na atenção à saúde, e as variações no número e na procedência social dos alunos que ingressam nas escolas de medicina (ANDRADE, 1979, p. 14).

Finalmente, a quarta hipótese, definida como eixo central do trabalho, supõe que: "... os alunos percebem, de maneira consciente ou inconsciente, o paradigma e o adota ou rechaça na medida em que reforçam ou entram em conflito com o resto da estrutura e com o papel que desempenha ou aspira desempenhar cada qual dentro da mesma" (ANDRADE, 1979, p. 17).

Pelo exposto, percebe-se que Andrade preserva da proposta original de Garcia a importância atribuída às relações entre a formação médica e a prática profissional, em conexão com a estrutura econômica da sociedade onde se insere. Seu modelo, entretanto,

acrescenta dois elementos novos, quais sejam, a “ideologia profissional”, e a “influência internacional”.

Sobre o primeiro destes elementos, Andrade faz referência aos estudos de Michel Foucault, particularmente “O nascimento da clínica”, para indicar a existência dessa suposta “ideologia profissional” (ANDRADE, 1979, p. 18-19). Mais adiante, ao referir-se às tendências atuais na organização social da prática médica, faz menção aos resultados do estudo de Cecília Donangelo, sobre o mercado de trabalho médico, realizado quatro anos antes, em Saúde Paulo (DONNANGELO, 1975), que destaca a importância da “ideologia ocupacional⁴⁷” como elemento explicativo das aspirações dos profissionais quanto à forma de inserção no mercado de trabalho, particularmente no que se refere à tendência ao assalariamento e à mudança da “ideologia profissional” (ANDRADE, p. 70). Apesar dessa possível aproximação com a perspectiva adotada por Donnangelo, Andrade recusa afiliação à sociologia das profissões, enfatizando, ao final do texto, seu esforço por “inscrever nosso enfoque em um contexto mais amplo”, no caso, a análise estruturalista das relações entre práticas profissionais e formação de pessoal em saúde.

Quando à “influência internacional”, é importante frisar que Andrade tinha consciência do lugar subalterno ocupado pelas escolas médicas latino-americanas, sujeitas à influência das instituições de ensino, pesquisa e cooperação técnica do mundo desenvolvido, principalmente, a partir do término da segunda guerra mundial. Segundo ele (1979, p. 15): “ao finalizar esta guerra, se produziu na América Latina, um declínio da influência européia e o surgimento da influência dos EUA [...] por outro lado, “se estabeleceu uma nova estrutura de poder no mundo e se produziu uma confrontação entre os sistemas capitalistas e socialistas, a cujas consequências, incluídas as ideológicas, os países latino-americanos não escaparam”. Nesse contexto, Andrade, aponta que tal influência era exercida através de Fundações e Organizações internacionais, como a que ele próprio trabalhava, a Organização Pan-americana de Saúde, espaço contraditório, onde, possivelmente, também ressoava a influência do debate internacional produzida no contexto da “guerra fria”.

⁴⁷ Com este termo Donnangelo faz referência às concepções relativas aos valores tradicionais da profissão médica e sua redefinição em função das mudanças que ocorreram na organização social da prática médica nas sociedades capitalistas contemporâneas. Assim, identifica a existência de três “ideologias ocupacionais” distintas: a liberal, a empresarial e a derivada do processo de “estatização”, que implicou no assalariamento dos profissionais, especificamente, junto às instituições previdenciárias, processo que se estendeu, posteriormente, ao assalariamento dos médicos e outros profissionais de saúde às empresas do setor privado.

Sistema educacional de profissões de saúde: a proposta de Mário Chaves

Em seu livro clássico, “Saúde e Sistemas”, publicado originalmente em 1972, Mário Chaves, então diretor de Programa da Fundação W. K. Kellogg para a América Latina propõe uma abordagem sistêmica para explorar a problemática da formação de recursos humanos para a saúde.

A proposta de Chaves filia-se a uma matriz teórica conhecida como “Teoria dos sistemas”, desenvolvida originalmente na Biologia e nos estudos sobre cibernética e teoria da informação, e adotado na Teoria social estrutural funcionalista elaborada nos EUA por Talcott Parsons (1951). Esta abordagem, eminentemente racionalizadora, passou a ser utilizada na área de saúde a partir dos anos 60 do século passado, ganhando proeminência no contexto do debate acerca da reorientação de sistemas de saúde desencadeado pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde realizada em Alma-Ata, em 1978. A partir de então, tem sido largamente utilizada nos documentos técnicos da área de saúde, com tendência a tornar-se um “novo senso comum” (SANTOS, 1995), na medida em que os termos, noções e conceitos provindos dessa teoria vêm se incorporando ao vocabulário corrente entre os profissionais e técnicos do setor.

De acordo com a proposta apresentada por Chaves (1980, p. 112) o estudo dos “recursos humanos” para as atividades de saúde “deve ser” feito com uma dupla visão, isto é, a análise da formação e da utilização dos mesmos. A formação é feita em um “subsistema” de saúde, que Chaves denomina “aparelho formador”. A utilização, por sua vez, é feita no agregado institucional que constitui o sistema de prestação de serviços de saúde, que Chaves considera como “sistema primário”, denominado alternativamente como “sistema de saúde” ou “aparelho utilizador”.

No tocante às relações entre os dois “aparelhos”, afirma Chaves (1980, p. 115):

... nossa visão do aparelho formador, do sistema de educação para as profissões de saúde, deve ser orientada no sentido das necessidades de mão-de-obra. Olhamos o subsistema, em função do sistema de saúde. A missão do subsistema é vocacional. Queremos eliminar desperdício de mão-de-obra; queremos um equilíbrio entre formação e utilização; queremos um steady state entre o aparelho formador e o aparelho utilizador num nível favorável ao sistema de saúde.

De acordo com esta perspectiva: “A teleologia do aparelho formador, do sistema de educação pode ser resumida em termos muito simples: o atendimento dos pedidos do aparelho utilizador, em quantidade e qualidade (número e imagem)” (CHAVES, 1980, p. 123-124). Como se pode perceber, Chaves raciocina em termos do equilíbrio (homeostase) a ser

perseguido, isto é, a adequação entre a demanda e a oferta de pessoal em número (quantidade) e tipo (qualidade) adequados, de modo a se evitar desperdício e se maximizar a eficiência do sistema.

Quanto aos aspectos quantitativos, chama a atenção para a necessidade do estudo dos “fluxos de profissionais de saúde” (estoque atual e futuro). O “estoque atual” é determinado pela dinâmica entre o fluxo de entrada, representado pelo ingresso de novos graduados no mercado de trabalho, e o fluxo de saída, indicando as perdas por morte, aposentadoria ou afastamento da atividade, enquanto o “estoque futuro” é calculado para determinar as necessidades futuras desejáveis de profissionais num dado ano-meta. A partir do ajuste entre as necessidades e o estoque atual determina-se “... a ordem, o pedido, a quantidade solicitada pelo sistema de saúde ao subsistema educacional ...”, ou seja, o *output* desejado do “aparelho formador” (CHAVES, 1980, p. 133).

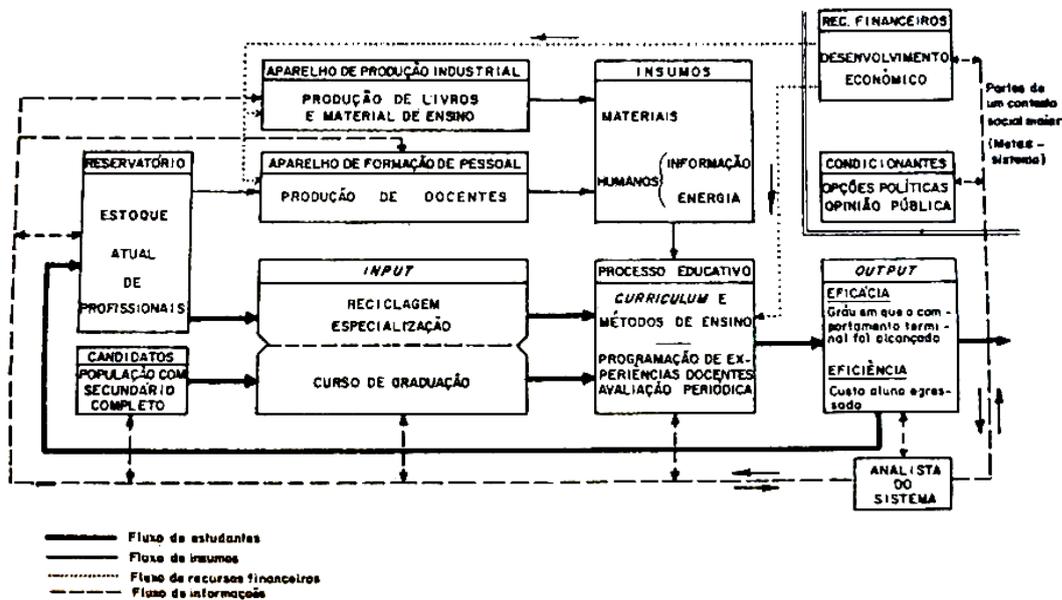
Os aspectos qualitativos, por sua vez, dizem respeito à necessidade de adequação da formação à função a ser desempenhada pelo profissional o que requer a “análise de funções” de cada categoria ocupacional. Trata-se de observar como os indivíduos realizam as suas atividades na prática, identificando o que se espera deles e com que situações eles terão que lidar no cotidiano, o que subsidia o estabelecimento do conjunto de “objetivos situacionais”, sendo que a cada situação corresponde um comportamento esperado do profissional. Para o autor é assim que “... os objetivos situacionais transformam-se em objetivos de comportamento [...] que orientam o planejamento educacional” (CHAVES, 1980, p. 135).

Especificamente com relação ao planejamento educacional, Chaves afirma que este é de responsabilidade do subsistema educacional (sistema de formação de pessoal para a saúde⁴⁸) e contempla a análise conjunta dos fluxos de alunos, insumos e recursos financeiros, conforme explicita na Figura 6. Segundo este diagrama, os alunos ingressantes são a matéria prima, o *input* do sistema educacional e deverão passar por um processo educacional que resultará na transformação de certo modo de agir (comportamento inicial) num outro modo, tal qual determinado pelo sistema de saúde (comportamento terminal). A finalidade do sistema educacional é, portanto, a de fornecer um profissional graduado (produto) segundo as informações e especificações geradas pelo sistema primário (sistema de saúde). O controle de

⁴⁸ Segundo Chaves (1980, p. 136): “O sistema formal de preparação de pessoal para a saúde é um agregado de todas as instituições, universitárias ou não, que preparam pessoal de saúde”.

qualidade e o acompanhamento de metas de produção permitem analisar o desempenho do subsistema quanto ao atendimento das qualificações esperadas e na quantidade demandada⁴⁹.

Figura 6 – Modelo funcional de um sistema educacional para uma profissão da saúde



Fonte: Chaves, 1980, p. 134

De acordo com Chaves (1980, p. 145): “O processo educacional envolve um fluxo de estudantes expostos a uma sequência programada de experiências didáticas que consomem insumos, combinados de acordo com certa tecnologia (pedagogia)”. Os insumos podem ser classificados em materiais e humanos. Os primeiros incluem os livros, instrumentos e materiais audiovisuais enquanto os últimos são constituídos pelos docentes, sendo que “... diferentes misturas de insumos podem significar maior eficácia no processo educacional (melhores resultados) ou maior eficiência (menos custos)”.

Em síntese, a abordagem sistêmica elaborada por Chaves caracteriza-se pela tentativa de racionalização das relações entre o sistema de saúde e o aparelho formador. Nesse sentido, o modelo teórico adotado propõe que:

O planejamento do processo educacional é feito com base na informação de produto, expressa em termos de objetivos de comportamento terminal. Estes são desagregados em objetivos intermediários, dispostos sequencialmente em um currículo. Para atingi-lo é feita uma alocação de insumos de acordo com a tecnologia escolhida. A avaliação da instituição é feita com base na avaliação do produto

⁴⁹ “Dentro de um conceito sistêmico, não é possível aceitar um currículo médico, odontológico, feito internamente, dentro do aparelho formador, com base na ideia construída pelos professores do que o profissional deve ser. Tal currículo ideal deve ser substituído por um currículo real, apoiado na realidade do sistema de saúde, do qual o sistema educacional faz parte, e expresso em termos de objetivos de comportamento” (Chaves, 1980, p. 136).

(controle de qualidade) e da eficiência do processo (análise dos vários fluxos e análise de custos) (CHAVES, 1980, p. 146).

Como se pode perceber, esse enfoque caracteriza-se por uma visão mecanicista das relações entre as partes integrantes do “sistema”, visto como dotado de uma racionalidade intrínseca que se expressa em uma teleologia apriorística, como se a integração entre os diversos elementos obedecesse a um propósito comum, no caso o equilíbrio entre a formação e a utilização de profissionais de saúde.

Educação de profissionais de saúde para o século 21: a iniciativa de Júlio Frenk

No relatório da Comissão sobre a Educação de Profissionais de Saúde para o Século 21, Júlio Frenk e colaboradores reproduzem a perspectiva teórica inaugurada pelo estudo de Chaves, acrescentando ao conjunto de elementos que compõem seu modelo teórico, a “população”, entendida enquanto referente primeiro de onde surgem as “necessidades de saúde”, as quais, uma vez assimiladas pelo “sistema de saúde”, contribuem para a definição das “demandas” (em número e tipo) por profissionais de saúde, demandas estas que se apresentam ao “sistema educacional”, influenciando nas respostas que estas oferecem aos “sinais gerados no mercado de trabalho” (FRENK et al., 2010).

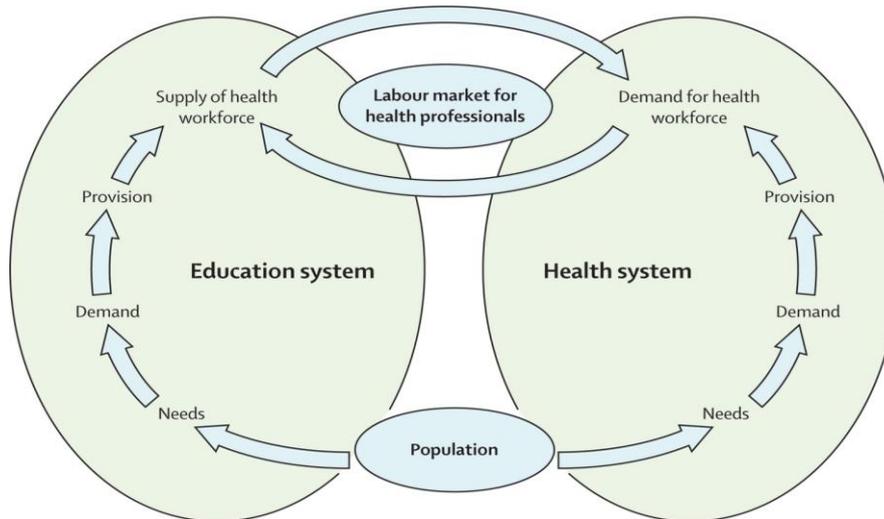
Objetivando “... compreender as interações complexas entre dois sistemas: educação e saúde”, Frenk e cols. propuseram um quadro de referência (Figura 7) no qual sintetizam sua proposta explicitando que, “em contraste com outros referenciais, em que a população é um dado exógeno aos sistemas de saúde e de educação, o nosso concebe a população como a base e o controlador destes sistemas”. Nesse sentido, chamam a atenção para que as “pessoas geram necessidades tanto em educação quanto em saúde, o que, pode ser traduzido em demanda por serviços educacionais e de saúde”. A provisão de serviços educacionais funciona, assim, para o fornecimento de uma força de trabalho educada a atender a demanda de profissionais para atuar no sistema de saúde (FRENK et al., 2010, p. 1927).

A respeito das relações entre os sistemas de educação e de saúde⁵⁰ considera que “em circunstâncias “*ideais*”, há um equilíbrio entre as necessidades da população, a demanda do sistema de saúde para os profissionais e o fornecimento dos mesmos pelo sistema

⁵⁰ Para os autores: “Há dois momentos cruciais no quadro. O primeiro é o mercado de trabalho, que regula o ajuste ou desajuste entre a oferta e a procura de profissionais de saúde, e a segunda é a fraca capacidade de muitas populações, especialmente os pobres, para traduzir as suas necessidades educacionais e de saúde em demanda efetiva para os respectivos serviços” (FRENK et al., 2010, p. 1928).

educacional. Nessa situação “*ideal*”, as instituições educacionais determinam quantos e que tipo de profissionais serão produzidos, em resposta a sinais do mercado de trabalho gerados por instituições de saúde, e estes sinais devem responder corretamente às necessidades da população (FRENK et al., 2010, p. 1928) [grifos nossos].

Figura 7 – Abordagem sistêmica para educação de profissionais de saúde



Fonte: FRENK et al., 2010

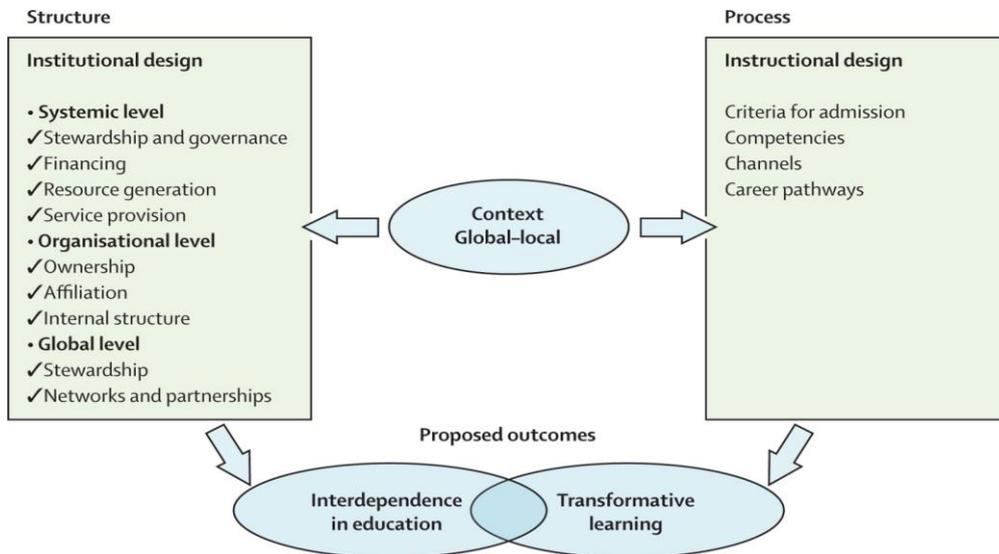
Percebe-se que a relação entre os elementos que compõem o modelo traduz um esforço de correlação entre variáveis mediadas por uma racionalidade aparentemente insofismável. No entanto, cabe problematizar essa lógica atribuída a uma realidade complexa que dificilmente corresponde ao modelo proposto. Apesar do avanço que significa incorporar a “população” ao modelo, é necessário problematizar o uso genérico do termo “necessidades de saúde”, tema já abordado por vários autores, a exemplo de Paim e Almeida Filho (2014), que fundamentados na “Teoria das necessidades sociais” de Agnes Heller, analisam as diferenças e as relações entre “necessidades de saúde”, “necessidades de serviços de saúde”, apontando a possibilidade de se identificar as chamadas “necessidades radicais⁵¹”.

A respeito do sistema educacional propriamente dito, o modelo teórico proposto (Figura 8) identifica três elementos-chave: “desenho institucional” (que especifica a estrutura e as funções do sistema de ensino), “desenho instrucional” (que incide sobre os processos), e os

⁵¹ Segundo os autores, trata-se das necessidades relacionadas com a superação do processo de alienação e exploração a que estão submetidos os indivíduos no processo de produção e reprodução das sociedades capitalistas. Aplicadas à compreensão das necessidades de saúde, tal noção permite a análise do processo de medicalização que caracteriza a expansão dos sistemas de saúde nas sociedades contemporâneas, apontando a possibilidade de crítica à mercantilização das ações e serviços e, portanto, ao entendimento da saúde como “qualidade de vida” e não apenas como consumo de serviços de saúde (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2014, p. 34-36).

“resultados educacionais” (que lidam com os resultados desejados)” (FRENK et al., 2010, p. 1929).

Figura 8 – Elementos-chave do sistema educacional



Fonte: FRENK et al., 2010

O “desenho institucional” envolve três níveis: sistêmico, organizacional e global, enquanto o “desenho instrucional” considera quatro dimensões (FRENK et al., 2010, p. 1930):

“... (1) critérios de admissão [...], (2) competências, tal como definidas no processo de concepção de currículo; (3) canais de instrução, [...] conjunto de métodos didáticos, tecnologias de ensino e meios de comunicação, e (4) percursos profissionais, que são as opções que os graduados têm na conclusão de seus estudos profissionais”.

Os autores propõem que os “resultados esperados” das melhorias introduzidas no “desenho instrucional” e das reformas no “desenho institucional” dos sistemas educacionais de profissionais de saúde, são, respectivamente, a “aprendizagem transformadora” e a “interdependência na educação” (FRENK et al., 2010). A noção de “aprendizagem transformadora⁵²”, segundo os autores, deriva dos trabalhos de Paulo Freire⁵³ e Jack Mezirow envolvendo três mudanças fundamentais:

da memorização de fatos para o raciocínio crítico que pode orientar a capacidade de pesquisar, analisar, avaliar e sintetizar informações para tomada de decisão; da busca

⁵² “A aprendizagem informativa diz respeito à aquisição de conhecimentos e habilidades; o seu objetivo é produzir especialistas. A aprendizagem formativa é sobre socializar os alunos em torno de valores; o seu objetivo é produzir profissionais. A aprendizagem transformadora é sobre o desenvolvimento de atributos de liderança; o seu objetivo é a produção de agentes de mudança iluminados” (FRENK et al., 2010, p. 1952).

⁵³ Frenk e cols referem explicitamente a “Pedagogia do oprimido” de Paulo Freire (1970) como inspiração para a elaboração dessa proposta.

de credenciais profissionais para o alcance de competências básicas para o trabalho em equipe eficaz em sistemas de saúde, e da adoção acrítica de modelos educacionais para adaptação criativa de recursos globais para lidar com as prioridades locais (FRENK et al., 2010, p. 1952).

A “interdependência na educação”, por sua vez, pode ser definida como:

... um elemento chave para uma abordagem sistêmica porque ressalta as formas em que vários componentes interagem uns com os outros, sem pressupor que eles são iguais. Como um resultado *desejável*, a interdependência na educação também envolve três mudanças: do isolamento para sistemas de saúde e educação harmonizados; de instituições independentes para redes, alianças, e consórcios em todo o mundo; e de ativos institucionais auto-controlados de auto-gerados para o aproveitamento de fluxos globais de conteúdo educacional, recursos pedagógicos e inovações (FRENK et al., 2010, p. 1952). (grifos nossos)

Em que pese o esforço dos autores em elaborar um modelo que contribua para a compreensão dos múltiplos processos envolvidos na organização dos sistemas de saúde, na dinâmica do mercado de trabalho no setor e suas influências no sistema educacional, o texto é permeado por trechos que denotam certa visão acrítica e, fundamentalmente, um viés fortemente normativo, ou seja, uma intencionalidade que transparece no uso de expressões contaminadas pelo “deve ser”, afastando-se da possibilidade de analisar “o que é”, “como é” e “como tende a ser”, ainda que em alguns momentos os autores reconheçam as “imperfeições” do sistema, apontando certos “desequilíbrios”.

Mudanças na educação médica: a perspectiva de Marcio Almeida

Em sua tese de doutorado defendida na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em 1997, intitulada: “Educação Médica e Saúde: limites e possibilidades das propostas de mudança”, Márcio Almeida concebe um modelo teórico com o objetivo de analisar o grau de profundidade das mudanças na formação médica implementadas no início dos anos 90, (ALMEIDA, 1997). Com isso, pretende “superar a visão instrumental acerca dos recursos humanos” presente em parte da literatura da área, enfatizando que estes são os “sujeitos” do “processo produtivo em saúde” (ALMEIDA, 1997, p. 7). Trata-se de uma posição crítica tanto com relação ao enfoque predominante na área de Administração e Economia, que identifica os “recursos humanos”, como um componente de um sistema ou um mero fator de produção, quanto se distancia da vertente estruturalista do marxismo, incorporada nos estudos sobre Educação Médica realizados na década de 70 e 80. Isto se revela principalmente pelo viés determinista presente nessa perspectiva, como se pode perceber no trecho a seguir (ALMEIDA, 1997, p. 5): “Persiste em muitas áreas, especialmente nas relacionadas ao planejamento e organização dos serviços de saúde, um pensamento

determinístico que atribui ao mercado de trabalho a prerrogativa de traçar os perfis profissionais e ditar as normas da formação”.

Ao assumir a concepção de que os “RHS” devem ser vistos como “sujeitos”, Almeida (1997) tenta resgatar a “possibilidade de renovação das perspectivas de análise na área de saúde coletiva”, apoiando-se na observação de CAMPOS (1994), para quem a visão predominante nas décadas de 70 e 80 “... constantemente se esquecia [...] que, se por um lado as coisas ou as estruturas determinam a vida das pessoas, por outro lado são estas mesmas pessoas que constroem as coisas, as normas, os valores e as estruturas” (ALMEIDA, 1997, p. 8).

Admitindo, portanto, “... as classes sociais como suporte das estruturas e os sujeitos sociais como suporte das práticas” (PAIM, 1997), Almeida resgata, ao lado da noção de sujeito, o conceito de trabalho⁵⁴, considerado como “... elemento primordial das práticas e, conseqüentemente, de qualquer processo de *mudança*” (ALMEIDA, 1997, p. 7), enfatizando que a incorporação dessa lógica repercute diretamente sobre a formulação, identificação e análise das propostas de mudança nas práticas de saúde e no processo de formação de pessoal. Nessa perspectiva, Almeida (1997, p. 17) define como mudança: “... as alterações nos processos, nas relações e nos conteúdos da educação médica”, sugerindo a possibilidade de a mudança acontecer em “planos de profundidade”, atinentes a cada uma dessas dimensões, o que permite aos sujeitos envolvidos analisar e/ou intervir no processo.

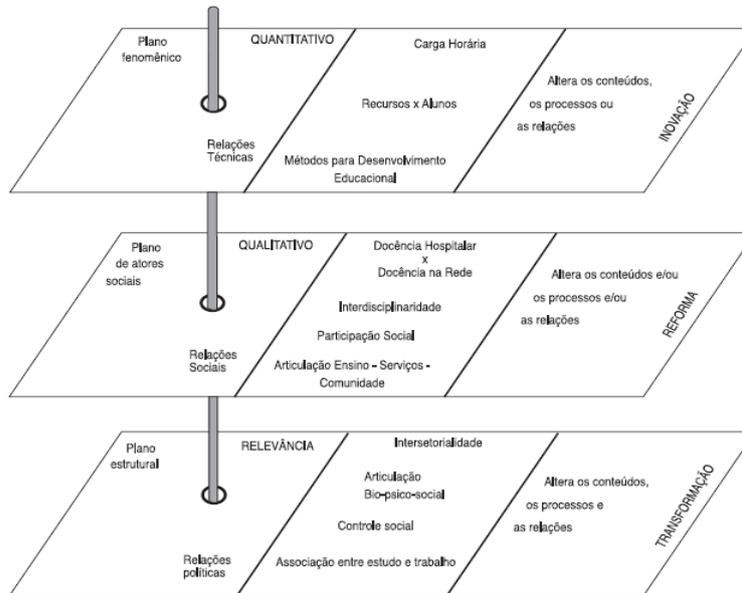
Com base nesse referencial, o autor elabora e apresenta um modelo teórico que contempla três “planos de profundidade das mudanças” possíveis na Educação Médica, propondo, inclusive, uma tipologia que pode variar desde a introdução de uma simples “inovação”, implicar na realização de uma “reforma” ou mesmo atingir uma “transformação” da Educação Médica. Conforme esquematizado na figura 9, a construção do objeto-modelo adota a noção de “planos”, tal como proposta por Carlos Matus⁵⁵ (1993) em sua “teoria da

⁵⁴ Embora aponte a importância deste conceito apoiando-se na recomendação de Paim (1994), o Autor não faz referência explícita a autores que adotaram uma perspectiva marxista na análise da especificidade do processo de trabalho em saúde, a exemplo de Roberto Passos Nogueira (1977), Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1979), bem como não cita os estudos de Lilia Blima Schraiber (1980) que, trabalhando nessa perspectiva, analisou a Educação Médica, talvez porque estes autores ainda se vinculavam a uma corrente estruturalista do marxismo, em voga nos anos 70 e 80. Mais adiante, entretanto, Almeida incorpora em sua revisão teórica, os trabalhos de GARCIA (1972) e de AROUCA (1975), autores filiados ao enfoque marxista, o primeiro aplicando o conceito de “processo de produção” ao ensino médico, como vimos anteriormente e o segundo analisando as relações entre a organização social da prática médica e os movimentos de reforma do ensino médico, especialmente a Medicina Preventiva.

⁵⁵ Trata-se de Carlos Matus, economista chileno, autor de uma concepção original na área de planejamento, denominada de Planejamento Estratégico Situacional (PES), fundamentada em uma perspectiva epistemológica que contesta a visão positivista e economicista predominante nesta área e propõe que o processo de planejamento

produção social”, permitindo identificar, ao menos, três deles, quais sejam, o “plano fenomênico”, o “plano fenoestrutural” e o “plano genoestrutural”.

Figura 9: Planos de profundidade das mudanças



Fonte: ALMEIDA, 1997, p. 18.

O primeiro plano, o “fenomênico”, que também pode ser denominado como “funcional ou dos fluxos”, é o que dá lugar a mudanças superficiais, isoladas e parciais nos componentes do processo de ensino (atividades, metodologia e meios) e nas relações técnicas entre os agentes de ensino. Segundo Almeida (1997, p. 20): “As intervenções⁵⁶ que se enquadram neste plano de profundidade de mudança resultam em alterações isoladas de processos, ou de conteúdos ou de relações, com maior ênfase nas alterações de processos”.

No “plano dos sujeitos e atores sociais” ou plano feno-estrutural são enquadradas as alterações mais abrangentes do processo de produção de sujeitos (profissionais médicos) que compreendem elementos centrais do processo e algum grau de reinterpretação das bases conceituais da educação tradicional. Nesse plano, predominam modificações nas relações sociais “... estabelecendo novos critérios de convivência entre os sujeitos e/ou atores envolvidos, incluindo entre estes os pacientes ou a comunidade”. Neste plano, as mudanças

e gestão das políticas públicas seja pensado dentro de uma lógica do “jogo social”, cujos fundamentos teóricos centrais são a complexidade, a indeterminação e a incerteza. (FORTIS, 2010).

⁵⁶ Em geral, as inovações se concentram na criação/extinção de disciplinas ou componentes curriculares, alterações de carga horária e de conteúdo, mudanças na metodologia de ensino, nos recursos materiais ou instrumentos utilizados.

fomentam, por exemplo, a articulação ensino-serviços-comunidade, a participação social e a interdisciplinaridade (ALMEIDA, 1997, p. 20).

No “*plano estrutural*” ou plano genoestrutural se destacam as mudanças que englobam “... a essência do próprio processo de produção do conhecimento, a construção dos novos paradigmas e os determinantes histórico-sociais”. Aqui, apesar de haver modificações nas relações técnicas e sociais, adquirem maior relevância as mudanças nas relações políticas entre sujeitos e atores sociais. As transformações, portanto, resultam da atuação simultânea sobre os conteúdos, processos e relações de ensino, de modo que o processo educativo passa a privilegiar a intersetorialidade, a articulação bio-psico-social, o controle social e a associação estudo-trabalho (ALMEIDA, 1997, p. 21).

Na dimensão vertical do modelo, Almeida recupera os elementos utilizados por Juan César Garcia (1972), configurando uma visão espacial modernizada dos mesmos componentes utilizados para elaborar o marco de referencia do “Processo de produção de médicos”, quais sejam, as “relações de ensino” e o “processo de ensino”, agregando um terceiro conjunto “localizado à direita, que contém os resultados passíveis de serem analisados e/ou obtidos em cada um dos planos, e que caracterizam as inovações, reformas ou transformações da educação médica”. (ALMEIDA, 1997, p. 19).

ANÁLISE CRÍTICA DOS MODELOS TEÓRICOS SOBRE FSS

A exposição sucinta dos elementos que compõem cada um dos modelos teóricos propostos pelos autores selecionados para o estudo da FSS, estimula a realização de uma análise comparativa dos modelos, bem como induz a uma reflexão acerca dos limites e possibilidades de utilização deles em estudos que ultrapassem as intenções originais dos autores.

Uma primeira observação acerca do conjunto dos modelos estudados, diz respeito à diversidade de matrizes teóricas nas quais se fundamentam, efeito das escolhas realizadas pelos autores, em função, provavelmente, da afinidade teórica e quiçá da inserção na conjuntura intelectual da época e da instituição onde trabalhavam. Nesse sentido, cabe ressaltar a filiação de Juan Cesar Garcia e Jorge Andrade a uma tradição teórica em ciências sociais⁵⁷ vinculada ao pensamento marxista, tradição esta que valoriza a análise das

⁵⁷ Para uma revisão das distintas tradições teóricas em Ciências sociais ver Collins R. (2009). Segundo o autor, pode-se identificar a existência de quatro vertentes na produção intelectual nesta área, quais sejam: a tradição do conflito, onde se situam autores do calibre de Karl Marx e Max Weber; a tradição Durkheimiana (Durkheim,

contradições, dos conflitos, das lutas entre classes sociais com interesses distintos, entendida como motor das transformações na estrutura econômica, política e cultural das sociedades históricas. Já Mario Chaves e Julio Frenk podem ser identificados como pesquisadores filiados à tradição sociológica inaugurada com os estudos de Emile Durkheim, fundador da Sociologia, pesquisador interessado em sistematizar as “leis” que regem a organização da vida social. Nessa vertente, Collins (2009:158) inclui Talcott Parsons, pesquisador norte-americano filiado à vertente estrutural funcionalista, cujos estudos sobre o “sistema social” estão na base das propostas elaboradas por Mario Chaves (1980) e desenvolvidas, posteriormente, pela equipe liderada por Julio Frenk (FRENK et al., 2010).

Como se pode perceber, estes autores situam-se em perspectivas teóricas distintas e mesmo opostas, na medida em que o pensamento marxista, mesmo em sua vertente estruturalista, trabalha com a noção de conflito, de luta de classes, com a noção de revolução, enquanto o pensamento funcionalista trabalha com a noção de consenso, com a busca do equilíbrio, com a manutenção da ordem social.

Essa pluralidade teórica que observamos nos estudos sobre FSS faz parte da diversidade de abordagens das Ciências Sociais que vem sendo incorporadas aos estudos na área de Saúde desde os anos 60 do século passado, Especificamente no campo da Saúde Coletiva (CANESQUI, 2010; CASTELLANOS, LOYOLA e IRIART, 2014), alguns autores apontam como vem se dando a incorporação de conceitos e métodos provindos da Economia política, Sociologia, Antropologia, Psicologia social e Etnometodologia, em estudos na área de Epidemiologia, Políticas de Saúde, Planejamento e Gestão, Organização e Avaliação de sistemas de saúde, e, obviamente, nos estudos sobre “Recursos Humanos em Saúde”.

Cabe ressaltar que o estudo de Marcio Almeida traz a pluralidade teórica característica do campo (ALMEIDA FILHO e PAIM, 2014) para o interior do processo de construção do seu modelo teórico. De fato, mapeando os autores citados por Almeida no capítulo dedicado às “Bases teórico-metodológicas” (ALMEIDA, 1997, p.7-27) encontramos um conjunto heterogêneo de pesquisadores latino-americanos e brasileiros cuja produção na área de Medicina Social/Saúde Coletiva é devedora da influência de vários autores das Ciências Sociais, dedicados a estudos sobre Práticas/Processo de trabalho, Sujeito/Ator social, e processos de mudança (parcial) e transformação (totalidade) social. Não obstante, o autor conduz sua revisão à construção de um modelo que busca articular, com base na adoção da

Parsons), a tradição racional-utilitarista (John Rawls e James Coleman) e a microinteracionista (George Herbert Mead, Alfred Schutz, Harold Garfinkel).

perspectiva situacional de Carlos Matus⁵⁸, a perspectiva fenomenológica à perspectiva histórico-estrutural, ambas presentes e incorporadas ao modelo de análise do “Plano de profundidade das mudanças na Educação Médica”.

Em síntese, a diversidade teórica dos autores estudados se reflete na pluralidade dos conceitos e noções utilizados na construção dos seus modelos, como se observa no Quadro 1, que, utilizando as categorias de Mario Bunge (2008), apresenta os objetos-modelo definidos por cada autor e os conceitos-chave que estruturam o modelo teórico construído.

Quadro 1 – Síntese dos modelos teóricos analisados

Autor / Fonte consultada	Objeto-modelo	Modelo teórico (conceitos-chave)
Juan César Garcia (GARCIA, 1972; 1989)	Processo de produção de médicos	Modo de produção de médicos (estrutura socioeconômica); Processo de ensino (atividades, meios e objeto de ensino); Relações de ensino (agentes - meios e agentes entre si); Ordem institucional da educação médica (sistema de governo, estrutura administrativa, articulação com ensino secundário)
Jorge Andrade (ANDRADE, 1979)	Marco conceitual da educação e da prática médica	Marco conceitual da educação médica Estrutura socioeconômica => Estrutura da prática médica Relações internas do processo de produção de médicos => currículo Ideologia profissional Influência internacional
Mário Chaves (CHAVES, 1980)	Sistema educacional de profissões de saúde	Aparelho utilizador /Aparelho formador Análise dos fluxos (estoque atual e estoque futuro) Análises de funções: objetivos situacionais e objetivos de comportamento Fluxo de alunos (controle de qualidade, metas de produção) Fluxo de insumos (materiais e humanos) Fluxo de recursos financeiros
Júlio Frenk (FRENK et al., 2010)	Educação de profissionais de saúde	População (necessidades, demandas, oferta de ss) Sistema de Saúde; Mercado de trabalho dos profissionais de saúde (oferta – procura) Sistema educacional (Desenho institucional, desenho instrucional e resultados educacionais) Aprendizagem transformadora/Interdependência educacional
Márcio Almeida (Almeida, 1997)	Propostas de mudança na educação médica	Estrutura e sujeito Sujeito social (poder, participação, conflito e cooperação) Processo de produção de serviços de saúde/ Processo de trabalho em saúde Processo de formação de médicos Planos de profundidade de mudança da Educação Médica (inovação, reforma, transformação)

⁵⁸ Para uma análise crítica da contribuição de Carlos Matus ao planejamento em saúde, ver Mattos (2010). Uma reflexão acerca da “Epistemologia situacional de Matus”, encontra-se em Fortis (2010), já citado.

Pode-se constatar que as propostas de Garcia, Andrade e Almeida tem em comum o ponto de partida para a elaboração teórica, qual seja a delimitação da “Educação Médica” como referente empírico, embora ao longo de seus trabalhos, perceba-se que cada um deles enfatizou ângulos distintos, de acordo com as características dos seus “objetos-modelo”. Chaves e Frenk, por sua vez, elaboraram propostas mais abrangentes, buscando dar conta da totalidade do “sistema educacional” em saúde, que abarca o conjunto das instituições, cursos e processos envolvidos na formação de pessoal de nível superior, ou seja, a Educação Médica, a formação em Enfermagem, Odontologia, Nutrição, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, enfim, o conjunto das profissões de saúde, que no Brasil, somam, atualmente, quatorze categorias oficialmente reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1998).

Buscando discutir as características dos modelos descritos à luz da classificação das teorias proposta por Bunge (2008), tentamos identificar a maior ou menor aproximação de cada um dos modelos à noção de “*teoria fenomenológica*” ou “*teoria representacional*”. Levando em conta a definição de cada tipo de teoria proposta, é possível caracterizar os modelos elaborados por Garcia (1972) e por Andrade (1979), como mais próximos de uma “teoria representacional”, na medida em que, além de buscar descrever os elementos que compõem o “processo de produção de médicos”, busca inserir no modelo os elementos que podem explicar a forma como este processo se desenvolve em cada Escola de Medicina e em cada sociedade singular. Usando a metáfora de Bunge (2008), trata-se de um modelo que se apresenta como uma “caixa translúcida”, que permite ao pesquisador desvendar a constituição e a estrutura dos processos que pretende representar.

Já os modelos apresentados por Chaves (1980) e por Júlio Frenk (FRENK et al., 2010), se aproximam do que Bunge considera “teoria fenomenológica”, em sua metáfora, “caixa preta”, pois “... enfocam o comportamento do sistema, fornecem apenas explicações superficiais no sentido de que não proporcionam interpretações em termos de eventos e processos dentro do sistema envolvido” (BUNGE, 2008, p. 72). De fato, ao construir um modelo do “sistema educacional das profissões de saúde”, os autores trabalham em um nível bastante geral, não se ocupando em detalhar os processos que se passam ao interior de cada instituição que compõe o sistema, privilegiando a idealização do funcionamento deste, inclusive na relação com o “sistema de saúde”, visto por Chaves como “aparelho utilizador” dos produtos do “subsistema educacional”.

Essa classificação não exclui a possibilidade de que os modelos analisados tenham em si elementos característicos de ambas as teorias (representacionais e fenomenológicas), como, aliás, chama a atenção o próprio Bunge (2008), quando se exige de “condenar” um tipo de

modelo ou outro, apontando que, “as teorias de caixa-negra não excluem as interpretações”, assim como as teorias de caixa “translúcidas” podem ser articuladas a modelos mais abrangentes. Isso nos parece, inclusive, constituir a tentativa de Marcio Almeida, que, partindo da representação dos processos internos à Educação Médica, introduz o conceito de “planos de profundidade das mudanças”. A perspectiva dos planos de mudanças incorpora elementos mais gerais que seguramente não afetam apenas o comportamento do seu “objeto-modelo”, ou seja, a Educação Médica, e podem fazer parte de um modelo capaz de dar conta da dinâmica do sistema educacional das profissões de saúde como um todo.

COMENTÁRIOS FINAIS

A análise crítica dos modelos teóricos selecionados induz a uma reflexão final acerca da possibilidade de utilização desses modelos na análise concreta de processos de formação de pessoal em saúde bem como na análise da política e dos sistemas de educação superior na área. De fato, ainda que tenham sido elaborados tendo em vista a análise da Educação Médica, o modelo proposto por Garcia (1972) e Andrade (1979) pode ser adaptado para o estudo de quaisquer processos de formação profissional em saúde, a exemplo de Enfermagem, Odontologia, Farmácia, etc. na medida em que o modelo contempla a sistematização de elementos comuns a todo e qualquer processo educacional. A título de exemplo dessa possibilidade é possível citar o trabalho de Mota (2014), em elaboração, que utiliza este modelo como referencial para o estudo da trajetória dos estudantes da primeira turma do BI Saúde na UFBA.

Do mesmo modo, é possível admitir a possibilidade de adaptação do modelo proposto por Almeida para análise do “plano de profundidade das mudanças na Educação Médica”, para o estudo de processos de mudança em outros cursos profissionalizantes da área, principalmente levando-se em conta a tendência atual de multiplicação de iniciativas de reforma curricular em função da implementação das DCN, como assinalado anteriormente. Na revisão de literatura que efetuamos na área (ROCHA, 2014), não encontramos artigos na base SciELO que tenham seguido essa vertente, porém, é possível que um estudo bibliográfico que abarque a análise das dissertações e teses elaboradas nesta área revele, ao menos a referência a estes modelos como parte da reflexão dos pesquisadores do tema.

Sobre a utilização dos modelos propostos por Chaves e Frenk, é possível aventar a hipótese de que também existam estudos que façam referência a estes autores, cabendo destacar que a modelagem abrangente proposta pode subsidiar investigações que tratem de

identificar tendências e construir cenários para a formação superior em saúde, tanto em termos da organização do “sistema educacional”, quanto em termos das relações entre a “oferta” e “demanda” profissionais formados, em função das características e tendências do mercado de trabalho e da organização dos sistemas de serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA MJ. **Educação médica e saúde: limites e possibilidades de mudança**. São Paulo: Universidade de São Paulo. 1997. 316 p. [Tese de doutorado].

ALMEIDA FILHO N. **Universidade Nova: textos críticos e esperançosos**. Brasília - DF: Editora Universidade de Brasília; Salvador: Edufba, 2007.

ALMEIDA-FILHO N. Higher education and health care in Brazil. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1898-900. 2011.

ALMEIDA FILHO N, COUTINHO D. Nova arquitetura curricular na universidade Brasileira. **Ciência & Cultura [on line]**, v. 63, n. 1, p. 4-5, 2011. Disponível em: <<http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v63n1/a02v63n1.pdf>>. Acesso em: 24 dez. 2013.

ALMEIDA FILHO N. Regime de ciclos de formação: lacuna brasileira. In: Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina e Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (orgs.). **A Saúde no Brasil em 2021: reflexões sobre os desafios da próxima década**. São Paulo: Cultura acadêmica, 2012.

ANDRADE J. La estrategia educacional en el plan de estudios. **Educ. Med. Salud**, v.5, n. 2, p. 151-164, 1971.

ANDRADE J. **Marco conceptual de la educación médica en la America Latina**. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1979. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n 28). 93 p.

AROUCA AS. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Campinas, 1975. [Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas].

AROUCA AS. **O Dilema Preventivista**. São Paulo: EdUnesp, 2003.

BAHIA L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1385-1397, 2008a.

BAHIA L. A démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008. In: MATTÁ GC, LIMA JCF, (orgs.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde, contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008b. p. 123-85.

BRASIL. A investigação sobre recursos humanos em saúde: relatório de seminário. Brasília: Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, 1993. 49 p.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 287, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos**. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 409 p.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Haddad, AE et al. (org.) **Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde: 1991 a 2004**. Brasília: Ministério da Educação, 2006b. 513 p.

BUNGE M. **Teoria e realidade**. São Paulo: Perspectiva, 2008. [1974].

CAMPOS FE, AGUIAR RAT, BELISARIO AS. A formação superior dos profissionais de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al. (orgs.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 1011 -1034.

CAMPOS GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO LC (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, p. 29-87, 1994.

CANESQUI AM. Temas e abordagens das ciências sociais e humanas em saúde na produção acadêmica de 1997 a 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 1955-1966, 2010.

CASTELLANOS M, LOYOLA MA, IRIART JAB. Ciências sociais em saúde coletiva. In: Paim JS e Almeida-Filho N (org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1 ed. – Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 567 – 584.

CHAVES MM. **Saúde e Sistemas**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1980. 3 ed. [1972].

COLLINS R. **Quatro tradições sociológicas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 277 p.

DELACAMPAGNE C. **História da filosofia no século XX**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997. 308 p.

DIAS HS, DIAS de LIMA L, Teixeira M. A trajetória da política nacional de formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p.1613-1624, 2013.

DONNANGELO MCF. **Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1975.

DONNANGELO MCF, Pereira L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FANUCK, L. C. O Estado, os serviços públicos e a administração de pessoal. **Cad. Saúde Pública [online]**, vol.2, n.4, pp. 440-448. 1986.

FERNANDES F (organizador). **K. Marx e F. Engels: história**. São Paulo: Ática, 1983.

FORTIS MFA. Rumo à pós-modernidade em políticas públicas: a epistemologia situacional de Carlos Matus. **RAE-eletrônica**, v. 9, n. 2, Art. 13, jul/dez. 2010.

FRENK J, CHEN L, BHUTTA ZA, COHEN J, CRISP N, EVANS T, FINEBERG H, GARCIA P, KE Y, KELLEY P, KISTNASAMY B, MELEIS A, NAYLOR D, PABLOSMENDEZ A, REDDY S, SCRIMSHAW S, SEPULVEDA J, SERWADDA D, ZURAYK H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.

GARCIA JC. Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. **Educación Médica y Salud**, v. 5, n. 2 (abril-mayo-junio), 1971.

GARCIA JC. **La educación médica en la América Latina**. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica n° 255, 1972.

GARCIA JC. La educación médica y la estructura social. In: Garcia JC. **La educación médica en la América Latina**. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica n° 255, 1972b. p. 389 – 398.

GARCIA JC. Las ciencias sociales en medicina. In: Nunes ED (org.). **Juan César Garcia: pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1989. p. 51-67.

GONZÁLEZ AD, GARANHANI ML, BORTOLETTO MSS, ALMEIDA MJ, MELCHIOR R, NUNES E de FPA. Fenomenologia hiedeggeriana como referencial para estudos sobre formação em saúde. **Interface**, v.16, n.42, p.809-17, jul./set. 2012.

GUERRA DE MACEDO C. Recursos humanos para a saúde. **Rev. Adm. Pública. Rio de Janeiro**, v. 13, n. 4, p. 79-94, out./dez. 1979.

KLECZKOWSKI BM, ROEMER MI, WERF AVD. Sistemas Nacionales de Salud y su reorientación hacia la Salud para todos. Pautas para una política. **Cuadernos de Salud Pública**, OMS, 1984; n° 77, 134 p.

LAMPERT JB. **Tendências de mudanças na educação médica no Brasil**. Rio de Janeiro, 2002. [Tese de Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública].

MATTOS RA. (Re) visitando alguns elementos do enfoque situacional: um exame crítico de algumas das contribuições de Carlos Matus. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2327-2336, 2010.

MATUS C. **Política, planejamento e governo**. Brasília, 1993. 2 v. (Série IPEA, 143).

MENDES EV. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 176 p. Tomos I e II.

MENDES-GONÇALVES RB. **Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico**. São Paulo, 1979. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da USP]

MOTA, V de LV. A percepção dos graduandos em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde sobre a vivência no curso (2009 – 2011). Salvador: UFBA, 2014. [Dissertação de mestrado – Programa de Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade].

NOGUEIRA RP. **Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica**. Rio de Janeiro, 1977. [Dissertação de Mestrado – Instituto de Medicina Social da UERJ].

NOGUEIRA RP. Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de salud en las Américas. **Educación médica y salud**, v. 19, n. 1, 1985.

NORONHA JC, LIMA LD, MACHADO CV. O sistema Único de Saúde - SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al. (orgs.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 1011 -1034.

NUNES ED. **As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Nunes ED (org.). Brasília: OPAS, 1985.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Seminarios sobre la enseñanza de medicina preventiva**. Publicaciones científicas, n^o 28. 1957.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Seminarios sobre la enseñanza de la odontología**. Publicaciones científicas n^o 77. 1963.

PAIM JS. Estratégias para integração multidisciplinar e multiprofissional na prática de saúde. O âmbito da graduação. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 2, n.6, p. 37-47, 1993.

PAIM JS. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública: USP, 1994. 80 p.

PAIM JS. Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. **Divulgação em Saúde em Debate**, n.12, p. 19-23, 1996.

PAIM JS. Um Honoris Causa para a Saúde Coletiva. Pronunciamento feito durante a solenidade para outorga do título de Doutor Honoris Causa pela Universidade Estadual de Feira de Santana – Bahia, 8p. mimeo, 1997.

PAIM JS. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

PAIM JS, ALMEIDA FILHO N. Análise de situação de saúde: O que são necessidades e problemas de saúde? In: Paim JS e Almeida-Filho N (org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1 ed. – Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 29 - 39.

PAIM JS, ALMEIDA FILHO N. Reforma Sanitária Brasileira em perspectiva e o SUS. In: Paim JS e Almeida-Filho N (org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1 ed. – Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 203 – 209.

PIERANTONI, CR. **Graduações em saúde no Brasil: 2000 – 2010**. Rio de Janeiro: Cepesc: IMS/UERJ, 2012. 228 p.

PINTO IC de M, NUNES TCM, FAGUNDES T DE LQ, BELISÁRIO SA (orgs.). **Trabalho e Educação na Saúde: a produção técnico científica**. Rio de Janeiro : Abrasco, 2012. 448 p.

PINTO IC de M, ESPIRIDIANO MA, SILVA IV, SOARES CM, SANTOS L, FAGUNDES T de LQ, VIANA S, OLIVEIRA da SILVA V, OLIVEIRA dos ANJOS DS. Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990 – 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p.1525-1534, 2013.

PIRES-ALVES FA. **Cooperação interamericana em saúde na era do desenvolvimento: informação científica e tecnologias educacionais na formação de recursos humanos (1963-1983)**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, 2011.

ROCHA MND, LOPES WVL, MATOS CHW, TEIXEIRA CF. **Revisão bibliográfica sobre o ensino de graduação em saúde no Brasil (1974 – 2011)** Salvador: UFBA, 2013. [Relatório de pesquisa]

ROCHA MND. **Formação superior em saúde no Brasil: revisão da literatura sobre o ensino de graduação (1974-2011)**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2014. [Tese de doutorado].

RODRIGUEZ NETO E. **Integração Docente Assistencial em Saúde**. São Paulo, 1979. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da USP]

ROVERE MR. **Planificación estratégica de recursos humanos em salud**. Washington, D.C.: OPS; 1993. (serie de desarrollo de recursos humanos en salud). 232 p.

SAMAJA J. La reproducción social y las relaciones entre salud y condiciones de vida. In: Samaja J. **Epistemología de la Salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina**. Buenos Aires: Lugar, 2004. p. 45 – 138.

SANTOS BS. **Um discurso sobre as ciências**. Porto: Edições Afrontamento. 7ª edição, 1995. [1987].

SANTOS BS, ALMEIDA FILHO N. **A universidade no século XXI: para uma Universidade Nova**. Almedina. CES. Coimbra, Dezembro 2008. 184 p.

SCHRAIBER LB. **Contribuição ao estudo da educação médica**. São Paulo, 1980. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da USP]

SCHRAIBER LB, PEDUZZI M. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. **Educ Méd Salud**, v.27, n. 3, p. 295-313, 1993.

SILVA GR. Origens da Medicina Preventiva como disciplina do ensino médico. **Revista do Hospital das Clínicas (FMUSP)**, v. 28, p. 91-96, 1973.

SONIS A. Educación en ciencias de la salud y atención médica: análisis de su interrelación. **Educación Médica y Salud**, v. 10, n. 3, p. 233-253, 1976.

SOUZA AM DE A. A enfermagem: análise das principais pesquisas e seus problemas. In: Nunes ED. **As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Nunes ED (org.). Brasília: OPAS, 1985. p. 409 – 426.

SOUZA, JMP de. Recursos humanos em Saúde Pública. **Rev. Saúde Pública**, v.10, n. 3, p. 253-256, 1976.

TEIXEIRA CF, COELHO MTAD, ROCHA MND. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva (Impresso)**, v. 18, p. 1635-1646, 2013.

TESTA M. Enseñar medicina. In: Testa M. **Pensar em Salud**. Buenos Ares: Lugar Editorial, 2006. p. 49 – 84.

VERDERESE O, Garcia JC. La decisión de estudiar enfermería. **Educación médica y salud**, v. 8, n. 4, p. 390-407, 1974.

VIEIRA DA SILVA LM, PAIM JS, SCHRAIBER LB. O que é Saúde Coletiva? In: Paim JS e Almeida-Filho N (org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1 ed. – Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 3 – 12.

VILLARREAL R. Prólogo. In: Garcia JC. **La educación médica en la América Latina**. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 255, 1972.

APÊNDICE: DADOS BIOGRÁFICOS DOS AUTORES SELECIONADOS

Juan César Garcia⁵⁹

Juan César Garcia nasceu em Necochea, Argentina, em 7 de maio de 1932. Formado em medicina na Universidade Nacional de La Plata (UNLP) (Província de Buenos Aires, Argentina) e em sociologia pela Faculdade Latinoamericana de Ciências Sociais (FLACSO) em Santiago no Chile, liderou, a partir da segunda metade da década de 60, o movimento intelectual responsável pela incorporação das ciências sociais em saúde na América Latina. Com uma invejável capacidade de trabalho, conseguiu produzir não somente uma obra fundamental como também estimular a formação e acompanhar a consolidação de importantes núcleos de medicina social, a exemplo daqueles implantados na Faculdade Latinoamericana de Ciências Sociais no Chile, no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado da Guanabara, da Escola Nacional de Saúde Pública da Colômbia, nas Associações de Faculdades de Medicina da Bolívia, Equador, Perú e República Dominicana, do curso de Pós-Graduação de Medicina Social da Universidade Autônoma Metropolitana do México, dentre outros centros latino americanos.

Jorge Andrade⁶⁰

Jorge Andrade é formado em medicina pela Universidade Central da Venezuela em 1957, onde realizou curso de pós-graduação entre 1958 e 1960 e, posteriormente, em Ann Arbor, Michigan de 1960 a 1962. Em sua vida profissional se manteve ligado à prática médica integral e, fundamentalmente, ao desenvolvimento do componente conceitual e operativo da formação de recursos humanos para o setor saúde. Desde 1962 até 1976, ano do seu falecimento, seu trabalho foi multifacetado mantendo uma liderança nacional e internacional baseada no estudo, questionamento e elaboração de novas alternativas educacionais. Em seu país atuou como professor da Faculdade de Medicina da Universidade Central da Venezuela, como Diretor da própria faculdade. Na qualidade de assessor, colaborou com as Escolas de Medicina do Centro Experimental de Educação de Barquisimeto, Universidade do Oriente e Universidade de Mérida. No Ministério da Saúde e da Assistência Social, organizou e iniciou o trabalho da Divisão de Recursos Humanos. Na OPS/OMS, a partir de 1968, trabalhou no Departamento de Recursos Humanos e como responsável técnico da revista *Educación médica y salud*. Durante esta época participou das atividades de desenvolvimento institucional universitário e dos Departamentos de Recursos Humanos da Bolívia, Brasil, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Honduras, Jamaica e México.

Mário Chaves⁶¹

Mário Magalhães Chaves é formado em medicina e odontologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, da qual foi Docente Livre e pela qual recebeu o título de Doutor *Honoris Causa*. É professor honorário das Universidades de Antioquia na Colômbia e Cayetano Heredia no Perú. Fez cursos de mestrado em saúde pública na Universidade de Michigan e de pós-graduação em farmacologia na Universidade de Illinois. Ensinou em faculdades de

⁵⁹ Fontes: NUNES ED (Org.). **Juan César Garcia: pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1989. (Coleção pensamento social e saúde; 5) e GALEANO D, TROTTA L, SPINELLI H. Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 7, n. 3, p. 285-315, 2011.

⁶⁰ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Obituários: Dr. Jorge Andrade. **Educación Médica y Salud**, v. 10, n. 3, p. 321-322, 1976.

⁶¹ Texto reproduzido da “orelha” da 3ª edição do livro “Saúde e Sistemas”, publicado em 1980, pela Editora da Fundação Getúlio Vargas com o apoio da Fundação W. K. Kellogg.

medicina, odontologia e saúde pública. Como sanitarista trabalhou durante 2 anos na Fundação SESP e 12 anos na Organização Pan-Americana da Saúde e na Organização Mundial da Saúde, tendo ocupado postos em Washington, Rio de Janeiro, Buenos Aires e Genebra. Chefiou o Departamento de Administração de Saúde na antiga Escola Nacional de Saúde Pública, hoje Instituto Presidente Castello Branco. Na ocasião em que foi escrito o livro [Saúde e Sistemas] desempenhava o cargo de Diretor Adjunto da Associação Latino-Americana de Faculdades de Odontologia e da Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades de Medicina. No mesmo período atuava como um dos diretores de programa da Fundação W. K. Kellogg, sendo suas responsabilidades principalmente relacionadas com os interesses do programa da Fundação na América Latina.

Júlio Frenk⁶²

Julio José Frenk Mora nasceu na Cidade do México em 20 de dezembro de 1953. Ele recebeu seu diploma de medicina em 1979 pela Universidade Nacional Autônoma do México UNAM, e possui três graus avançados adicionais pela Universidade de Michigan: Mestrado em Saúde Pública (1981), Mestrado em Sociologia (1982), além de um doutorado conjunto em Organização da Atenção Médica e em Sociologia (1983). Sua carreira profissional começou em 1984, quando Frenk assumiu o cargo de Diretor Fundador do Centro de Pesquisa em Saúde Pública no Ministério da Saúde do México, um papel que ocupou até 1987. Em seguida, Frenk passou a servir como Diretor-Geral do Instituto Nacional de Saúde Pública do México (1987-1992). De 1995 a 1998 atuou como Vice-Presidente Executivo da Fundação Mexicana de Saúde, uma organização privada sem fins lucrativos, e Diretor do seu Centro de Saúde e da Economia. Em 1998, foi designado Diretor Executivo de Evidência e Informação para Políticas na Organização Mundial da Saúde (OMS), em Genebra. Após a eleição de Vicente Fox nas eleições presidenciais do México em 2000, Júlio Frenk foi nomeado Ministro da Saúde do México, cargo que ocupou até dezembro de 2006. Depois de seu serviço como Ministro da Saúde, Frenk foi servir como “Senior Fellow” do Programa de Saúde Global da Fundação Bill & Melinda Gates, onde aconselhou a Fundação sobre questões de saúde global e estratégias de intervenção. Desde janeiro de 2009, Dr. Julio Frenk é decano da Faculdade da Escola Harvard de Saúde Pública.

Márcio José de Almeida⁶³

Possui graduação em Medicina pela Universidade Estadual de Londrina (1973), mestrado em Medicina Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1979) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1997). Atualmente é pesquisador docente das Faculdades Pequeno Príncipe do Paraná. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Políticas e Gestão de Saúde e em Recursos Humanos em Saúde, atuando principalmente nos temas: de educação médica e de formação de profissionais de saúde.

⁶² Fontes: <http://www.hsph.harvard.edu/deans-office/julio-frenk-dean/>. Acesso em 02 de janeiro de 2014.
http://en.wikipedia.org/wiki/Julio_Frenk. Acesso em 02 de janeiro de 2014.

⁶³ Fonte: Currículo Lattes (<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=S37477>) acesso em 02 de janeiro de 2014.

Artigo 2

FORMAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE NO BRASIL: REVISÃO DA LITERATURA SOBRE O ENSINO DE GRADUAÇÃO (1974-2011)

FORMAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE NO BRASIL: REVISÃO DA LITERATURA SOBRE O ENSINO DE GRADUAÇÃO (1974-2011)⁶⁴

Marcelo Nunes Dourado Rocha⁶⁵

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo caracterizar a produção científica brasileira relacionada à temática da Formação Superior em Saúde (FSS), com ênfase nos trabalhos que tratam, especificamente, do ensino de graduação. A metodologia incluiu revisão bibliográfica utilizando 27 descritores para busca e seleção de artigos indexados na base de dados SciELO no período 1974 – 2011. Os 386 resumos selecionados foram submetidos à leitura sistemática buscando-se extrair informações relativas ao ano de publicação, tipo de estudo, tema abordado e periódico onde foi publicado. Foram estabelecidas quatro categorias para classificação dos trabalhos empíricos segundo áreas temáticas: Política de FSS; Histórico da FSS; Práticas Educativas; e Outros. A análise dos resultados indica um aumento significativo e uma tendência crescente do número de trabalhos publicados a partir de 2003, além da progressiva diversificação das áreas temáticas sendo que a ampla maioria dos estudos aborda questões relacionadas com as práticas educativas. Por fim, destaca-se a desigualdade na distribuição dos artigos segundo áreas de conhecimento, com predomínio para a enfermagem e medicina.

Palavras-chave: Formação de Recursos Humanos em Saúde, Educação Superior em Saúde, Ensino Superior em Saúde, Ensino de Graduação em Saúde

⁶⁴O estudo contou com apoio dos alunos Willy Vinícius Lacerda Lopes (Bolsita de Iniciação Científica PIBIC/CNPq/UFBA-2011/2012) e Cássio Hideaki Watanabe Matos (Aluno voluntário de Iniciação Científica 2012).

⁶⁵Doutorando do Programa de Pós-Graduação do ISC-UFBA. Professor Assistente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

ABSTRACT

This paper aims to characterize the Brazilian scientific production related to the topic of Higher Education in Health (HEH), with emphasis on works that deal specifically with undergraduate teaching. The methodology included a literature review using 27 key-words for search and selection of articles indexed in SciELO database in the period between 1974-2011. The 386 selected abstracts were submitted to systematic reading seeking to extract information concerning the year of publication, study type, topic and journal where it was published. Four categories were established for classifying the empirical studies in thematic areas: History of the HEH; HEH Policy; Educational Practices, and Others. The results indicates a significant increase and an increasing trend in the number of papers published since 2003, plus the progressive diversification of the thematic areas of which the vast majority of studies address issues related to educational practices. Finally, we found that there is imbalance in the distribution of articles according to areas of knowledge, with predominance of papers published in nursing and medicine.

Key-words: Training of Human Resources in Health, Higher Education in Health, Undergraduate in Health Education

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos quarenta anos, o Brasil vem passando por amplo e complexo processo de reforma do seu sistema de saúde com vistas à construção de um Sistema Único de Saúde (SUS), calcado nos princípios constitucionais da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social (BRASIL, 1988; PAIM, 2008; PAIM et al., 2011). Muito embora a reforma do sistema de serviços de saúde dependa da existência de profissionais qualificados e comprometidos com a garantia do direito à saúde dos cidadãos, os esforços e iniciativas desencadeados até o momento parecem insuficientes para modificar o modelo de formação ainda prevalente nos atuais cursos de graduação em saúde.

Com efeito, em que pese os esforços realizados na implementação de reformas curriculares em vários cursos da área, esta reconfiguração, entretanto, não tem sido acompanhada de mudanças qualitativas nos modelos e processos de ensino capazes de incidir, significativamente, nos perfis profissionais/ocupacionais dos egressos, atualmente, caracterizados pelo baixo compromisso e relevância atribuída ao SUS, pela dificuldade de atuação em equipe multiprofissional e pobre formação humanística e, ainda, pela desvinculação do contexto sociocultural da realidade onde vive (ALMEIDA-FILHO, 2011, 2013).

Tais fatores dificultam e, muitas vezes, impedem a formação de sujeitos críticos dispostos a contribuir para a necessária transformação das práticas e da organização e gestão dos sistemas e serviços de saúde. O desafio de estabelecer as condições que assegurem o acesso universal a serviços de saúde resolutivos e com qualidade impõe, portanto, uma reflexão crítica acerca do processo de formação e capacitação de profissionais para atuação no setor.

Não por acaso, a preocupação sobre a formação superior em saúde faz parte dos primórdios do movimento político que deu origem à Saúde Coletiva no Brasil. De fato, vários autores (NUNES, 1989; VIEIRA DA SILVA, PAIM, SCHRAIBER, 2014), apontam que o trabalho pioneiro de Juan Cesar Garcia sobre a educação médica na América Latina, iniciado em 1967, contribuiu para desencadear o debate que se instaurou na primeira metade dos anos 70, do século passado, nos departamentos de Medicina Preventiva (SILVA, 1973), lócus institucional do surgimento de uma vertente crítica (AROUCA, 1975) que se consolidou, posteriormente, no ensino de pós-graduação e na pesquisa realizada nesta área.

Durante a segunda metade dos anos 70, a investigação científica no campo dos Recursos Humanos em Saúde (RHS), tradicionalmente mais voltada às questões da formação, passa a

considerar aspectos decorrentes da dinâmica do mercado de trabalho⁶⁶ tais como: “... a descrição e avaliação das funções ocupacionais, a situação da força de trabalho em suas formas variadas e mutantes de inserção no mercado de trabalho, os movimentos de associações e sindicatos, incluídas as greves e manifestações mais significativas politicamente, a criação e a disputa de ideologias dos grupos profissionais, etc.” (NOGUEIRA, 1985, p. 37).

Com isso, as investigações relacionadas ao tema da formação de pessoal em saúde, passaram a integrar, desde logo, a problemática mais abrangente dos RHS, cuja abordagem contribuiu para a incorporação de referenciais teóricos e perspectivas metodológicas oriundos de diversas tradições das ciências sociais e humanas. Dentre vários estudos desenvolvidos pelo grupo de pesquisa do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP), destaca-se a contribuição inovadora de Maria Cecília Donnangelo sobre o mercado de trabalho médico (DONNANGELO, 1975), o estudo de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves acerca do processo de trabalho médico (MENDES-GONÇALVES, 1979), além dos trabalhos de Eleutério Rodriguez Neto, sobre a Integração Docente Assistencial em Saúde (RODRIGUEZ NETO, 1979), e de Lilia Blima Schraiber, sobre as relações entre o sistema capitalista e a educação médica (SCHRAIBER, 1980).

Ainda nessa linha de análise histórica e estrutural, o estudo realizado por Carmen Teixeira relacionando o desenvolvimento histórico das formas de preparação dos agentes das práticas de saúde com o contexto político-social no Brasil, em três conjunturas distintas, apontava a necessidade de “... identificar a relação entre uma dada política de saúde, que expressa determinada forma de produção dos serviços, com a política de formação dos agentes das práticas, materializada nas instituições de ensino” (TEIXEIRA, 1982).

A crescente importância conferida à formação do pessoal de saúde e o consequente aumento da pesquisa sobre o tema passaram a demandar esforços de sistematização e balanço crítico da produção científica, com vistas não só a caracterizar as tendências e avanços, mas, principalmente, indicar questões e problemas levantados e as propostas apresentadas para sua solução. Entretanto, mesmo havendo consenso entre os pesquisadores quanto à relevância dos RHS enquanto elemento crítico no processo de reorientação e transformação dos sistemas de saúde, o fato é que, poucos foram os estudos que tomaram como objeto de reflexão as

⁶⁶ Esta mudança tem como principais determinantes políticos e sociais as pressões de grupos sociais organizados pelo aumento do consumo de serviços de saúde que forçaram a intervenção do estado no setor por intermédio de políticas de expansão progressiva do aparato produtor de serviços de saúde através de mecanismos como seguro social, assistência pública e seguro privado. Tais medidas tiveram efeitos significativos sobre a organização social dos serviços e das práticas de saúde determinando uma nova dinâmica no mercado de trabalho em saúde (Nogueira, 1985).

tendências da produção científica sobre a questão da formação de pessoal no campo da saúde (NOGUEIRA, 1985).

Voltados a superar este obstáculo, alguns estudos foram produzidos na América Latina (NUNES, 1985; NOGUEIRA, 1985) e no Brasil (SCHRAIBER e PEDUZZI, 1993; PAIM, 1994; PINTO et al., 2013). Embora distintos do ponto de vista metodológico, esses trabalhos de revisão podem servir como ponto de partida para avançar na sistematização da produção acadêmica brasileira sobre a formação superior em saúde.

Nesta direção, o estudo de Roberto Passos Nogueira, publicado na revista *Educación Médica y Salud*, intitulado “Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de salud en las Américas”, dedicou-se a avaliar a produção científica latino-americana sobre pessoal de saúde, publicada no período entre 1965 e 1982. Após analisar os artigos publicados na revista da OPS, *Educación médica y salud*, e os trabalhos catalogados no *Index Medicus Latinoamericano*, com destaque para a *Revista Brasileira de Educação Médica*, o autor chega à conclusão de que, “... embora se tenha escrito muito sobre o pessoal de saúde, realizaram-se poucos estudos a fundo, com fontes primárias de dados, predominando as pesquisas. Por outro lado, os trabalhos tratam essencialmente do currículo e da organização do ensino universitário, e refletem uma grande preocupação com a extensão da cobertura e do atendimento primário, bem como com a formação e o uso de pessoal auxiliar, planejamento e educação contínua” (NOGUEIRA, 1985, p. 46).

Na década de 90, Schraiber e Peduzzi produziram extensa revisão bibliográfica envolvendo cerca de 500 trabalhos produzidos entre as décadas de 1970 e 1980. Com base no levantamento realizado, as autoras propuseram uma tipologia para classificação dos estudos componentes desse corpus bibliográfico, envolvendo seis categorias temáticas: a) profissionais de saúde; b) formação/capacitação de recursos humanos em saúde; c) administração de recursos humanos em saúde; d) mercado de trabalho em saúde; e) política de recursos humanos em saúde e f) agente do trabalho em saúde. A análise dos resultados indicou uma maior proporção de estudos classificados nas duas primeiras categorias (profissionais de saúde e formação/capacitação de recursos humanos em saúde), cada uma delas representando um terço da produção total enquanto que as demais categorias juntas complementariam o terço restante (SCHRAIBER E PEDUZZI, 1993).

Com relação, especificamente, aos estudos sobre formação/capacitação de recursos humanos em saúde, os estudos avaliados se concentraram no processo educacional ou nas práticas educativas enfocadas desde perspectivas diversas: “... formação escolar; graduação e pós-graduação; residência; estágios; aperfeiçoamento profissional; treinamento em serviço;

educação continuada; reforma curricular e integração docente-assistencial (IDA)” (SCHRAIBER E PEDUZZI, 1993, p. 309).

Em um pequeno opúsculo intitulado “Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos”, publicado em 1994, pela Faculdade de Saúde Pública da USP, Paim tratou de sistematizar os trabalhos sobre o tema dos RHS na América Latina. Com relação à formação superior, acrescentou, em relação ao estudo anterior, o interesse da comunidade acadêmica pelo exame e avaliação de métodos, processos e aparatos envolvidos na educação universitária além dos estudos sobre tecnologia educacional. O autor procedeu, ainda, à revisão de algumas experiências na formação de recursos humanos em saúde, com destaque para o ensino médico e em saúde coletiva e uma breve análise de alguns projetos em curso, a exemplo do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) (PAIM, 1994).

Mais recentemente, o mapeamento da produção científica sobre educação e trabalho em saúde no Brasil, no período de 1990 a 2010, realizado por Pinto e colaboradores, indicou, corroborando achados de estudos anteriores (SCHRAIBER e PEDUZZI, 1993), que a principal temática investigada no campo dos RHS é a formação e a capacitação de profissionais de saúde, sendo que a maioria dos trabalhos nesta área analisa reformas curriculares, metodologias de ensino-aprendizagem e experiência de articulação ensino-serviço (PINTO et al., 2013).

Muito embora tais estudos tenham contribuído para a sistematização da investigação sobre RHS no Brasil, no entanto, tem a desvantagem de manter num plano relativamente secundário a análise da produção científica sobre a formação de pessoal de saúde. Tais esforços, ainda que necessários para uma visão panorâmica sobre a produção acadêmica na área de RHS são insuficientes para uma análise acurada do que ocorre em cada uma das subáreas temáticas.

As lacunas existentes na literatura científica, portanto, se relacionam, em primeiro lugar, com a ausência de levantamentos específicos sobre a questão da formação/capacitação de pessoal de saúde. Segundo, em razão da perspectiva adotada tais estudos carecem de um modelo teórico específico para análise da produção científica sobre a formação de pessoal. Terceiro, dentre as questões específicas relacionadas com a questão da formação superior em saúde chama atenção à ênfase concedida aos aspectos pedagógicos envolvidos na formação das distintas profissões isoladamente, sendo evidente a ausência de problematização acerca do modelo de formação predominante na área da saúde.

Face ao exposto, tornam-se necessários estudos que permitam, por um lado, a identificação dos principais problemas com relação à educação superior em saúde no Brasil e, por outro lado, permitam a análise das propostas apresentadas com relação ao aperfeiçoamento das práticas de formação superior em saúde.

O objetivo desse artigo é apresentar os resultados da revisão bibliográfica de 386 trabalhos sobre o ensino de graduação em saúde indexados na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) cobrindo o período compreendido entre 1974-2011. Para isso, trata-se, inicialmente de apresentar um modelo teórico específico para análise da produção científica sobre a formação de pessoal em saúde. Em seguida, procede-se com a discussão das características do conjunto da produção científica tanto do ponto de vista da distribuição por ano e revista onde foi publicado quanto do tema abordado. Com isso, busca contribuir para a compreensão das tendências e perspectivas da produção acadêmica brasileira sobre formação superior em saúde, tratando de identificar lacunas e problemas relevantes para a investigação acerca da educação e do ensino de graduação em saúde.

Muito embora se reconheça a importância fundamental dos trabalhadores de saúde de nível médio, bem como, a larga tradição de pesquisas na área, concentra-se o foco naquelas profissões de saúde de nível superior, reconhecidas enquanto área da saúde pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 1998).

2. ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

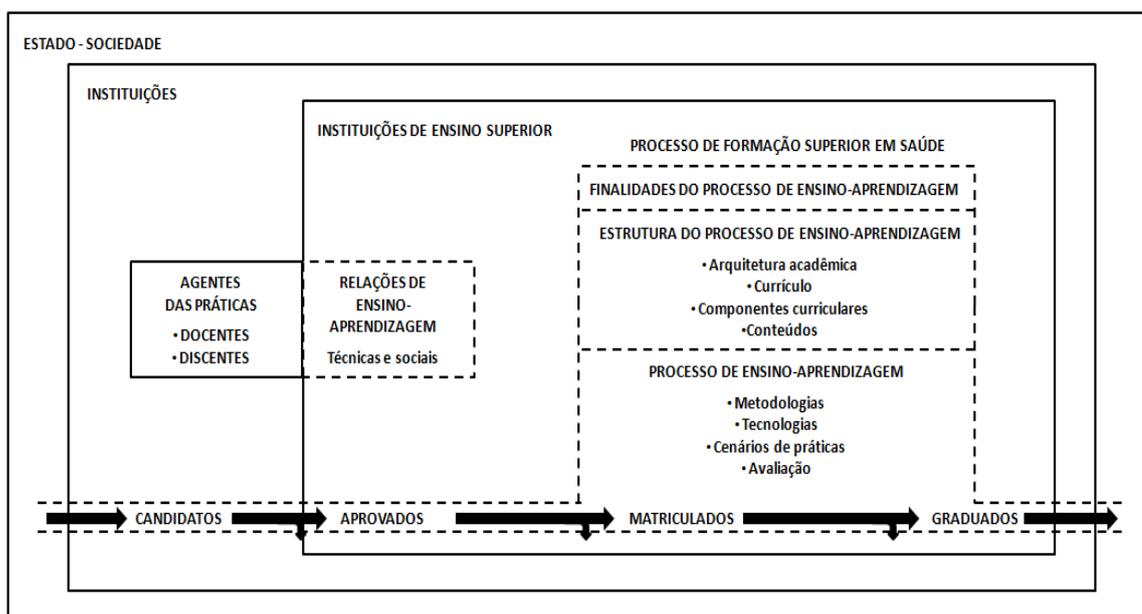
2.1. Modelo teórico

O modelo teórico no qual se inscreve o presente estudo foi inspirado na contribuição pioneira de Juan César Garcia, publicada integralmente pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), em 1972, sob o título *La educación médica en la América Latina* (GARCIA, 1972). Concebida, originalmente, para investigar o ensino da medicina, em geral, e da medicina preventiva, em particular, esta proposta foi revista e adaptada em seus elementos gerais, definindo-se como objeto de estudo o ensino de graduação entendido como o processo de formação de profissionais de saúde que ocorre após a conclusão do ensino médio e que é realizado em universidades ou outras instituições de ensino superior regularmente habilitada para esta finalidade.

Conforme esquematizado na figura 1, no processo de formação superior em saúde entram em funcionamento quatro componentes básicos inseparáveis. Além do processo e das relações de ensino concebidas anteriormente por Juan Cesar em sua proposta original (GARCIA, 1972), considera-se, ademais, a estrutura e as finalidades do processo de ensino-aprendizagem.

O processo de ensino-aprendizagem é definido como o conjunto de etapas sucessivas de aprendizagem, tanto na área cognitiva quanto nas áreas afetiva e psicomotora, pelas quais passa o estudante ao se transformar em profissional de saúde em seus vários estágios: candidato, aprovado, matriculado e graduado. Nesse processo, distingue-se: a) a metodologia de ensino, que pode assumir duas formas conforme a ênfase dada ao papel do professor e do aluno: atividades teóricas (postura passiva do aluno) ou atividades práticas (postura ativa do aluno); b) a utilização de meios materiais/instrumentos ou tecnologias de ensino que são os recursos materiais ou instrumentos utilizados na transformação do estudante em profissional de saúde, e em sua acepção mais ampla inclui todas as condições materiais que tornam possível o processo de ensino; c) o cenário das práticas que considera o local onde se desenvolvem as atividades de ensino, podendo ser, em um extremo, exclusivamente, em sala de aula, ou, alternativamente, contemplar a integração da docência com os serviços de saúde, e, finalmente, d) o processo de avaliação identificado com as formas sob a qual se realiza a aferição dos objetivos educacionais propostos.

Figura 1 – Marco teórico geral da Formação Superior em Saúde (FSS)



Fonte: Adaptado de Garcia (1972, p. 9)

As relações de ensino-aprendizagem representam as conexões ou vínculos que se estabelecem entre os agentes que participam no processo de formação superior em saúde e resultam do papel que estes indivíduos desempenham nas práticas educativas. O conceito de agentes das práticas de ensino engloba tanto os professores universitários (docentes) quanto os alunos (discentes). Embora se considere que os alunos podem ser agentes do processo de ensino-aprendizagem, “... a posição relativamente dependente dos alunos nas atuais formas de ensino o define mais como objeto do que como sujeito da ação” educativa (GARCIA, 1972, p. 7-8).

A estrutura do processo de ensino-aprendizagem reúne quatro subdimensões: a) arquitetura acadêmica que corresponde ao plano geral do desenvolvimento da formação, isto é, o desenho do curso. Quanto ao regime de formação, os cursos podem ser classificados em: regime de ciclos ou regime profissionalizante de progressão linear; b) currículo, que representa as diferentes formas de organização da interação planejada dos alunos com os conteúdos, materiais, recursos e processos educacionais. Corresponde ao conceito de plano de estudos definido por Garcia como “... conjunto de elementos distribuídos segundo uma organização que determina a função de cada componente dentro da totalidade” (GARCIA, 1972, p. 18); c) componentes curriculares descrevendo as unidades de organização das atividades educativas, as quais incluem: eixos, módulos, blocos e disciplinas, as relações entre eles, bem como, a sequência em que serão ensinados, e, finalmente, d) os conteúdos do processo de ensino-aprendizagem que correspondem aos conhecimentos, conceitos e noções fundamentais que deverão ser aprendidos pelos estudantes no sistema formal de ensino e que são necessários para a prática do indivíduo em um determinado campo de atividade profissional.

A finalidade do processo de ensino-estudo-aprendizagem se relaciona à definição dos propósitos e valores que nortearão as escolhas acerca dos conteúdos e da metodologia mais apropriada para a construção de determinados perfis de formação e de competências profissionais.

As instituições envolvidas num determinado modo de formação de profissionais de saúde incluem desde organizações diretamente responsáveis pelo processo de ensino, como as instituições de ensino superior (universidades, faculdades, escolas, institutos, centros, etc.), até outras organizações sociais que possuem atuação indireta, sejam elas entidades públicas, tais como ministérios (Saúde, Educação, Trabalho e Emprego), conselhos de educação, conselhos profissionais, institutos de pesquisa, etc. ou privadas, a exemplo das fundações, associações, sociedades científicas, sindicatos, etc.

Considerando os propósitos deste estudo, estes componentes, ilustrados na figura 1, revelaram-se de natureza tão geral que servem de heurística a uma análise da produção científica acerca da FSS no Brasil.

2.2. Métodos e técnicas da revisão bibliográfica

Realizou-se uma revisão da literatura sobre o ensino de graduação em saúde no Brasil tomando como fonte de informação os trabalhos indexados na base de dados SciELO considerando que esta abriga em seu acervo os principais periódicos nacionais na área.

Após consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a busca foi conduzida utilizando os seguintes descritores e unitermos: “Formação de Recursos Humanos em Saúde”, “Educação Superior em Saúde”, “Ensino Superior em Saúde”, “Ensino-Aprendizagem em saúde”, “Educação Médica”, “Educação em Farmácia”, “Educação em Veterinária”, “Educação em Enfermagem”, “Educação Profissional em Saúde Pública”, “Educação em Odontologia”, “Formação em Odontologia”, “Ensino Odontológico”, “Currículo de Odontologia”, “Educação Superior em Odontologia”, “Odontologia em Saúde Pública”, “Educação de Graduação em Medicina”, “Mudanças no Ensino Médico”, “Reforma do Ensino Médico”, “Reforma da Educação Médica”, “Reforma Flexner”, “Educação Baseada em Competências”, “Formação e Desenvolvimento de Pessoal de Saúde”, “Modelos Educacionais em Saúde”, “Diretrizes Curriculares Nacionais em Saúde”, “Política de Educação Superior em Saúde”, “Integração Docente-Assistencial”, “Projeto Pedagógico em Saúde”.

Os documentos que constituem o universo do estudo foram identificados com a utilização do método integrado de pesquisa na ferramenta de busca. O conjunto de descritores foi, então, utilizado para identificar os artigos, considerando-se, para essa finalidade, todo o período disponível. A consulta à base de dados e o levantamento dos resumos foram realizados entre janeiro e outubro de 2012.

No cômputo geral foram selecionados 1498 resumos de artigos publicados em diversos periódicos científicos nacionais. Deste total foram excluídos os trabalhos duplicados (449), as publicações em língua estrangeira (198) e as publicações sem resumo (33), resultando num primeiro conjunto de 818 publicações. Após a leitura dos resumos, outros 432 estudos foram excluídos por impertinência temática por tratarem de tema alheio ao objetivo do estudo (formação técnica em saúde, formação de pós-graduação, educação profissional, educação continuada, educação permanente, residência, aperfeiçoamento profissional, educação

popular, educação para o controle social) resultando num universo de 386 artigos que se constituíram na matéria-prima do estudo.

2.3. Classificação e processamento da produção

Os 386 resumos selecionados foram lidos e classificados de acordo com as seguintes unidades de análise: 1) ano de publicação; 2) tipo de estudo; 3) tema abordado e 4) periódico onde foi publicado. Com relação ao tipo de estudo/ área temática, os trabalhos foram classificados em:

- A. **Revisão de Literatura:** compreendendo estudos de revisão bibliográfica sobre aspectos gerais e específicos do processo de formação de pessoal em saúde.
- B. **Ensaio teórico:** abarcando estudos que abordam questões conceituais relacionadas com os objetivos e finalidades do processo formativo em saúde, com a problematização dos modelos de educação superior e com a introdução de inovações no processo de formação de diversas categorias profissionais da área.
- C. **Estudos Empíricos:** contemplando estudos que tomam como objeto problemas político-gerenciais, organizativos ou operacionais relativos aos diversos aspectos do processo de formação superior em saúde, incluindo a produção e análise de dados quantitativos e/ou qualitativos. Os estudos incluídos nesse grupo foram classificados, por sua vez, em categorias segundo o tema abordado originando quatro áreas temáticas, a saber: Política de Formação Superior em Saúde; Histórico da Formação Superior em Saúde; Práticas Educativas e Outros.

C.1. Políticas de Formação Superior em Saúde: estudos que analisam o papel do Estado e da sociedade na formação de recursos humanos em saúde tendo como objeto a formulação, implantação e avaliação de políticas, planos, diretrizes, programas, leis e normas da educação superior em saúde, abordando, ainda, as relações entre o sistema de formação, o mercado de trabalho e o sistema de saúde, incluindo estudos sobre legislação e regulamentação do exercício profissional.

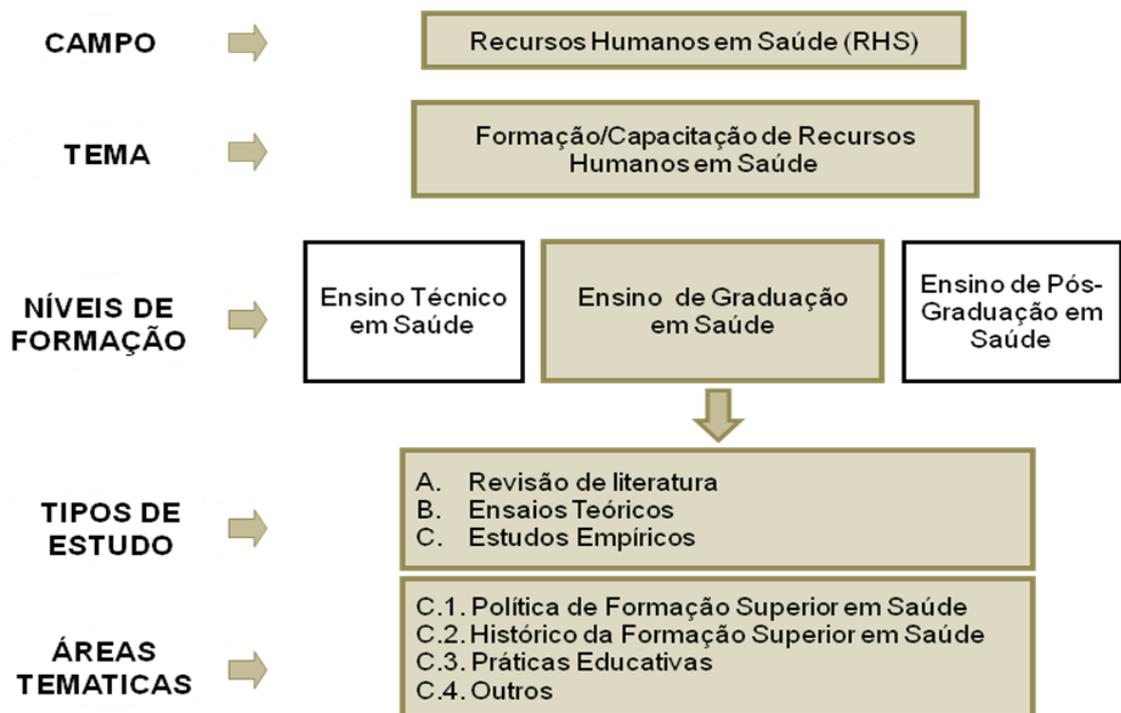
C.2. Histórico da Formação Superior em Saúde: estudos biográficos, investigações sobre aspectos histórico-sociais de políticas, programas, propostas e cursos de formação, bem como, de instituições que atuam na formação superior em saúde, tais como: universidades, escolas, fundações, organismos internacionais, etc., e

investigações sobre história das profissões de saúde com ênfase nos aspectos educacionais.

C.3. Práticas educativas: estudos que tratam dos conteúdos e do processo de ensino-aprendizagem, assim como, dos agentes das práticas de ensino (docentes e discentes) e suas relações com as práticas educativas. Abarcam trabalhos sobre formulação, implantação, reforma e integração de conteúdos curriculares em diversas perspectivas de análise; perfil de formação e de competências dos profissionais de saúde; experiências disciplinares inovadoras; metodologias de ensino; tecnologias educacionais; processos de avaliação, além dos cenários das práticas educativas.

C.4. Outros: abarca os trabalhos que não foram classificados nas categorias anteriores.

Figura 02 – Quadro síntese da proposta metodológica da pesquisa



3. RESULTADOS

A descrição e análise dos resultados encontrados a partir do processamento das informações extraídas dos 386 resumos selecionados estão apresentadas a seguir. Inicialmente, destaca-se a evolução temporal da produção sobre o ensino de graduação em saúde ao longo do período 1974-2011, seguida da classificação dessa produção por tipo de

estudo e área temática, com ênfase nas características da produção sobre Práticas Educativas. Finalmente, apresenta-se a distribuição dos trabalhos pelos periódicos segundo áreas de conhecimento.

3.1. Evolução temporal

Para balizar a análise da evolução temporal tratamos de agregar a produção científica em dois períodos utilizando como ponto de corte a identificação de fatos relevantes na conjuntura político-institucional que incidiram sobre os rumos da educação superior no país, especialmente, na área da saúde. O estabelecimento dessa periodização tem como pressuposto a possível influência de medidas reguladoras, tais como leis, decretos e portarias, e das políticas governamentais dirigidas ao ensino superior sobre a produção acadêmica, ou seja, na realização de estudos e pesquisas que tomam por objeto os diversos aspectos: jurídicos, políticos, históricos, institucionais e pedagógicos do processo de formação das diversas categorias profissionais na área da saúde.

Nesse sentido, o primeiro período (1974-2002) corresponde a distintas conjunturas que envolvem desde a implantação da estratégia de integração docente-assistencial através dos Projetos IDA e UNI e da criação da Rede UNIDA nas décadas de 1980 e 90, passando pela aprovação da Lei nº 9.394, de 24 de dezembro de 1996, que estabeleceu as Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB – 1996), até os anos 2000 quando se desencadeou o debate em torno da implantação do Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed)⁶⁷, e das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde⁶⁸ (DIAS, DIAS de LIMA e TEIXEIRA, 2013).

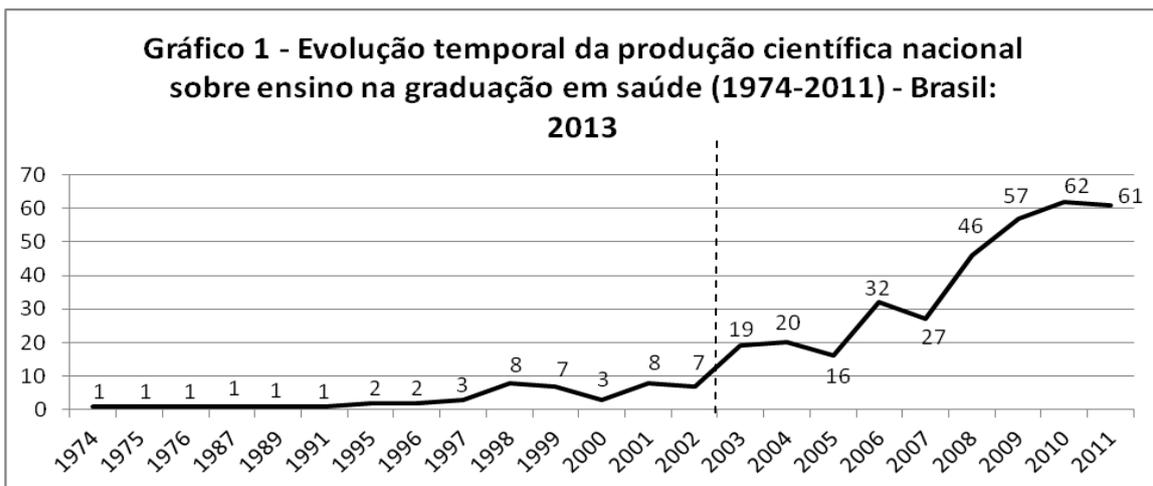
O segundo período que inicia em 2003, estendendo-se até 2011, corresponde à formulação e implantação de várias iniciativas governamentais que incidiram, de modo geral, sobre o ensino superior no país, a exemplo do Programa Universidade para Todos (Prouni) lançado em 2004 e do Programa de Apoio aos Planos de Expansão e Reestruturação das Universidades Federais (Reuni) através do Decreto nº 6.096/07, ou voltadas especificamente ao setor saúde, tais como: a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em

⁶⁷ Portaria Interministerial nº 610, de 26 de março de 2002.

⁶⁸ Até o ano de 2002 foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para dez dos quatorze cursos de graduação em saúde: Enfermagem, Medicina e Nutrição (2001) e Ciências Biológicas, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Odontologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (2002). Os cursos de Biomedicina e Medicina Veterinária tiveram as DCN aprovadas em 2003 e os cursos de Educação Física e Psicologia em 2004.

Saúde (Pró-Saúde)⁶⁹, o Programa Nacional de Telessaúde (Telessaúde)⁷⁰, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)⁷¹, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)⁷², e a Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS)⁷³ (DIAS, DIAS de LIMA e TEIXEIRA, 2013).

O gráfico 1 apresenta a evolução temporal da produção científica investigada. Pode-se observar que durante o período compreendido entre 1974 a 2002 a produção ocorre num ritmo lento com publicação de 1 a 2 artigos por ano, sendo que, a partir de 1997 esse número começa a aumentar discretamente ainda que com oscilações. Neste período foram encontrados 46 artigos que correspondem a 11,9% do total de resumos selecionados e uma produção sempre inferior a 10 artigos por ano. A partir de 2003, observa-se uma ampliação significativa no número de trabalhos publicados anualmente registrando até o final de 2011 um total de 340 artigos (88,1%) resultando num crescimento de 639% na comparação dos períodos 1974 – 2002 (n= 46) e 2003 – 2011 (n=340).



3.2. Distribuição por tipo de estudo e área temática

Conforme se verifica na tabela 1, do conjunto de 386 textos selecionados, os estudos empíricos correspondem à maior parte da produção (80 %), seguidos dos ensaios teóricos (13,7%) e dos estudos de revisão de literatura (6,2%). Na comparação entre os períodos, constata-se que os artigos classificados como revisão da literatura cresceram pouco mais de 20 vezes ao passo em que os ensaios teóricos e os estudos empíricos apresentaram um

⁶⁹ BRASIL. Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005.

⁷⁰ BRASIL. Portaria nº 35, de 04 de janeiro de 2007.

⁷¹ BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.

⁷² BRASIL. Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26 de agosto de 2008.

⁷³ BRASIL. Decreto presidencial nº 7.385, de 08 de dezembro de 2010.

aumento mais discreto em torno de sete vezes cada. Apesar do maior crescimento verificado dentre os estudos do tipo revisão de literatura, há que se considerar o número extremamente baixo de trabalhos publicados no primeiro período.

Tabela 1. Evolução temporal da produção selecionada por tipo de estudo e área temática (1974-2011)

Tipo de estudo/ Área temática	Período		Total n (%)
	1974-2002 n (%)	2003-2011 n (%)	
A. Revisão de literatura	1 (2,2)	23 (6,8)	24 (6,2)
A. Ensaaios teóricos	6 (13,0)	47 (13,8)	53 (13,7)
A. Estudos Empíricos	39 (84,7)	270 (79,4)	309 (80,0)
C.1. Política de FSS*	3 (6,5)	26 (7,6)	29 (7,5)
C.2. Histórico da FSS*	6 (13,0)	32 (9,4)	38 (9,8)
C.3. Práticas educativas	30 (65,2)	209 (61,5)	239 (61,9)
C.4. Outros	0 (0,0)	3 (0,9)	3 (0,8)
Total	46 (100,0)	340 (100,0)	386 (100,0)

*FSS = Formação Superior em Saúde

Quando se analisa a distribuição dos estudos empíricos por área temática chama a atenção o fato de que a ampla maioria dos trabalhos (61,9%) abordam questões relacionadas com as práticas educativas, ou seja, com processos de reforma curricular, experiências inovadoras no âmbito de disciplinas e cursos, introdução de novas metodologias de ensino, implantação de tecnologias educacionais, adoção de novos processos de avaliação de aprendizagem ou a diversificação dos cenários das práticas educativas, sendo que a maioria esmagadora destes trabalhos 87,4% (n= 209) foi realizada no período 2003-2011.

Em segundo lugar aparecem os trabalhos acerca do Histórico da FSS (9,8%), seguidos dos estudos sobre Políticas de FSS (7,5%) e, finalmente, Outros (0,8%), sendo que, em todas as áreas temáticas, a maior parte dos trabalhos foi produzida no período mais recente (2003-2011). Considerando-se o maior volume de estudos sobre Práticas educativas, apresenta-se a seguir uma análise mais detalhada desse subconjunto.

3.3. Características da produção sobre Práticas educativas

Do ponto de vista da evolução temporal, a produção sobre Práticas Educativas, assim como registrado para o universo de resumos selecionados, apresenta uma maior concentração (87,5%, n= 209) no segundo período (2003-2011), resultado de um crescimento exponencial quando comparado à produção registrada no período anterior. De fato, partindo dos trinta

trabalhos registrados no primeiro período, registrou-se um aumento de quase sete vezes no período 2003-2011 (Tabela 1A).

Tabela 1A. Evolução temporal da produção relacionada à área temática das Práticas educativas por subárea temática (1974-2011)

Subáreas temáticas	Período		Total n (%)
	1974-2002 n (%)	2003-2011 n (%)	
Estrutura do processo ensino-aprendizagem			
• Reforma ou inovações no currículo	0 (0,0)	26 (12,4)	26 (10,9)
• Experiências disciplinares inovadoras	3 (10,0)	27 (12,9)	30 (12,5)
• Subtotal	3 (10,0)	53 (25,3)	56 (23,4)
Processo ensino-aprendizagem			
• Implantação de novas metodologias de ensino	3 (10,0)	13 (6,2)	16 (6,7)
• Implantação de novas tecnologias educacionais	4 (13,3)	14 (6,7)	18 (7,5)
• Cenário das práticas	13 (43,3)	29 (13,9)	42 (17,6)
• Processos de avaliação	0 (0,0)	6 (2,9)	6 (2,5)
• Subtotal	20 (66,7)	62 (29,7)	82 (34,3)
Agentes das práticas			
• Docentes	3 (10,0)	25 (12,0)	28 (11,7)
• Discentes	3 (10,0)	53 (25,3)	56 (23,4)
• Ambos	1 (3,3)	10 (4,8)	11 (4,6)
• Subtotal	7 (23,3)	88 (42,1)	95 (39,7)
Outros	0 (0,0)	6 (2,8)	6 (2,5)
Total	30 (100,0)	209 (100,0)	239 (100,0)

Analisando os 239 estudos classificados nesta área temática segundo subáreas temáticas, tem-se que a maior parte dos trabalhos (39,7%, n= 95) investigou aspectos relativos aos agentes das práticas de ensino, sendo que os estudos sobre os discentes (23,4%, n= 56) foram duas vezes mais frequentes que aqueles que se ocuparam dos docentes (11,7%, n= 28). A leitura dos resumos de trabalhos sobre os discentes revela uma multiplicidade de aspectos que foram objeto de pesquisa, a exemplo de investigações acerca: da situação de saúde dos alunos (CONTE e GONÇALVES, 2006), a percepção dos estudantes quanto à sua qualidade de vida (OLIVEIRA e CIAMPONE, 2006), quanto ao processo de formação superior em saúde, em geral, (MORETTI-PIRES, 2009) e sobre a introdução de inovações metodológicas no processo de formação (MARIN et al., 2010). As pesquisas sobre os docentes, por sua vez, contemplam a percepção dos professores universitários acerca: da sua prática pedagógica (ROZENDO et al., 1999; CASTANHO, 2002), da utilização de portfólios na formação de profissionais de saúde (SILVA e SÁ-CHAVES, 2008), bem como, sobre a formação e seleção

de professores para atuação em currículos inovadores na área de saúde (MACHADO et al. 2011).

Em seguida, aparecem os estudos que tratam do processo ensino-aprendizagem em si (34,3%, n= 82), com destaque para as investigações sobre os cenários das práticas educativas que correspondem à metade dos trabalhos classificados nesta subárea temática (17,6%, n= 42). Nesse particular, chama atenção a presença de trabalhos que analisam experiências inovadoras de integração docente-assistencial (SANTOS et al., 1995) inclusive relatos de experiência dos projetos UNI (FEUERWERKER e SENA, 2002). A introdução de novas tecnologias de ensino responde por 7,5% dos estudos (n=18), com destaque para o desenvolvimento de materiais de aprendizagem baseados em tecnologia de informação para ensino presencial e/ou à distância nas diversas áreas, enquanto as pesquisas sobre a implantação de novas metodologias de ensino (6,7%, n= 16) enfatizam a adoção de estratégias de ensino-aprendizagem que estimulam a participação ativa dos discentes, a exemplo da “problematização” e da aprendizagem baseada em problemas (ABP) (CYRINO e TORALLES-PEREIRA, 2004; BARROS e LOURENÇO, 2006; ESPIRITO SANTO et al., 2008; MITRE et al., 2008; SILVA et al., 2011).

Na sequência, registram-se investigações voltadas a estrutura do processo de ensino-aprendizagem (23,4%, n= 56), com discreta predominância dos estudos que tratam de experiências disciplinares inovadoras (12,5%, n= 30) em relação àqueles voltados a reforma e inovações curriculares mais abrangentes (10,9%, n= 26). Desse modo, apesar do estímulo que tem sido propiciado pela implantação das DCN e outras iniciativas governamentais, no que diz respeito ao desencadeamento de reformas curriculares mais amplas, percebe-se uma discreta predominância de estudos que relatam experiências pontuais realizadas por docentes responsáveis pelo ensino de componentes curriculares específicos, com destaque para os temas: administração em enfermagem (GRECO, 2004; GAIDZINSKI et al., 2004; VALE e GUEDES, 2004; DIAS et al. 2004; PIRES et al., 2009), bioética (FERREIRA e RAMOS, 2006; CARNEIRO et al. 2010, DANTAS et al. 2011; FINKLER et al., 2011) e promoção da saúde (SILVA et al., 2009; CASANOVA et al., 2010; SPERANDIO et al., 2010).

As propostas de reforma ou inovação curricular, por sua vez, concentram-se nos cursos de enfermagem (MOTTA e ALMEIDA, 2003; SILVA et al. 2003; OLIVEIRA et al. 2003; NOZAWA et al. 2003; SANTOS et al. 2003; TAKEDA et al., 2004; REZENDE et al., 2006; FERNANDES et al., 2007), medicina (GARCIA et al., 2007; RIOS et al., 2008; ABDALLA et al., 2009; SOUZA et al., 2011), odontologia (LEMOS e FONSECA, 2009;

MALTAGLIATI e GOLDENBERG, 2011; COSTA e ARAUJO, 2011), fisioterapia (SIGNORELLI et al., 2010; MARÃES et al., 2010), fonoaudiologia (TRENCHÉ et al., 2008), educação física (ANJOS e DUARTE, 2009), psicologia (MACEDO e DIMENSTEIN, 2011) e saúde coletiva (TEIXEIRA, 2003).

3.4. Distribuição dos trabalhos pelas revistas segundo área de conhecimento

O conjunto de trabalhos identificados englobando todas as áreas temáticas está distribuído em 54 periódicos científicos nacionais, sendo que apenas 16 deles concentram 85,8% do total da produção (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos artigos selecionados nos periódicos nacionais segundo área do conhecimento (1974-2011)

Áreas de conhecimento	Periódicos	N	%
Enfermagem	Rev. bras. Enferm.	63	16,3
	Rev. esc. enferm. USP	26	6,8
	Texto contexto - enferm.	15	3,9
	Esc. Anna Nery	12	3,1
	Rev. Latino-Am. Enfermagem	11	2,8
	Acta paul. enferm.	6	1,6
	Rev. Gaúcha Enferm.	5	1,3
	Subtotal	138	35,8
Medicina	Rev. bras. educ. med.	86	22,3
	Subtotal	86	22,3
Saúde Pública /Coletiva	Ciênc. saúde coletiva	35	9,1
	Cad. Saúde Pública	8	2,1
	Rev. Saúde Pública	7	1,8
	Physis	5	1,3
	Subtotal	55	14,3
Interdisciplinar	Interface (Botucatu)	36	9,3
	Hist. cienc. saude-Manguinhos	7	1,8
	Saude soc.	5	1,3
	Trab. educ. Saúde	4	1,0
	Subtotal	52	13,4
Outros estudos	Subtotal	55	14,2
Total Geral		386	100

A análise da distribuição dos artigos segundo área de conhecimento revela a desigualdade existente na base operacional de onde emanam as publicações (grau de institucionalização da pesquisa sobre o tema nas diversas escolas, faculdades, programas e cursos de pós-graduação), bem como, a desigualdade de acesso a revistas científicas. Cabe ainda comentar a própria diversidade das revistas, que revela, de um lado, a desigualdade historicamente configurada das diversas profissões da área de saúde, indicando um amplo

predomínio de duas categorias, notadamente, enfermagem (35,8% n= 138) e medicina (22,3%, n= 86) que somadas correspondem a 58,1% do total de trabalhos.

Na sequência, aparecem os periódicos da área da Saúde Pública/Coletiva com 14,3% da produção (n= 55) seguidos de perto pelos trabalhos publicados em revistas que adotam uma perspectiva interdisciplinar 13,4% (n=52), sendo que, no primeiro caso, merece destaque a publicação *Ciência e Saúde Coletiva* com 35 estudos e, no segundo, o periódico *Interface* com 36 artigos publicados sobre o tema. Tal fato parece indicar uma tendência crescente na utilização de abordagens interdisciplinares para a pesquisa sobre temas relacionados à educação no campo da saúde, ainda mais se considerarmos que todas as revistas classificadas nesta categoria são mais recentes que aquelas da área de Enfermagem, Medicina e Saúde Pública/Coletiva, pois foram criadas somente a partir da década de 1990.

4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Este estudo buscou caracterizar a produção científica indexada na base de dados SciELO relacionada à temática da FSS, com ênfase nos trabalhos que tratam, especificamente, do ensino de graduação, a partir da análise dos resumos dos artigos científicos publicados, no Brasil, nos últimos 40 anos. Tomando como ponto de partida o modelo teórico concebido por Juan César Garcia, no início da década de 1970, para estudar o ensino da medicina no continente latino-americano (GARCIA, 1972), procedeu-se, inicialmente, com a revisão e adaptação da proposta o que permitiu a construção de uma tipologia para classificação dos resumos em diferentes áreas temáticas segundo o enfoque principal adotado na pesquisa: Política de FSS, Histórico da FSS, Práticas Educativas e Outros.

A leitura e análise dos resumos selecionados revelaram um aumento expressivo e uma tendência crescente da produção científica voltada à temática da FSS quando comparados os dois períodos analisados, o que sugere que o interesse dos pesquisadores em analisar os problemas ou questões relacionados à educação no campo da saúde pode estar sendo determinado por inflexões na política educacional e de saúde do país.

A classificação em áreas temáticas indicou um marcante predomínio de investigações que abordam as Práticas Educativas o que revela uma maior preocupação com os aspectos pedagógicos do processo de formação superior em saúde em comparação com os aspectos políticos, históricos e institucionais. Ao mesmo tempo, evidenciou-se que, além do interesse específico dos diversos autores com o registro e análise de questões enfrentadas no cotidiano das práticas educativas, está ocorrendo um processo de diversificação de temas de interesse na

pesquisa da área, chamando a atenção o aumento do volume de estudos sobre aspectos históricos e políticos da formação superior em saúde, bem como o interesse por estudos teóricos.

É possível supor que as mudanças que vem ocorrendo no âmbito do sistema de saúde, com repercussões no mercado de trabalho do setor, tenham estimulado a produção de pesquisas acerca das práticas educativas na formação de pessoal de saúde e, do mesmo modo, sobre as políticas formuladas no período mais recente, mas, quanto ao aumento de estudos teóricos e históricos, é necessária a realização de estudos mais aprofundados que venham a elucidar os determinantes desse processo.

A análise detalhada da área temática Práticas Educativas evidenciou que a maioria dos trabalhos se ocupou de questões relativas aos agentes das práticas, com amplo predomínio dos estudos sobre os discentes em relação aos docentes. Em seguida, aparecem as investigações sobre o processo de ensino em si, com destaque para as subáreas temáticas: cenários de aprendizagem, a introdução de novas tecnologias de ensino baseadas em tecnologia de informação para ensino presencial e/ou à distância e a adoção de estratégias ativas de ensino-aprendizagem, a exemplo da “problematização” e da aprendizagem baseada em problemas (ABP).

Cabe destacar que a maior parte dos estudos analisados relata experiências desenvolvidas em cursos profissionalizantes da área de saúde, destacando-se os relatos acerca de reformas curriculares e experiências de articulação ensino-serviço, o que, provavelmente, expressa o interesse dos próprios docentes em registrar e analisar as experiências nas quais estão envolvidos. Tal fato revela o quanto o debate sobre a formação de pessoal em saúde ainda está circunscrito aos limites estabelecidos pelo modelo de formação superior em saúde consolidado ao longo dos séculos 19 e 20, e que ainda segue vigente neste início de século 21. (TEIXEIRA, 2013).

Constatou-se, ainda, uma distribuição desigual dos trabalhos pelas revistas segundo área de conhecimento, atribuindo-se esta diferença, fundamentalmente, aos distintos graus de desenvolvimento e institucionalização das profissões, tornado-se necessário à realização de novas pesquisas que permitam uma reflexão mais aprofundada sobre as condições históricas dos processos de produção do conhecimento na área.

Finalizando, cabe ressaltar que a presente análise da produção sobre a FSS deve ser avaliada com cautela, pois tem o limite de se concentrar apenas no banco de dados SciELO não contemplando, portanto, outros elementos da produção científica na área a exemplo de teses e dissertações. É necessário atentar, inclusive, para o fato de que a maioria dos

periódicos indexados na base de dados SciELO está disponível apenas a partir da década de 1990. Além disso, é importante destacar que o predomínio da área temática Práticas Educativas pode ter sido induzido pela seleção dos descritores utilizados para busca dos artigos analisados.

REFERÊNCIAS

ABDALLA IG, STELLA RC de R, PERIM GL, AGUILAR-DA-SILVA RH, LAMPERT JB, COSTA NM da SC. Projeto pedagógico e as mudanças na educação médica. **Rev. bras. educ. Med.**, v. 33, p. 44-52, 2009.

ALMEIDA-FILHO N. Higher education and health care in Brazil. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1898-900, 2011.

ALMEIDA FILHO N. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v.18, n.6, p. 1677-1682, 2013.

ANJOS TC dos, DUARTE ACG de O. A Educação Física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional. **Physis**, v. 19, n. 4, p. 1127-1144, 2009.

AROUCA AS **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Campinas, 1975. [Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas].

BARROS NF de, LOURENÇO LC de A. O ensino da saúde coletiva no método de aprendizagem baseado em problemas: uma experiência da Faculdade de Medicina de Marília. **Rev. bras. educ. med.**, v. 30, n. 3, p. 136-146, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 24 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 287, 1998.

CARNEIRO LA, PORTO CC, DUARTE SBR, CHAVEIRO N, BARBOSA MA. O ensino da ética nos cursos de graduação da área de saúde. **Rev. bras. educ. med.**, v. 34, n. 3, p. 412-421, 2010.

CASANOVA IA, MORAES AAA, RUIZ-MORENO L. O ensino da promoção da saúde na graduação de fonoaudiologia na cidade de São Paulo. **Pro-Posições**, v. 21, n. 3, p. 219-234, 2010.

CASTANHO ME. Professores de Ensino Superior da área da Saúde e sua prática pedagógica. **Interface (Botucatu)**, v. 6, n. 10, p. 51-61, 2002.

CONTE M, GONÇALVES A. Ampliando elementos da educação médica: morbidade referida em universitários de medicina. **Rev. bras. educ. med.**, v. 30, n. 1, p. 15-19, 2006.

COSTA I do CC, ARAÚJO MNT de. Definição do perfil de competências em saúde coletiva a partir da experiência de cirurgiões-dentistas atuantes no serviço público. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1181-1189, 2011.

CYRINO EG, TORALLES-PEREIRA ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004.

DANTAS AA, MARTINS CH, MILITÃO MSR. O cinema como instrumento didático para a abordagem de problemas bioéticos: uma reflexão sobre a eutanásia. **Rev. bras. educ. med.**, v. 35, n. 1, p. 69-76, 2011.

DIAS DC, MUROFUSE NT, SCHNEIDE JF, TONINI NS, OLIVEIRA BRG. Reflexões sobre o desafio da administração da educação em enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, v. 57, n. 4, p. 490-492, 2004.

DIAS HS, DIAS de LIMA L, TEIXEIRA M. A trajetória da política nacional de formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013.

DONNANGELO MCF. **Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1975.

ESPÍRITO SANTO ACG do, MARQUES AP de O, LEAL MCC, MOTA SKA, SILVA MRA da. Problematização de temáticas de promoção da saúde do idoso a partir de uma vivência dramatúrgica. **Saude soc.**, v. 17, n. 1, p. 165-175, 2008.

FERNANDES JD, ALMEIDA FILHO N, SANTA ROSA D de O, PONTES M, SANTANA N. Ensinar saúde/enfermagem numa nova proposta de reestruturação acadêmica. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 41(spe), p. 830-834, 2007.

FERREIRA HM, RAMOS LH. Diretrizes curriculares para o ensino da ética na graduação em enfermagem. **Acta paul. enferm.**, v. 19, n. 3, p. 328-331, 2006.

FEUERWERKER LCM, SENA RR. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface (Botucatu)**, v. 6, n. 10, p. 37-49, 2002.

FINKLER M, CAETANO JC, RAMOS FRS. A dimensão ética da formação profissional em saúde: estudo de caso com cursos de graduação em odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4481-4492, 2011.

FRANCISCO IMF, CASTILHO V. A inserção do ensino de custos na disciplina administração aplicada à enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 40, n. 1, p. 13-19, 2006.

GAIDZINSKI RR, PERES HHC, FERNANDES MFP. Liderança: aprendizado contínuo no gerenciamento em enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, v. 57, n. 4, p. 464-466, 2004.

GARCIA JC. **La educación médica en la América Latina**. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 255, 1972.

GARCIA MAA, PINTO ATBCS, ODONI AP de C, LONGHI BS, MACHADO LI, LINEK MDS, COSTA NA. A interdisciplinaridade necessária à educação médica. **Rev. bras. educ. med.**, v. 31, n. 2, p. 147-155, 2007.

GRECO RM. Relato de experiência: ensinando a administração em enfermagem através da educação em saúde. **Rev. bras. enferm.**, v. 57, n. 4, p. 504-507, 2004.

LEMOS CLS, FONSECA SG de. Saberes e práticas curriculares: um estudo de um curso superior na área da saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 28, p. 57-69, 2009.

MACEDO JP, DIMENSTEIN M. Formação do psicólogo para a saúde mental: a psicologia piauiense em análise. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n. 39, p. 1145-1158, 2011.

MACHADO JLM, MACHADO VM, VIEIRA JE. Formação e seleção de docentes para currículos inovadores na graduação em saúde. **Rev. bras. educ. med.**, v. 35, n. 3, p. 326-333, 2011.

MALTAGLIATI LA, GOLDENBERG P. O lugar da pesquisa na reorganização curricular em odontologia: desafios de origem para um debate atual. **Saude soc.**, v. 20, n. 2, p. 436-447, 2011.

MARIN MJS, LIMA EFG, PAVIOTTI AB, MATSUYAMA DT, SILVA LKD, GONZALEZ C, DRUZIAN S, ILIAS M. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. **Rev. bras. educ. med.**, v. 34, n. 1, p. 13-20, 2010.

MARÃES VRFS, MARTINS EF, CIPRIANO JUNIOR G, ACEVEDO AC, PINHO DLM. Projeto pedagógico do curso de Fisioterapia da Universidade de Brasília. **Fisioter. mov. (Impr.)**, v. 23, n. 2, p. 311-321, 2010.

MENDES-GONÇALVES RB. **Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico**. São Paulo, 1979. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da USP]

MITRE SM, SIQUEIRA-BATISTA R, GIRARDI-DE-MENDONÇA JM, MORAIS-PINTO NM de, MEIRELLES C de AB, PINTO-PORTO C, MOREIRA T, HOFFMANN LMA. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 2133-2144, 2008.

MORETTI-PIRES RO. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 30, p. 153-166, 2009.

MOTTA M de GC, ALMEIDA M de A. Repensando a licenciatura em enfermagem à luz das diretrizes curriculares. **Rev. bras. enferm.**, v. 56, n. 4, p. 417-419, 2003.

NOGUEIRA RP. Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de salud en las Américas. **Educación médica y salud**, v. 19, n. 1, 1985.

NOZAWA MR, KIRSCHBAUM DIR, SILVA MAPD, SILVA EM. Ensino de graduação em enfermagem da Unicamp: políticas e práticas. **Rev. bras. enferm.**, v. 56, n. 6, p. 683-686, 2003.

NUNES ED. Tendências e perspectivas das pesquisas em ciências sociais em saúde na América Latina: uma visão geral. In: NUNES ED. (Org.). **As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília: OPAS, 1985. p. 31-79.

NUNES ED (organizador). **Juan César Garcia: pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1989.

OLIVEIRA BRG, SCHNEIDER JF, RIZZOTTO MLF, RODRIGUES RM. Avaliação e construção de um projeto político pedagógico para a graduação em enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, v. 56, n. 4, p. 369-373, 2003.

OLIVEIRA RA, CIAMPONE MHT. A universidade como espaço promotor de qualidade de vida: vivências e expressões dos alunos de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, v. 15, n. 2, p. 254-261, 2006.

PAIM JS. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública: USP, 1994. 80 p.

PAIM JS. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM JS, TRAVASSOS C, ALMEIDA C, BAHIA L, MACINKO J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PINTO IC de M, ESPIRIDIÃO MA, SILVA IV, SOARES CM, SANTOS L, FAGUNDES T de LQ, VIANA S, OLIVEIRA da SILVA V, OLIVEIRA dos ANJOS DS. Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990 – 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1525-1534, 2013.

PIRES MRGM, SPAGNOL CA, BRITO MJM, GAZZINELLI MFC, MONTENEGRO LC. Diálogos entre a arte e a educação: uma experiência no ensino da disciplina de administração em saúde. **Texto contexto - enferm.**, v. 18, n. 3, p. 559-567, 2009.

REZENDE KTA, TAKEDA E, FRAGA EMV, BRACCIALLI LAD, CHIRELLI MQ, COSTA MCG, LALUNA MCMC, CORREA MESH, TONHOM SF DA R. Implementando as unidades educacionais do curso de enfermagem da FAMEMA: relato de experiência. **Interface (Botucatu)**, v. 10, n. 20, p. 525-535. 2006.

RIOS IC, LOPES JUNIOR A, KAUFMAN A, VIEIRA JE, SCANAVINO M de T, OLIVEIRA RA. A integração das disciplinas de humanidades médicas na Faculdade de Medicina da USP: um caminho para o ensino. **Rev. bras. educ. med.**, v. 32, n. 1, p. 112-121, 2008.

RODRIGUEZ NETO E. **Integração Docente Assistencial em Saúde**. São Paulo, 1979. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da USP]

ROZENDO CA, CASAGRANDE LDR, SCHNEIDER JF, PARDINI LC. Uma análise das práticas docentes de professores universitários da área de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 15-23, 1999.

SANTOS, MTT, SENNES ANL, GRECO RM, SHIMA H. Revisão da prática assistencial em uma unidade de saúde: experiência desenvolvida em um projeto de integração docente-assistencial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 3, n. 2, p. 5-14, 1995.

SANTOS RM, BRANDÃO F da S, VALVERDE RC, TREZZA MCSF. Projeto pedagógico do curso de graduação em enfermagem/UFAL: adequações às diretrizes curriculares. **Rev. bras. enferm.**, v. 56, n. 6, p. 690-694, 2003.

SCHRAIBER LB. **Contribuição ao estudo da educação médica**. São Paulo, 1980. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da USP].

SCHRAIBER LB, PEDUZZI M. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. **Educ Méd Salud**, v. 27, n. 3, p. 295-313, 1993.

SIGNORELLI MC, ISRAEL VL, CORRÊA CL, MOTTER AA, TAKEDA SYM, GOMES ARS. Um projeto político-pedagógico de graduação em fisioterapia pautado em três eixos curriculares. **Fisioter. mov. (Impr.)**, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2010.

SILVA, RF, SÁ-CHAVES I. Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. **Interface (Botucatu)**, v. 12, n. 27, p. 721-734, 2008.

SILVA CRLD, KLEIM EJ, BERTONCINI JH. Transdisciplinaridade na educação para a saúde: um planejamento para a graduação do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, v. 56, n. 4, p. 424-428, 2003.

SILVA GR. Origens da Medicina Preventiva como disciplina do ensino médico. **Revista do Hospital das Clínicas (FMUSP)**, v. 28, p. 91-96, 1973.

SILVA KL, SENA RR, GRILLO MJC, HORTA NC, PRADO PMC. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. **Rev. bras. enferm.**, v. 62, n. 1, p. 86-91, 2009.

SILVA RHA da, MIGUEL SS, TEIXEIRA LS. Problematização como método ativo de ensino-aprendizagem: estudantes de farmácia em cenários de prática. **Trab. educ. saúde (Online)**, v. 9, n. 1, p. 77-93, 2011.

SOUZA PA, ZEFERINO AMB, DA ROS MA. Currículo integrado: entre o discurso e a prática. **Rev. bras. educ. med.**, v. 35, n. 1, p. 20-25, 2011.

SPERANDIO AMG, PASSOS LP, OLIVEIRA LMF, BISINOTTO HS, SANTO IFE, CELESTRINO CCC, SILVA FC, KUNII MS. Ensino e práticas de promoção da saúde durante o primeiro ano de medicina – Unicamp. **Rev. bras. educ. med.**, v. 34, n. 4, p. 615-621, 2010.

TAKEDA E, OTANI MP, REZENDE KA, CHIRELLI MQ, TONHOM SF da R, NUNES CRR. A formação do enfermeiro para o cuidado na atenção básica à saúde. **Rev. bras. enferm.** 57(2): 247-249, 2004.

TEIXEIRA CF. **Educação e saúde: contribuição ao estudo da formação dos agentes das práticas de saúde no Brasil**. Salvador, 1982. [Dissertação de Mestrado – Universidade Federal da Bahia]

TEIXEIRA CF. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista. **Interface (Botucatu)**, v. 7, n. 13, p. 163-166, 2003.

TEIXEIRA CF. Profissionais e trabalhadores de saúde no Brasil: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1535-1537, 2013.

TRENCH MCB, BARZAGHI L, PUPO AC. Mudança curricular: construção de um novo projeto pedagógico de formação na área da Fonoaudiologia. **Interface (Botucatu)**, v. 12, n. 27, p. 697-711, 2008.

VALE EG, GUEDES MVC. Competências e habilidades no ensino de administração em enfermagem à luz das diretrizes curriculares nacionais. **Rev. bras. enferm.**, v. 57, n.4, p. 475-478, 2004.

VIEIRA DA SILVA LM, PAIM JS, SCHRAIBER LB. O que é Saúde Coletiva? In: Paim JS e Almeida-Filho N (org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1 ed. – Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 3 – 12.

Artigo 3

**EDUCAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE: CONTEXTO
INSTITUCIONAL DE CRIAÇÃO DO BACHARELADO
INTERDISCIPLINAR**

EDUCAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE: CONTEXTO INSTITUCIONAL DE CRIAÇÃO DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR

Marcelo Nunes Dourado Rocha⁷⁴

Maria Caputo, Maria Thereza Coelho,
Renata Veras e Carmen Teixeira

1. INTRODUÇÃO

A Universidade brasileira tem se constituído, nos últimos anos, em cenário de um amplo debate em torno da necessidade e das possibilidades de mudança face à crise e aos desafios colocados pelas intensas transformações científicas e tecnológicas que caracterizam o mundo contemporâneo, com repercussões no mundo do trabalho e na vida cotidiana.

De fato, o processo de globalização da economia, planetarização da política e mundialização da cultura (DREYFFUS, 1997) vêm se desdobrando também no âmbito acadêmico, gerando reflexões e propostas de mudança nas políticas e na organização da atividade universitária em diversos países do mundo, inclusive no Brasil (SANTOS, 1997, 2005; MORIN, 2001, 2002, 2003, 2005; ALMEIDA FILHO, 2007a, 2007b; SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2008).

Os principais aspectos críticos apontados nesses estudos com relação ao ensino universitário dizem respeito à vigência de um modelo de formação superior que enfatiza a profissionalização precoce, com perda de autonomia das instituições acadêmicas face às pressões e tendências do mercado de trabalho, o qual, na medida em que passa por intensas transformações, torna rapidamente obsoletas as competências e habilidades específicas adquiridas nos cursos profissionais. Em vista disso, as propostas de mudança no modelo de formação enfatizam a necessidade de se promover a capacidade de “aprender a aprender” (MORIN, 2005), defendendo a incorporação de mudanças não só no modelo de formação senão que no processo de ensino-aprendizagem.

O debate em torno dessas ideias no Brasil, especialmente no âmbito da Universidade Federal da Bahia (UFBA) nos últimos anos, tem gerado a elaboração de propostas de transformação da arquitetura acadêmica da instituição, com a reformulação da oferta de

⁷⁴ Doutorando do Programa de Pós-Graduação do ISC-UFBA. Professor Assistente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

cursos e a reflexão em torno das possibilidades de introdução de mudanças nos projetos e nas práticas pedagógicas, visando à superação das limitações dos currículos vigentes.

Este capítulo trata de caracterizar esse contexto e descrever a elaboração e aprovação das propostas de mudança na UFBA, que contemplaram, entre outros projetos, a criação dos Bacharelados Interdisciplinares, em especial o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BI Saúde) e a implantação do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos, na gestão do Reitor Naomar de Almeida Filho, especialmente o período compreendido entre 2006 e 2008.

Inicialmente apresentamos uma breve revisão da situação e tendências da formação superior em saúde no Brasil, cenário onde se projeta a criação e implantação do BI Saúde. Em seguida, tratamos de analisar a emergência da proposta UFBA Nova, mais adiante denominada Universidade Nova, e discutimos o processo de construção da proposta de adesão da UFBA ao Programa de Apoio aos Planos de Expansão e Reestruturação das Universidades Federais (REUNI). Por fim, apresentamos a formalização do “projeto pedagógico original” dos Bacharelados Interdisciplinares na sua versão apresentada e aprovada no Conselho de Ensino Pesquisa e Extensão (CONSEPE), em julho de 2008.

2. FORMAÇÃO DE PESSOAL EM SAÚDE NO BRASIL: TENDÊNCIAS E DESAFIOS

A problemática da formação de pessoal em saúde vem sendo estudada por vários pesquisadores, encontrando-se grande número de trabalhos que abordam distintos aspectos do tema, quer discutindo a relação entre os processos de formação e as tendências do mercado de trabalho no setor, quer analisando processos de mudança no ensino das diversas profissões de saúde, ou ainda discutindo aspectos específicos do processo de formação de pessoal nos diversos níveis educacionais, isto é, no nível superior, técnico ou elementar.

Não cabe aqui uma revisão extensa desses estudos, importando destacar as tendências e desafios que se apresentam atualmente no âmbito da formação superior na área, identificando os modelos de formação vigentes e suas limitações diante das demandas e necessidades que se apresentam no campo da saúde, particularmente no que diz respeito à constituição de sujeitos capazes de contribuir para a necessária transformação das práticas de saúde e da organização e gestão dos sistemas e serviços.

Nesse sentido, cabe ressaltar a relevância de se tomar, como referencial para a compreensão dessas tendências, o que vem se passando no âmbito dos sistemas de serviços de saúde, ou seja, a dinâmica configurada pela justaposição do processo de reforma do sistema público materializado na construção do Sistema Único de Saúde – SUS (PAIM, 2011) e suas relações com a recomposição do setor privado – SAMS,⁷⁵ operada através da intensa mercantilização dos serviços de saúde nas últimas décadas (BAHIA, 2005; SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

A reorientação das políticas e as mudanças na economia da saúde, ou seja, da forma de intervenção do Estado sobre a organização e gestão dos serviços, e as mudanças na produção, distribuição e consumo dos mesmos, induzidas pelos interesses do mercado no setor têm gerado mudanças significativas na organização do processo de trabalho em saúde, afetando, direta e indiretamente, a formação dos profissionais (de nível superior) e dos trabalhadores de saúde em geral.

Observa-se assim, uma tendência à fragmentação do processo de trabalho e a diversificação das formas de inserção dos profissionais no mercado, cuja contrapartida, tem sido, de um lado, a reorganização do trabalho com tendência à formação de equipes multiprofissionais, ao tempo em que se acentua a tendência à multiplicação de vínculos empregatícios (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004; PIERANTONI et al., 2008).

Em outras palavras, vem ocorrendo um processo de desqualificação técnica e desvalorização social do trabalho em saúde, ao qual os diversos atores envolvidos, gestores públicos e privados, profissionais e trabalhadores tentam se contrapor, desenvolvendo distintas estratégias, que vão da formulação e implementação de políticas de “gestão do trabalho” aos movimentos de caráter corporativo, em defesa de melhorias de condições de trabalho e remuneração.

Desse contexto, marcado pelo conflito de interesses entre os vários atores políticos e sociais, fazem parte as instituições responsáveis pela formação de pessoal, notadamente as universidades, bem como as instituições empregadoras de mão de obra em saúde, tanto as estatais quanto as privadas.

⁷⁵ Sistema de Assistência Médico-Supletiva, composto por várias modalidades de organização da prestação de serviços, que tem financiamento privado (através de planos e seguros de saúde) e acesso limitado aos segurados, em contraposição ao SUS, cujo financiamento é público e o acesso é universal, a todos os cidadãos. Ver PAIM (2008, 2011).

No que diz respeito às universidades, estudos sobre a formação de nível superior apontam a extraordinária expansão do número de escolas e de cursos na área de saúde, notadamente no setor privado, constatando-se que esta expansão vem se dando de modo desigual, dado a existência de fortes movimentos de “reserva de mercado” por parte de algumas categorias profissionais. Assim, observa-se resistência à expansão dos cursos e vagas na formação médica, enquanto se deu uma enorme expansão na área de Psicologia e Enfermagem, que anualmente lançam milhares de novos profissionais ao mercado de trabalho (HADDAD, 2010).

Do ponto de vista das mudanças internas aos cursos, verifica-se uma tendência ao desencadeamento de reformas curriculares, movimento estimulado, inclusive, pela aprovação da nova Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Superior (MEC, 1996), que confere liberdade às instituições de ensino para o desenho de currículos inovadores, adequados às realidades regionais e às respectivas vocações das escolas. Nessa perspectiva, ocorreu a substituição do antigo “currículo mínimo” pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que propõem a introdução de conteúdos que reflitam o avanço científico e tecnológico em cada área e induzem a articulação das instituições de ensino superior (escolas e cursos) com a sociedade e o mercado.

Na área da Saúde, especificamente, as DCN reforçam a necessidade de orientar a formação (competências, habilidades e valores) dos profissionais para a inserção no Sistema Único de Saúde, o que tem propiciado certo esforço por parte das coordenações e colegiados de cursos em aproximar o processo ensino-aprendizagem aos serviços públicos de saúde. (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2005) Trata-se, em muitos casos, de organizar uma prática que, de certo modo, é constitutiva da formação de pessoal em saúde, na medida em que o aprendizado se dá não apenas no chamado “modo escolar”, senão que “em serviço”, na prática. Tais processos, ou seja, a institucionalização de estágios e “vivências” vem sendo, inclusive, estimulados pelas instituições públicas que se constituem em empregadoras dos futuros profissionais, estabelecendo-se até certa “competição” com os estágios realizados, formal e informalmente, em instituições privadas de saúde.

Também se constata esforços realizados pelas instituições gestoras do sistema de saúde, especialmente o Ministério e as Secretarias Estaduais de Saúde, em desenvolver políticas de educação permanente e gestão do trabalho, que contemplem a readequação dos perfis profissionais às necessidades derivadas da mudança do modelo de atenção à saúde no

SUS, particularmente o esforço de expandir a atenção básica com o PSF, ao tempo em que se implementa políticas de valorização do trabalhador e de humanização da atenção. (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004, 2008; PINTO; TEIXEIRA, 2011)

Apesar de tudo isso, é forçoso admitir que o perfil (científico-técnico e ético-político) dos profissionais formados continua predominantemente direcionado à reprodução do modelo médico-assistencial hegemônico, que subsiste mesmo ao interior do SUS (TEIXEIRA; VILASBOAS, 2010), o que em parte deriva da permanência de um modelo de formação superior que enfatiza a profissionalização, com tendência cada vez maior à especialização e subspecialização de competências e habilidades.

Ainda que se considere a complexidade do processo de formação de pessoal em saúde, e as múltiplas determinações que incidem sobre as escolhas e trajetórias dos sujeitos que decidem ingressar no ensino superior com o propósito de se qualificar neste campo, é importante lembrar que as instituições universitárias detêm certa autonomia, e podem (e devem) desenvolver processos de mudança em sua configuração acadêmica e em suas práticas de ensino, pesquisa e extensão, de modo a oferecer alternativas de formação à sociedade. Nessa perspectiva é que se coloca o processo de elaboração e implantação dos cursos de Bacharelado Interdisciplinar, um dos quais o Bacharelado Interdisciplinar de Saúde na UFBA, cujos antecedentes passamos a descrever.

3. UFBA NOVA: ANTECEDENTES DA PROPOSTA DE CRIAÇÃO DOS BACHARELADOS INTERDISCIPLINARES

Desde a publicação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação em 1996, diversas iniciativas têm indicado a necessidade de aperfeiçoamento e reformulação da educação superior no Brasil.⁷⁶ Com esse propósito, no dia 12 de junho de 2006, ainda no governo Lula, foi encaminhado ao Congresso Nacional o Projeto de Lei 7.200 visando, por um lado, estabelecer as normas gerais da educação superior e, por outro lado, regular a educação no sistema federal de ensino (Figura 1).

⁷⁶ Mais recentemente, podemos citar como exemplos: Diagnóstico da Educação Superior realizado no âmbito do Programa Universidade XXI (2003), Proposta da ANDIFES para a reestruturação da Educação Superior no Brasil (2004), anteprojeto de lei encaminhado ao Presidente da República pelo Ministro da Educação Tarso Genro em 29 de julho de 2005, Referenciais Orientadores para os Bacharelados Interdisciplinares e Similares. (BRASIL, 2010)

Em paralelo, no âmbito da Universidade Federal da Bahia, a reeleição, em maio de 2006, da equipe gestora que conduziu a Reitoria no quadriênio 2002–2006, representou o interesse da comunidade universitária em intensificar e aprofundar o debate em torno do processo de reestruturação da UFBA. Nesse sentido, as diretrizes programáticas contidas no Plano de Ação vitorioso no pleito de 2006 indicavam, claramente, a direcionalidade pretendida para esse processo: a) renovação e integração do ensino de graduação e pós-graduação; b) ênfase na pesquisa, criação e inovação; c) reafirmação do compromisso social, redefinindo o conceito de extensão; d) modernização administrativa com gestão participativa.

Logo após a posse em agosto de 2006, a pedido da Reitoria e com aprovação dos Conselhos Superiores, constituiu-se uma comissão para revisão do Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), com destaque para a necessidade de revisão da arquitetura acadêmica vigente na UFBA. Com esse propósito específico, foram convidados a contribuir docentes e pesquisadores com reconhecida experiência e interesse pela temática. Ao mesmo tempo, a Pró-Reitoria de Ensino de Graduação, com assessoria de uma Comissão Técnica nomeada pelo Reitor, responsabilizou-se pela avaliação dos aspectos legais, pedagógicos e operacionais da proposta de reestruturação acadêmica.

Já em setembro daquele ano o projeto denominado UFBA Nova foi formalmente apresentado ao Conselho Universitário e ao Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão. (UFBA, 2010) O texto apresentado, embora se constituísse em versão preliminar, contemplava uma revisão histórica e conceitual da instituição universitária e das raízes da educação superior no Brasil, com destaque para os modelos de formação vigentes no mundo. Além disso, continha uma descrição geral da proposta dos Bacharelados Interdisciplinares, com a explicitação da estrutura curricular e mecanismos de ingresso, a análise de viabilidade comparativa com base em três cenários de expansão da educação superior pública na rede federal, bem como a análise do impacto da sua implantação, em termos financeiros, administrativos e educacionais.

Conscientes dos limites na proposta encaminhada pelo governo federal através do Projeto de Lei 7200/06,⁷⁷ e buscando superar as lacunas identificadas, o projeto UFBA Nova

⁷⁷ O seguinte trecho ilustra claramente a percepção acerca do PL 7200: “Lamentavelmente, o PL da Reforma Universitária não contempla propostas significativas de mudanças no atual modelo de formação acadêmica, seja no nível da graduação, pós-graduação ou de quaisquer modalidades de educação superior previstas na legislação em vigor. O seu foco se concentra em mecanismos regulatórios, administrativos e de financiamento para as Instituições de Ensino Superior, com a dimensão acadêmica reduzida à possibilidade de inclusão de um ciclo de estudos gerais no início dos cursos de graduação, no seu artigo 44, parágrafo 4º.” (UFBA, 2007, p. 9)

em seu diagnóstico da situação atual da educação superior no Brasil apontava para a necessidade de se enfrentar os seguintes problemas (UFBA, 2006, p. 15):

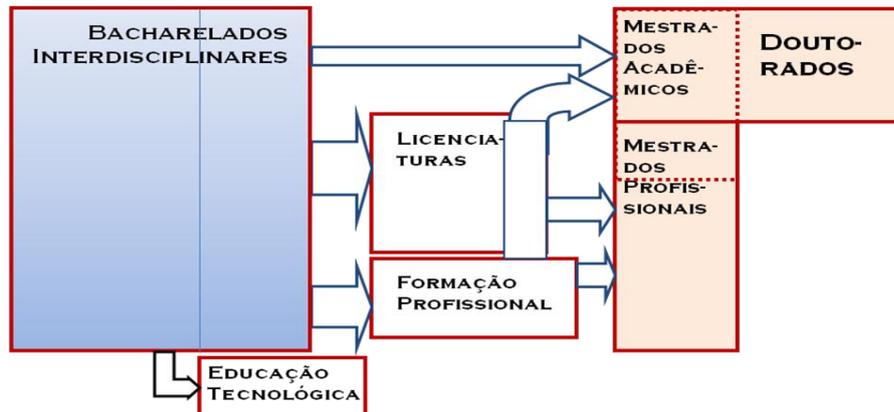
1. Excessiva precocidade nas escolhas de carreira profissional;
2. Seleção limitada, pontual e “traumática” para ingresso na graduação;
3. Elitização da educação universitária;
4. Viés mono disciplinar na graduação, com currículos estreitos e bitolados;
5. Enorme fosso entre graduação e pós-graduação;
6. Programas de ações afirmativas com data de validade;
7. Incompatibilidade quase completa com modelos de arquitetura acadêmica vigentes em outras realidades universitárias, especialmente de países desenvolvidos, conforme revisado antes.

Reconhecidamente inspirado no movimento da Escola Nova conduzido por Fernando de Azevedo e Anísio Teixeira, na década de 1920, e mais concretamente nas experiências inovadoras conduzidas pelo último na criação da Universidade do Distrito Federal (UDF), no Rio de Janeiro, em 1935, e da Universidade de Brasília (UnB), em 1961, o projeto UFBA Nova propunha como principal objetivo a reestruturação da graduação através da implantação do regime de ciclos de formação (Figura 2). Dessa forma, propunha a compatibilização da arquitetura acadêmica brasileira tanto com o Modelo Norte-Americano (de origem flexneriana), quanto com o Modelo Unificado Europeu (iniciado com o processo de Bolonha), pela transformação do atual modelo num regime de três ciclos, assim definidos (UFBA, 2006, p. 20):

- Primeiro Ciclo:** Bacharelados Interdisciplinares (BI), propiciando formação universitária geral, como pré-requisito para progressão aos ciclos seguintes;
- Segundo Ciclo:** Formação profissional em licenciaturas ou carreiras específicas;
- Terceiro Ciclo:** Formação acadêmica científica ou artística da pós-graduação.

De acordo com o desenho proposto, os novos cursos de graduação denominados Bacharelados Interdisciplinares (BI) foram compreendidos como o primeiro ciclo do processo de formação superior, em caráter não profissionalizante. Essa transformação da arquitetura acadêmica considerou que os BIs podem exercer uma dupla função, constituindo-se tanto em cursos de graduação com terminalidade própria para o exercício de funções e atividades que não requeiram formação profissional específica, quanto em etapa preparatória para a continuidade dos estudos nas etapas de formação profissional e acadêmica.

FIGURA 2 – Arquitetura curricular da Universidade Nova.



Fonte: UFBA. Projeto Pedagógico dos Bacharelados Interdisciplinares, 2008a (adaptado).

4. DA PROPOSTA UFBA NOVA AO MOVIMENTO UNIVERSIDADE NOVA

O amadurecimento interno em torno da proposta “UFBA Nova” estimulou a equipe dirigente a ampliar a discussão buscando envolver interlocutores externos ao contexto local da própria universidade. A primeira oportunidade ocorreu logo em setembro de 2006 na reunião da Associação Nacional de Dirigentes de Instituições Federais de Educação Superior (ANDIFES), realizada em Recife, seguida de apresentação ao Ministério da Educação em outubro de 2006. A significativa ampliação da base de sustentação da proposta suscitou a revisão do documento inicial pela equipe da UFBA. A versão revista e ampliada, já sob a denominação de Universidade Nova, foi novamente apresentada na reunião da ANDIFES realizada em outubro do mesmo ano.

A fim de subsidiar o debate em torno das propostas de reestruturação curricular, a ANDIFES promoveu e o Ministério da Educação apoiou, por intermédio da Secretaria de Ensino Superior – SESU, a realização, em duas edições, do Seminário Nacional da Universidade Nova. A primeira delas, em dezembro de 2006, na Universidade Federal da Bahia, e a segunda, na Universidade de Brasília, em março de 2007.

Antes mesmo que o PL 7200/06 tivesse sua tramitação concluída no Congresso Nacional, o governo federal instituiu, em abril de 2007, por intermédio do Decreto Presidencial nº 6.096/07, o Programa de Apoio a Planos de Expansão e Reestruturação das Universidades Federais (REUNI). Esse programa foi elaborado com o objetivo de criar

condições para a ampliação do acesso e permanência dos alunos na educação superior, no nível de graduação, pelo melhor aproveitamento da estrutura física e de recursos humanos existentes, respeitando, entretanto, a autonomia universitária, as características particulares e a diversidade institucional do sistema federal de ensino. Os resultados almejados previam a elevação gradual da taxa de conclusão média dos cursos de graduação presenciais para noventa por cento e da relação de alunos de graduação em cursos presenciais por professor para dezoito, ao final de cinco anos, a contar do início de cada plano. (BRASIL, 2007a)

As diretrizes do REUNI contemplavam as seguintes dimensões:

- Redução das taxas de evasão, ocupação de vagas ociosas e aumento de vagas de ingresso, especialmente no período noturno;
- Ampliação da mobilidade estudantil, com a implantação de regimes curriculares e sistemas de títulos que possibilitem a construção de itinerários formativos, mediante o aproveitamento de créditos e a circulação de estudantes entre instituições, cursos e programas de educação superior;
- Revisão da estrutura acadêmica, com reorganização dos cursos de graduação e atualização de metodologias de ensino-aprendizagem, buscando a constante elevação da qualidade;
- Diversificação das modalidades de graduação, preferencialmente não voltadas à profissionalização precoce e especializadas;
- Ampliação de políticas de inclusão e assistência estudantil;
- Articulação da graduação com a pós-graduação e da educação superior com a educação básica.

Em observância ao art. 1º §2º do Decreto 6.096/2007, em 25 de junho de 2007, foi nomeado, pela Portaria nº 552 SESU/MEC, o Grupo Assessor responsável pela elaboração das normas complementares à operacionalização do REUNI. Após incorporar várias sugestões de mudança encaminhadas pela ANDIFES e pelos representantes do conjunto das instituições federais de ensino superior (IFES), foi divulgado, em 16 de agosto de 2007, o documento intitulado “Diretrizes Gerais do REUNI”, contemplando a definição de diretrizes e indicadores para apresentação dos Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais.

5. A PROPOSTA DE INCLUSÃO DA UFBA NO REUNI

O Programa de Apoio a Planos de Expansão e Reestruturação das Universidades Federais (REUNI), estabelecido pelo Decreto nº 6.096/07, propiciou condições para a ampliação física e reestruturação pedagógica do sistema federal de educação superior, contribuindo, no âmbito da Universidade Federal da Bahia, para a introdução de propostas de mudança em sua arquitetura acadêmica e sua configuração institucional. Em termos práticos, o REUNI representou uma verdadeira “janela de oportunidade” (KINGDON, 1995; CAPELLA, 2007), ao propiciar as condições para implementação das inovações contidas no projeto Universidade Nova, em discussão na UFBA desde 2006.

Ainda que o prazo definido, para que as universidades interessadas em participar do Programa já a partir de 2008 apresentassem suas propostas fosse bastante limitado,⁷⁸ o processo de formulação do Plano REUNI/UFBA implicou num amplo movimento de construção coletiva envolvendo, por um lado, a divulgação de documentos preliminares, minutas de anteprojeto e termos de referência para consulta pública em listas de discussão e, por outro lado, a consulta às unidades universitárias sobre o interesse em participar da proposta de adesão e adequação ou não de seus cursos ao novo regime, tendo os BI como o primeiro ciclo. (UFBA, 2007)

Em termos de participação, de um total de 30 unidades acadêmicas, 26 se manifestaram favoráveis à adesão e contribuíram para a elaboração do documento-base do REUNI/UFBA. “Apenas as escolas de Teatro e de Belas Artes e as Faculdades de Medicina e de Educação rejeitaram a proposta de adesão da UFBA ao REUNI.” (UFBA, 2010, p. 162)

Em termos de reestruturação da arquitetura acadêmica, o acordo firmado em torno do Plano REUNI/UFBA determinou uma implantação parcial da proposta Universidade Nova e, conseqüentemente, do regime de ciclos, pois, se, por um lado possibilitou a implantação do primeiro ciclo com a criação dos BI, por outro lado manteve o ingresso direto nos tradicionais cursos profissionalizantes de progressão linear, pelo processo seletivo do vestibular. Essa possibilidade de ingresso poderia ser flexibilizada, podendo prever gradativa transição de ao menos parte de suas vagas para ingresso através dos BI, de acordo com cronograma específico de implantação das reformulações curriculares. (UFBA, 2007)

⁷⁸ Foi definido, através do documento “Diretrizes Gerais do REUNI”, divulgado em 16 de agosto de 2007, que o prazo para encaminhamento das propostas encerraria em 29 de outubro de 2007.

A decisão final acerca do ingresso da UFBA no REUNI foi aprovada pelo CONSUNI, em reunião extraordinária realizada em 19 de outubro de 2007, por 28 votos favoráveis em um universo de 33 votantes. No cômputo total, o processo de elaboração da proposta consumiu 15 meses. Nesse período foram realizadas 212 atividades para apresentação, discussão, aperfeiçoamento e formalização da proposta, envolvendo ainda três consultas públicas no ano de 2007, realizadas em listas eletrônicas de discussão interna, contando com a participação de mais de 300 colaboradores de dentro e de fora da UFBA. (UFBA, 2010)

Em sintonia com os princípios e orientações gerais do REUNI, dentre as dimensões contidas no projeto REUNI/UFBA, o Memorial da Universidade Nova 2002 – 2010 (2010) destaca o seguinte conjunto de metas assumidas junto ao governo federal:

- Implantação de 28 novos cursos de graduação;
- Abertura de 21 novas turmas de cursos existentes;
- Ajuste de 22 cursos existentes ao REUNI;
- Abertura de 16 turmas de Licenciaturas Especiais;
- Implantação de sete Cursos de Educação Superior Tecnológica;
- Implantação de quatro Bacharelados Interdisciplinares.

Além disso, a UFBA comprometeu-se em elevar a relação aluno/professor de 11,7/1 para 18/1, criar 4.510 novas vagas em cursos de graduação com previsão de oferta de 2.000 vagas para ingresso pelos BI, sendo metade delas disponibilizadas no horário noturno. De modo geral, a estimativa global de aumento de vagas nos cursos de graduação da UFBA foi estabelecida em 17.051 matrículas, correspondendo a 83 % de crescimento em relação a 2007. (UFBA, 2007)

6. A “PROPOSTA ORIGINAL” DOS BACHARELADOS INTERDISCIPLINARES E A CRIAÇÃO DO IHAC

Em julho de 2008, a Câmara de Graduação do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFBA apreciou o projeto pedagógico para implantação de quatro cursos de Bacharelado Interdisciplinar (BI): Ciência e Tecnologia, Humanidades, Artes e Saúde. De acordo com a proposta aprovada, os BIs constituem:

[...] uma modalidade de curso de graduação que se caracteriza por agregar uma formação geral humanística, científica e artística ao aprofundamento num dado campo do saber, promovendo o desenvolvimento de competências e habilidades que possibilitarão ao egresso a aquisição de ferramentas cognitivas que conferem autonomia para aprendizagem ao longo da vida bem como uma inserção mais plena na vida social, em todas as suas dimensões. Também provê fundamentos conceituais e metodológicos para a formação profissional em cursos de graduação que o adotem como primeiro ciclo. (UFBA, 2008a, p. 12)

Com efeito, o BI pode ser definido como curso universitário de formação geral, de natureza interdisciplinar, com terminalidade própria, entendido como preparação para o ingresso em cursos profissionais de progressão linear, ou para a formação acadêmica de pós-graduação humanística, científica ou artística, ou, ainda, para o ingresso no mercado de trabalho em ocupações que não exijam formação profissional específica.

O projeto político-pedagógico dos BI estabeleceu ainda cinco princípios norteadores para a construção dos currículos específicos nas grandes áreas do conhecimento (UFBA, 2008a, p. 22-23):

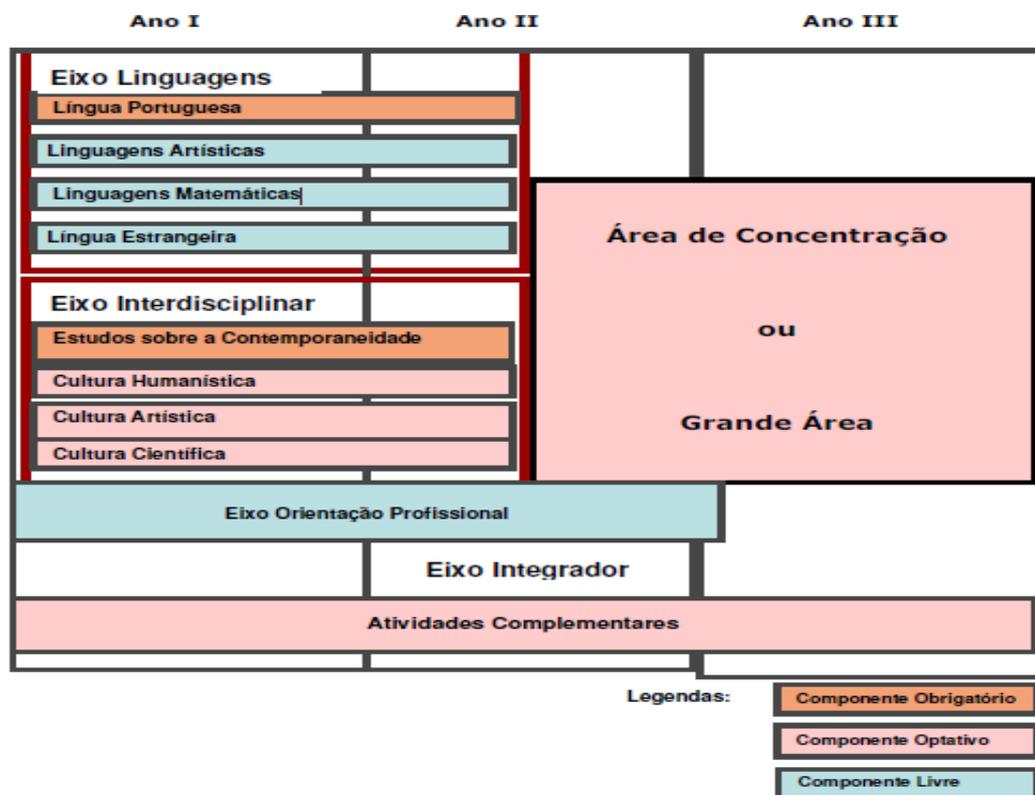
- **Autonomia** – O princípio da autonomia do sujeito implica na responsabilização do indivíduo na condução do seu próprio processo de aprendizagem. Constitui-se em requisito fundamental para consolidação de sua competência de aprender a aprender. A conquista de tal competência é absolutamente necessária a profissionais que atuarão numa realidade em permanente transformação e que terão que enfrentar as novas situações e problemas que estarão sempre emergindo em suas experiências de trabalho. O conhecimento de técnicas investigativas se constitui numa importante ferramenta de aquisição dessa autonomia, bem como a aprendizagem de línguas estrangeiras.
- **Flexibilidade** – Diminuição ao mínimo necessário da exigência de pré-requisitos, favorecendo a possibilidade de escolha livre pelos alunos dos componentes a serem cursados e, como consequência, reforçando o princípio da autonomia.
- **Articulação** – Propõe a criação de componentes curriculares de natureza interdisciplinar, bem como sugere o acréscimo de outros dispositivos, de natureza integradora, tais como seminários, oficinas e laboratórios.
- **Atualização** – Revisão e atualização periódica dos componentes curriculares buscando contemplar os avanços científicos, tecnológicos, as inovações artísticas e quaisquer novidades no campo do conhecimento. A inclusão de componentes como Tópicos Especiais, Trabalho de Conclusão de Curso e Atividades Complementares são alguns exemplos de formas de atualização.
- **Inclusão das três culturas** – Os currículos dos BI deverão incluir componentes curriculares que representem e articulem os três grandes

campos do conhecimento elaborado contemplando conteúdos dos campos artístico, científico e humanístico. Ademais, devem propiciar aos alunos a oportunidade de vivenciarem experiências de aprendizagem mais abrangentes e culturalmente enriquecedoras, num nível de complexidade compatível com a educação superior.

A definição das competências gerais considerou amplo levantamento realizado pelo projeto Tuning – América Latina, envolvendo 62 instituições de ensino superior, inclusive brasileiras, de 19 países. Desse modo, estabeleceu-se um elenco genérico de capacidades, habilidades e compromissos a serem observados na construção de cada projeto político-pedagógico específico. (UFBA, 2008a)

De acordo com o documento aprovado, os BI possuem uma carga horária total de 2.400 horas e duração mínima de seis semestres. Sua estrutura curricular contempla duas Etapas de Formação e um Eixo Integrador comum (Figura 3). Cada uma das Etapas de Formação, por sua vez, está organizada em Eixos, Módulos, Blocos e Componentes Curriculares.

FIGURA 3 – Estrutura curricular do Bacharelado Interdisciplinar.



Fonte: UFBA. Projeto Pedagógico dos Bacharelados Interdisciplinares, 2008a.

Segundo a Resolução do CONSEPE nº 2, de 01 de julho de 2008, os componentes curriculares podem ser classificados quanto a sua natureza em obrigatório, optativo e livre. Os obrigatórios são aqueles componentes indispensáveis à integralização do curso, cujos conteúdos são essenciais à formação pretendida, definidos no projeto pedagógico específico de cada área. Os optativos são componentes complementares cujos conteúdos configuram-se em estreita relação com a formação pretendida, mas não são individualmente indispensáveis à integralização do curso, sendo oferecidos pelo IHAC para cada área ou pelas unidades de ensino da UFBA naquela área, respeitando-se as características e os pré-requisitos quando houver. A definição livre contempla aqueles conteúdos programáticos que não guardam, necessariamente, relação direta com a formação pretendida, envolvendo todo o elenco de componentes curriculares ofertados pela UFBA. (UFBA; CONSEPE, 2008b)

A primeira etapa, de Formação Geral, corresponde aos três primeiros semestres do curso, podendo ser integralizada com uma carga horária mínima de 500 horas (20% do total). Tem como objetivo: “[...] garantir aquisição de competências e habilidades que permitam a compreensão pertinente e crítica da realidade natural, social e cultural.” (UFBA, 2008a, p. 29) O seu desenho é composto de três eixos:

- a) **Eixo Linguagens (EL)** – Organizado por módulos de componentes curriculares em: Língua Portuguesa; Língua Estrangeira; Linguagens Matemáticas e Linguagens Artísticas;
- b) **Eixo Interdisciplinar (EI)** – Com carga horária total de 408 horas, composto por dois módulos: Estudos sobre a Contemporaneidade e Formação nas três culturas;
- c) **Eixo Integrador** – Detalhado mais adiante.

A etapa de Formação Específica deve ser integralizada com o cumprimento de, no mínimo, 1.200 horas (50% do curso). Tem por finalidade: “[...] proporcionar aquisição de competências e habilidades que possibilitem o aprofundamento num dado campo do saber teórico ou teórico-prático, profissional disciplinar, multidisciplinar ou interdisciplinar.” (UFBA, 2008a, p. 32) Essa etapa varia conforme a escolha do aluno, podendo ser composta por duas modalidades alternativas: o Eixo de Orientação Profissional (EOP) e o Eixo Específico.

O primeiro eixo é constituído por um conjunto de componentes curriculares que oferece uma visão panorâmica das diversas áreas básicas do conhecimento e das carreiras profissionais, orientando o estudante na escolha madura e no desenvolvimento da sua carreira profissional. O segundo eixo pode se constituir em uma de duas opções: a Grande Área ou a Área de Concentração.

O Bacharelado na Grande Área (BGA) se caracteriza por: “[...] no máximo um terço (400 horas), componentes curriculares obrigatórios, básicos e essenciais das Artes, Humanidades, Saúde ou Ciência e Tecnologia, e o restante, de componentes optativos nas referidas áreas e disponibilizados pelas diversas unidades.” (UFBA, 2008a, p. 32) Nessa opção, o egresso, ao cursar um elenco mínimo e pré-definido de componentes curriculares na área da Saúde, não superior a 400 horas, poderá concluir seus estudos com o título de Bacharel em Saúde.

O Bacharelado na Área de Concentração (BAC) contempla a organização dos componentes

[...] como um conjunto de estudos teóricos e aplicados que tenham coerência interna e estejam a serviço da construção de um perfil acadêmico e ou ocupacional que se esgota em si mesmo. Dessa forma, não se define a partir do critério de mera antecipação dos estudos básicos de carreiras profissionais e acadêmicas, o que não exclui o cumprimento da função propedêutica de etapa inicial de estudos posteriores. Compõe-se de disciplinas e atividades necessárias ao aprofundamento em campos de saberes e práticas. (UFBA, 2008a, p. 32-33)

O Eixo Integrador, por sua vez, é responsável pela articulação entre as duas etapas de formação. Possui carga horária de 100 horas a ser cumprida em Atividades Complementares diversificadas e de caráter opcional, tais como: pesquisa, extensão, estágios, programas especiais, cursos livres, disciplinas de graduação e pós-graduação, Atividade Curricular em Comunidade, entre outros.

Quanto ao mecanismo de ingresso aos cursos, definiu-se que, inicialmente, se daria através do exame vestibular para a primeira turma, em 2009, e, posteriormente, este passaria a ser efetuado através do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), para as turmas de 2010 em diante. Estimativas preliminares contidas no projeto original indicavam uma implantação gradual das turmas. No caso específico do BI Saúde, a previsão era de início, em 2009, uma oferta de 100 vagas no horário noturno, aumentada progressivamente até oferecer, em 2012, 400 vagas, sendo metade delas noturnas.

No plano organizacional, o projeto REUNI – UFBA previu a criação de uma nova unidade acadêmica responsável por sediar os Bacharelados Interdisciplinares. Nesse sentido é que o CONSUNI, através da Resolução nº7, de 3 de novembro de 2008, aprovou a criação do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos (IHAC). O IHAC tem como objetivo: “fomentar uma configuração MIT (multi, inter, trans) disciplinar do conhecimento, mediante a oferta de programas interdisciplinares de graduação e pós-graduação, além da pesquisa, criação e inovação produzidas em centros de pesquisa e extensão.” (UFBA, 2010, p. 182)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo exposto, constata-se que a criação do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde apresenta-se como uma inovação na arquitetura acadêmica da UFBA, decorrente de um processo político desencadeado no período 2005–2008, contexto da gestão iniciada em 2002, que culminou com a decisão do Conselho Universitário – CONSUNI, em 2008, decisão esta que definiu o cenário em que o BI veio a se desenvolver no período 2008–2011 (Figura 3),

Como vimos, o CONSUNI aprovou a criação do BI como uma modalidade de curso a ser implantado paralelamente à manutenção do mecanismo de ingresso tradicional (exame vestibular) aos demais cursos. O BI Saúde, assim, se insere no conjunto de cursos de formação superior na área, com potencial de incidir sobre o perfil do conjunto de profissionais de saúde que venham a se graduar pela UFBA. Para isso, seria necessária sua implantação e progressiva institucionalização enquanto “porta de entrada” dos candidatos ao ensino superior na área de saúde na instituição, processo desencadeado com a elaboração do projeto pedagógico específico, com base no “projeto original” aprovado em 2008, e na implantação propriamente dita do curso, ambos descritos nos capítulos seguintes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. *Universidade nova: textos críticos e esperançosos*. Brasília: Editora UNB; Salvador: EDUFBA, 2007a.

_____. As três culturas da Universidade Nova. *Ponto de Acesso*, Salvador, v. 1, n. 1, p. 5-15, jun. 2007b.

BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 407-449.

BRASIL. *DECRETO Nº 6.096*, de 24 de abril de 2007a.

_____. Ministério da Educação. *Diretrizes Gerais do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI)*. 16 de Agosto de 2007b. 45 p.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Referenciais orientadores para os Bacharelados Interdisciplinares e Similares. Disponível em: <http://reuni.mec.gov.br/images/stories/pdf/novo%20%20bacharelados%20interdisciplinares%20-%20referenciais%20orientadores%20%20novembro_2010%20brasil.pdf>. Acesso em: 16 de dezembro de 2010.

CAPELLA, A. C. N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de Políticas Públicas. In: HOCHMAN, G; ARRETCHE, M; MARQUES, E. (Org.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p. 87-122.

DREYFFUS, R. *A época das perplexidades: mundialização, globalização e planetarização: novos desafios*. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1997. 350 p.

HADDAD, A. E. et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-393, jun. 2010.

KINGDON, J. W. *Agendas alternatives and public policies*. Boston: Addison-Wesley Longman, 1995.

MORIN, E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. 128 p.

MORIN, E. (Org.) *A religião dos saberes: o desafio do século XXI*. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. 588 p.

MORIN, E. *Introdução ao pensamento complexo*. 4. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2003. 177 p.

_____. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 10. ed. São Paulo: Cortez Editora; Brasília: UNESCO, 2005. 116 p.

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

_____; et al. *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. *Saúde no Brasil. The Lancet*, maio de 2011, p. 11-31.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS: UERJ, 2005.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, A. F. R.; SANTANA, J. P.; SANTOS NETO, P. M. (Org.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 51-70. v. 2.

PIERANTONI, C. R. et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas de SUS. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008.

PINTO, I. C. M.; TEIXEIRA, C. F. Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1777-1788, set. 2011.

SANTOS, B. S. Da idéia de universidade à universidade de idéias. 4. ed. In: _____. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez Editora, 1997. p. 187-233.

_____. *A universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade*. São Paulo: Cortez, 2005.

_____; ALMEIDA FILHO, N. *A Universidade no século XXI: para uma Universidade nova*. Coimbra: [S.n], 2008. 183 p.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D. E; PORTO, S. M. O *mix* público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, set./out. 2008.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Desafios da formação técnica ética dos profissionais das equipes de Saúde da Família, In: TRAD, L. A. (Org.) *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. p. 133-156.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA). *Universidade nova: reestruturação da arquitetura curricular da educação superior no Brasil*. Salvador, 2006. 34 p. Minuta de anteprojeto.

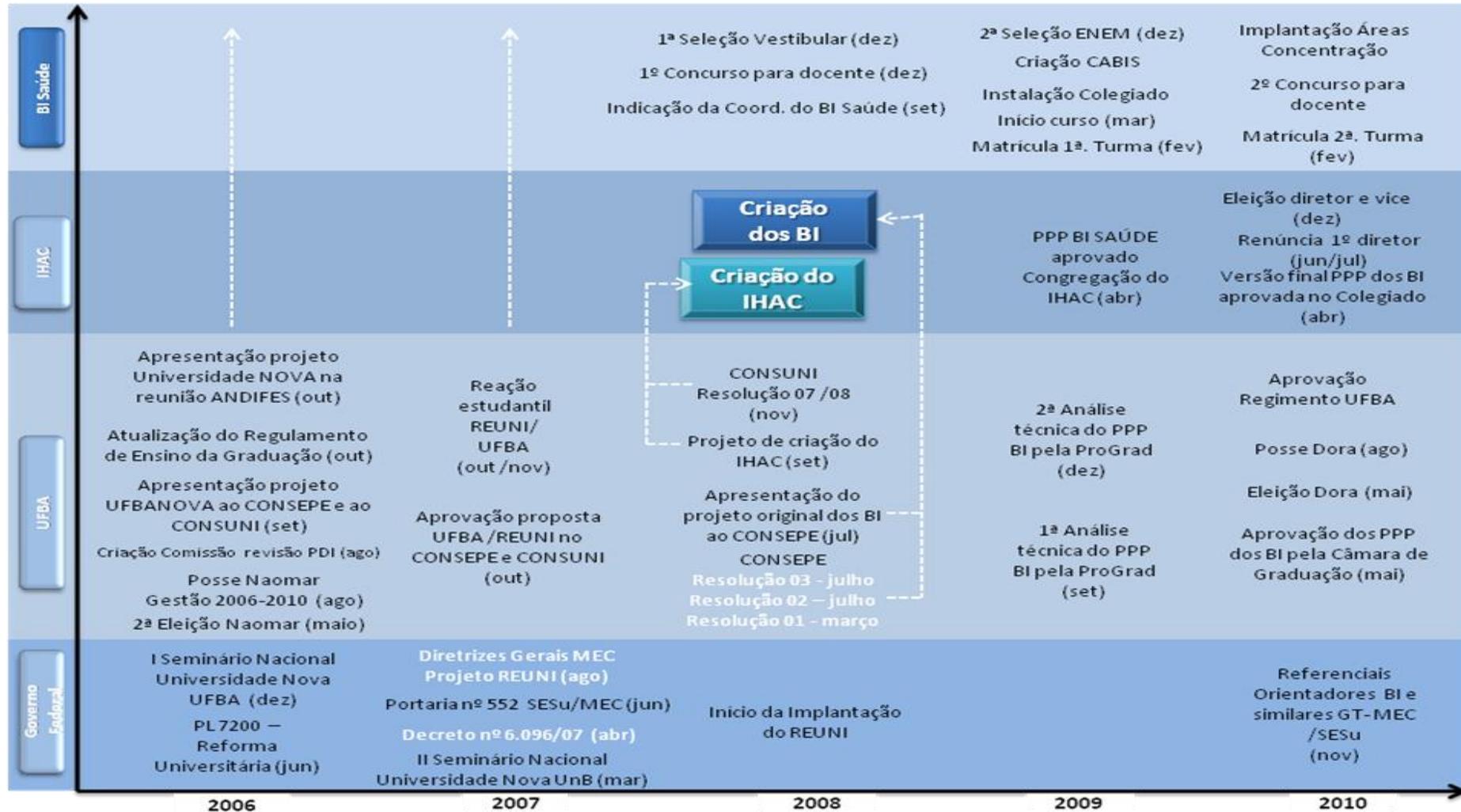
_____. *Proposta de inclusão da Universidade Federal da Bahia no Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI*. Salvador, Out. 2007. 67 p.

_____. *Projeto Pedagógico dos Bacharelados Interdisciplinares*. Salvador, Jul. 2008a. 87 p.

_____; CONSELHO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO (CONSEPE). *Resolução 02/2008*. Salvador, jul. 2008b.

_____. *Memorial da Universidade Nova: UFBA 2002 – 2010*. Salvador, Jul. 2010. 308 p.

FIGURA 3 - Linha do tempo do processo de criação, formulação e implantação do BI Saúde: 2006 – 2010.



Artigo 4

**BACHARELADO INTERDISCIPLINAR: UMA
PROPOSTA INOVADORA NA EDUCAÇÃO SUPERIOR
EM SAÚDE NO BRASIL**

BACHARELADO INTERDISCIPLINAR: UMA PROPOSTA INOVADORA NA EDUCAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE NO BRASIL

Carmen Fontes de Souza Teixeira⁷⁹
Maria Thereza Ávila Dantas Coelho⁸⁰
Marcelo Nunes Dourado Rocha⁸¹

RESUMO

As universidades enfrentam hoje o desafio de redefinir o modelo de formação de pessoal na área de saúde, de modo a contemplar as mudanças necessárias no perfil dos profissionais e trabalhadores desse setor. Nessa perspectiva a Universidade Federal da Bahia criou o curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), como parte de um amplo projeto de reformulação da arquitetura curricular da instituição, propiciada pela implementação do REUNI. Este artigo descreve e analisa o contexto político-institucional e o processo de elaboração e implantação do BIS no período 2006-2011. A metodologia utilizada incluiu revisão documental e análise dos registros pessoais dos pesquisadores envolvidos. A partir dos conceitos de “janela de oportunidade” e “organização hipercomplexa”, verificou-se que foram criadas estruturas gerenciais e organizativas, elaborados documentos-mestres e desencadeadas ações para a implantação do curso, ligadas à conformação do corpo docente e do Colegiado do curso, elaboração do Projeto Pedagógico, planejamento, execução e acompanhamento do processo ensino-aprendizagem nos diversos componentes curriculares. A análise dos desafios e perspectivas do curso aponta que o maior problema enfrentado é a tensão entre o modelo de formação superior, profissional e disciplinar, existente até então e o modelo interdisciplinar proposto pelo BI, tensão que pode ser superada pela implantação do regime de ciclos, com a institucionalização do BI como primeiro ciclo da formação profissional na área de saúde.

Palavras chave: Educação superior em saúde, Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, Universidade.

⁷⁹ Professora Associada do Instituto de Humanidades, Artes e Ciência Milton Santos Universidade Federal da Bahia – IHAC/UFBA

⁸⁰ Professora Associada do Instituto de Humanidades, Artes e Ciência Milton Santos Universidade Federal da Bahia – IHAC/UFBA

⁸¹ Doutorando do Programa de Pós-Graduação do ISC-UFBA. Professor Assistente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

ABSTRACT

Today, universities face the challenge of redefining the model of health staff formation in order to include the necessary changes in the profile of professionals and workers in this sector. From this perspective, the Federal University of Bahia created a new course called Interdisciplinary Bachelor in Health (IBH) as part of a broader project of curriculum reform of the institution provided by the implementation of the federal government program for higher education (REUNI). This article describes and analyzes the political and institutional context as well as the process of elaboration and implementation of the IBH during the period 2006-2011. The methodology included documental review and analysis of personnel records of the researchers involved. By using the concepts of "window of opportunity" and "hypercomplex organization", we found that there were created management and organizational structures, prepared master-documents and triggered actions for the implementation of the course, related to the conformation of the faculty and the academic council, preparation of the pedagogical project, planning, implementation and monitoring of the teaching-learning process in the various curriculum components offered since 2009. The analysis of the challenges and prospects of the course indicates that the biggest problem is the tension between the traditional model of higher education, vocational and discipline-based, existing hitherto and the interdisciplinary model proposed by IBH. In our opinion, this tension can be overcome by the full implementation of learning cycles with the institutionalization of IBH as the first cycle of health education.

Key words: Higher education in health, Interdisciplinary Bachelor in Health, University

.

INTRODUÇÃO

A formação de pessoal em saúde apresenta, como questão central, as limitações dos modelos de formação vigentes diante das demandas e necessidades dos sistemas de serviços de saúde, em função da dinâmica do mercado de trabalho decorrente da construção do Sistema Único de Saúde (SUS)¹ e da recomposição do setor privado, nas últimas décadas^{2,3}.

De fato, a reorientação das políticas e as mudanças na produção, distribuição e consumo de serviços, induzidas pelos interesses do mercado no setor têm gerado mudanças significativas na organização do processo de trabalho em saúde, afetando, direta e indiretamente, a formação dos profissionais (de nível superior) e dos trabalhadores de saúde em geral. Observa-se, assim, uma tendência à fragmentação do processo de trabalho e à diversificação das formas de inserção dos profissionais no mercado, cuja contrapartida tem sido, de um lado, a reorganização do trabalho com tendência à formação de equipes multiprofissionais, ao tempo em que se acentua a tendência à multiplicação de vínculos empregatícios^{4,5}.

Desse contexto, marcado pelo conflito de interesses entre os vários atores políticos e sociais, fazem parte as instituições responsáveis pela formação de pessoal, notadamente as universidades, bem como as instituições empregadoras de mão de obra em saúde, tanto as estatais quanto as privadas. Estudos sobre a formação de nível superior apontam a extraordinária expansão do número de escolas e de cursos na área de saúde, notadamente no setor privado, constatando-se que esta expansão vem se dando de modo desigual, dado a existência de fortes movimentos de “reserva de mercado” por parte de algumas categorias profissionais⁶. Aponta, também, o desencadeamento de reformas curriculares, movimento estimulado pela aprovação da nova Lei de Diretrizes e Bases para a Educação (LDB-1996)⁷ que confere liberdade às instituições de ensino para o desenho de currículos inovadores, adequados às realidades regionais e às respectivas vocações das escolas, substituindo-se o antigo “currículo mínimo” pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

Na área da saúde, especificamente, as DCN reforçam a necessidade de orientar a formação (competências, habilidades e valores) dos profissionais para a inserção no Sistema Único de Saúde, o que tem propiciado certo esforço por parte das coordenações e colegiados de cursos em aproximar o processo ensino-aprendizagem aos serviços públicos de saúde⁸. Também se constata o interesse de instituições gestoras do SUS em desenvolver políticas de

educação permanente e gestão do trabalho, que contemplem a readequação dos perfis profissionais às necessidades do sistema, inclusive políticas de valorização do trabalhador e de humanização da atenção^{4,5,9}.

Apesar disso, é forçoso admitir que o perfil (científico-técnico e ético-político) dos profissionais formados continua predominantemente direcionado à reprodução do modelo médico-assistencial hegemônico, que subsiste mesmo ao interior do SUS¹⁰, o que em parte deriva da permanência de um modelo de formação superior que enfatiza a profissionalização precoce, com tendência à especialização e subespecialização, o que contribui para tornar os profissionais formados dependentes tecnologicamente e carentes de capacidade crítica diante das transformações na situação de saúde e na organização do trabalho no setor.

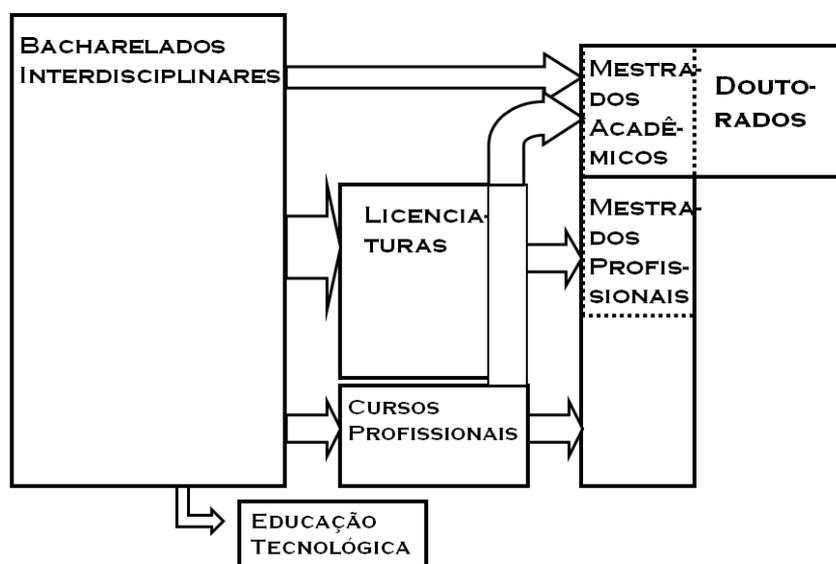
Mais recentemente vem se desenvolvendo reflexões e propostas de mudança nas políticas e na organização da atividade universitária em diversos países do mundo¹¹⁻¹⁶, o que tem repercutido no Brasil, a exemplo do que ocorreu na Universidade Federal da Bahia (UFBA), onde, a partir de 2006, vêm sendo implementadas mudanças na arquitetura acadêmica, entre as quais as dos cursos de Bacharelado Interdisciplinar (BI) nas áreas de Artes, Humanidades, Ciência e Tecnologia e Saúde.

O objetivo deste trabalho é descrever e analisar o processo de elaboração e implantação do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde no período 2006-2011. A metodologia utilizada incluiu extensa revisão documental, bem como a análise dos registros pessoais efetuados pelos pesquisadores, todos envolvidos, direta ou indiretamente, na implantação do curso.

CONTEXTO POLÍTICO-INSTITUCIONAL DE CRIAÇÃO DOS BI

A proposta de criação dos Bacharelados Interdisciplinares (BI) surgiu no contexto de formulação do projeto “UFBA Nova”¹⁷, cujo principal objetivo era a reestruturação do ensino de graduação através da implantação do regime de ciclos. De acordo com o desenho proposto (Figura 1), os BI foram compreendidos como o primeiro ciclo do processo de formação superior, em caráter não profissionalizante, constituindo-se tanto em cursos de graduação com terminalidade própria para o exercício de funções e atividades que não requeiram formação profissional específica, quanto em etapa preparatória para a continuidade dos estudos nas etapas de formação profissional e acadêmica¹⁸.

Figura 1 – Arquitetura curricular da Universidade Nova



Fonte: UFBA. Projeto Pedagógico dos Bacharelados Interdisciplinares, 2008 (adaptado).

O debate em torno da inclusão da UFBA no Programa de Apoio a Planos de Expansão e Reestruturação das Universidades Federais (REUNI), em 2007, representou uma verdadeira “janela de oportunidade”^{19,20} para a implantação dos BI, ao propiciar as condições para implementação das inovações contidas no projeto Universidade Nova, em discussão na UFBA desde 2006²¹, quando a grande maioria das unidades acadêmicas (26) foi favorável à adesão, sendo que as escolas de Teatro e de Belas Artes e as Faculdades de Medicina e de Educação rejeitaram a proposta de adesão da UFBA ao REUNI²². Após intensos debates, o Plano REUNI/UFBA aprovado incluiu a criação dos BI, mas manteve o ingresso direto nos tradicionais cursos profissionalizantes pelo processo seletivo do vestibular, prevendo-se uma gradativa transição de ao menos parte de suas vagas para ingresso através dos BI²¹.

A “PROPOSTA ORIGINAL” DO BI E A CRIAÇÃO DO IHAC

Inicialmente formulado no singular, isto é, como um curso de Bacharelado Interdisciplinar, a proposta apresentada, em julho de 2008, à Câmara de Ensino de Graduação do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFBA contemplava a implantação de quatro

cursos de Bacharelado Interdisciplinar (BI): Ciência & Tecnologia, Humanidades, Artes e Saúde. De acordo com a proposta aprovada, os BI são:

... uma modalidade de curso de graduação que se caracteriza por agregar uma formação geral humanística, científica e artística ao aprofundamento num dado campo do saber, promovendo o desenvolvimento de competências e habilidades que possibilitarão ao egresso a aquisição de ferramentas cognitivas que conferem autonomia para aprendizagem ao longo da vida bem como uma inserção mais plena na vida social, em todas as suas dimensões. Também provê fundamentos conceituais e metodológicos para a formação profissional em cursos de graduação que o adotem como primeiro ciclo²³

O projeto político-pedagógico dos BI estabeleceu cinco princípios norteadores para a construção dos currículos específicos nas grandes áreas do conhecimento²³:

- **Autonomia** - O princípio da autonomia do sujeito implica na responsabilização do indivíduo na condução do seu próprio processo de aprendizagem. Constitui-se em requisito fundamental para consolidação de sua competência de aprender a aprender. A conquista de tal competência é absolutamente necessária a profissionais que atuarão numa realidade em permanente transformação e que terão que enfrentar as novas situações e problemas que estarão sempre emergindo em suas experiências de trabalho. O conhecimento de técnicas investigativas se constitui numa importante ferramenta de aquisição dessa autonomia, bem como a aprendizagem de línguas estrangeiras.
- **Flexibilidade** - diminuição ao mínimo necessário da exigência de pré-requisitos, favorecendo a possibilidade de escolha livre pelos alunos dos componentes a serem cursados e, como consequência, reforçando o princípio da autonomia.
- **Articulação** – Propõe a criação de componentes curriculares de natureza interdisciplinar, bem como sugere o acréscimo de outros dispositivos, de natureza integradora, tais como Seminários, Oficinas e Laboratórios.
- **Atualização** – Revisão e atualização periódica dos componentes curriculares buscando contemplar os avanços científicos, tecnológicos, as inovações artísticas e quaisquer novidades no campo do conhecimento. A inclusão de componentes como Tópicos Especiais, Trabalho de Conclusão de Curso e Atividades Complementares são alguns exemplos de formas de atualização.
- **Inclusão das três culturas** – os currículos dos BI deverão incluir componentes curriculares que representem e articulem os três grandes campos do conhecimento,

contemplando conteúdos dos campos artístico, científico e humanístico. Ademais, devem propiciar aos alunos a oportunidade de vivenciarem experiências de aprendizagem mais abrangentes e culturalmente enriquecedoras, num nível de complexidade compatível com a educação superior.

Além disso, foram definidos vários aspectos norteadores do processo de elaboração do projeto pedagógico dos cursos, a exemplo da estruturação dos conteúdos em Eixos - quais sejam o de Linguagens (EL), Interdisciplinar (EI) e Integrador, cada qual com sua carga horária definida, totalizando 2400 horas - e da natureza dos diversos componentes curriculares, aspectos que foram retomados pela equipe que se responsabilizou diretamente pela implantação dos BI²⁴.

Quanto ao mecanismo de ingresso aos cursos, definiu-se que, inicialmente, este se daria através do exame vestibular para a primeira turma, em 2009, e, posteriormente, passaria a ser efetuado através do Exame Nacional do Ensino Médio – ENEM. A quantidade de vagas para o BI Saúde em 2009 foi de 100 no horário noturno, com previsão de aumento progressivo até 400 vagas, em 2012, metade delas noturnas.

Para sediar os BI, o REUNI/UFBA previu a criação de uma nova unidade acadêmica, o que se efetivou com a aprovação da criação do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos (IHAC), em junho de 2008, cujo objetivo transcende o BI, na medida em que inclui “fomentar uma configuração MIT (multi, inter, trans) disciplinar do conhecimento, mediante a oferta de programas interdisciplinares de graduação e pós-graduação, além da pesquisa, criação e inovação produzidas em centros de pesquisa e extensão”²².

A ELABORAÇÃO DO PROJETO PEDAGÓGICO DO BI SAÚDE

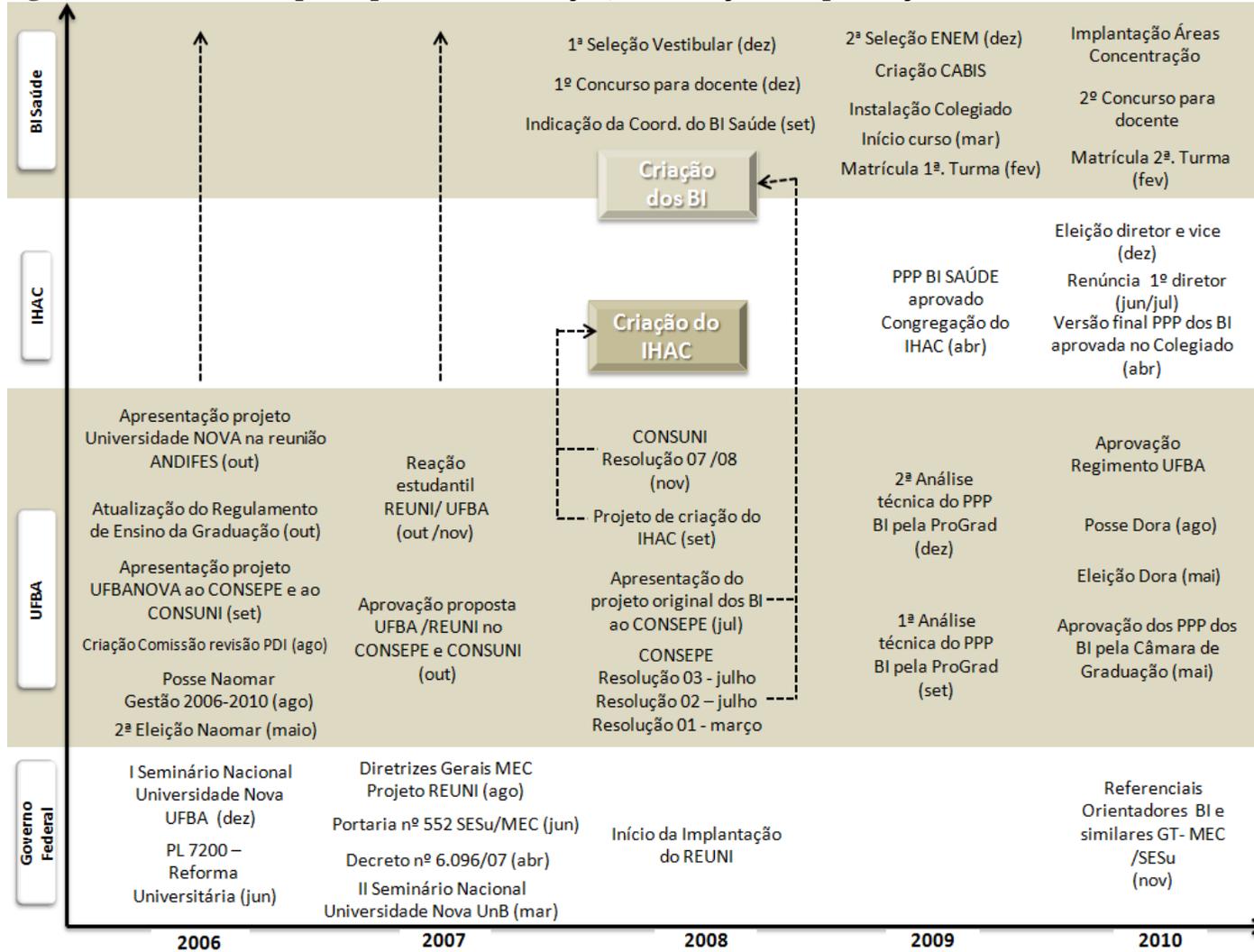
O desenvolvimento do processo de implantação dos cursos começou com a indicação dos Coordenadores através de Portaria assinada pelo Reitor, em outubro de 2008. A elaboração do Projeto Pedagógico do BI Saúde (BIS) coube inicialmente à coordenadora do curso, que tratou de revisar o “projeto original” e “Matriz curricular do BI Saúde”²⁵, na qual se especificava os eixos estruturantes (Linguagens, Contemporaneidade, Culturas) comuns aos BI e o conteúdo específico que poderia ser contemplado no BIS, de modo a abarcar os

diversos “níveis de determinação”²⁶ do processo saúde-doença, e os distintos níveis de organização das práticas de saúde.

Tal proposta, entretanto, não apresentava alguma análise da disponibilidade desses conhecimentos no elenco das disciplinas oferecidas pelos diversos cursos realizados nas diversas unidades de saúde da UFBA. Não apresentava, portanto, uma análise prospectiva das possibilidades de operacionalização da proposta com os recursos disponíveis na UFBA, em termos de oferta de componentes curriculares (antigos e novos), que pudessem vir a compor a “grade” curricular do BI Saúde, como, aliás, se verificava também com relação aos demais cursos de Bacharelado propostos.

A primeira versão do Projeto Pedagógico do BI Saúde foi desenvolvida no período de fevereiro a abril de 2009, buscando-se atender a três princípios: 1) preservação, na medida do possível, das diretrizes do Projeto Pedagógico preliminar e geral para todos os BI; 2) incorporação das novas idéias surgidas a partir das discussões realizadas pela Congregação do IHAC; 3) autonomia do Colegiado de todos os BI para propor um Projeto Pedagógico que contivesse uma arquitetura geral comum e, ao mesmo tempo, comportasse as diferenças oriundas das reflexões próprias a cada campo.

Figura 2 - Linha do tempo do processo de criação, formulação e implantação do BI Saúde: 2006 – 2010.



Os documentos elaborados pelos Colegiados, inclusive pelo BI Saúde, foram aprovados pela Congregação Ampliada do IHAC em abril e encaminhados para a Câmara de Ensino de Graduação (CEG) da UFBA (atual Conselho Acadêmico de Ensino), em maio, sendo submetidos à avaliação técnica. O parecer preliminar, emitido em julho, recomendou revisão dos projetos pedagógicos dos quatro BI, o que gerou nova seqüência de reuniões e sessões de trabalho, nas quais foram feitos ajustes aos projetos, nos meses de setembro a novembro, sendo a segunda versão encaminhada em dezembro. Diante das críticas e recomendações emitidas novamente pela comissão técnica da CEG, os projetos foram revisados mais uma vez, durante os meses de março e abril de 2010 e reencaminhados a esta Câmara.

Os principais ajustes foram feitos nos itens referentes às competências e habilidades do egresso (maior concisão), forma de avaliação (maior detalhamento), matriz curricular (alteração da quantidade e definição dos componentes obrigatórios da formação específica em saúde, apresentação dos critérios das Atividades Complementares, com alteração de sua carga horária). Houve ainda a supressão do componente curricular TCC, por se considerar, dentre outros aspectos, que o aluno do BI Saúde poderia vir a fazê-lo num curso posterior profissionalizante ou no escopo de uma área de concentração (caso optasse por isto).

Na terceira versão, buscou-se aproximar, ao máximo possível, a estrutura dos quatro Projetos Pedagógicos, de modo a ficar conforme a Resolução 05/2003 da CEG/UFBA. A análise técnica final manteve, em linhas gerais, as observações quanto às discrepâncias do novo Projeto em relação ao Projeto original de 2008, com o adendo de que caberia à CEG arbitrar sobre a aceitação ou não de tais modificações. Esse Parecer Final, juntamente com a última versão revisada do Projeto, foi avaliado pela CEG e o Projeto foi finalmente aprovado em 18 de maio de 2010.

O PROJETO PEDAGÓGICO DO BI SAÚDE

O projeto pedagógico aprovado reafirma que o BIS é “um curso de graduação de duração plena que visa agregar uma formação geral humanística, científica e artística ao aprofundamento no campo da saúde, promovendo o desenvolvimento de competências e habilidades que conferem autonomia para a aprendizagem e uma inserção mais abrangente e multidimensional na vida social (...)”²⁷.

O Perfil do egresso (Quadro 1) enfatiza, além de competências gerais relacionadas com a capacidade de “aprender a aprender”, competências cognitivas e habilidades específicas que permitem ao estudante compreender a complexidade do campo da saúde na contemporaneidade, de modo a situar-se crítica e criativamente diante dos saberes e das políticas e práticas deste campo. Ademais, acrescenta um conjunto de valores relacionados com o processo de sensibilização dos estudantes para questões cruciais do mundo atual, como a luta pelos direitos humanos, a preservação do meio-ambiente, a defesa dos princípios democráticos e a valorização da diversidade cultural que caracteriza a sociedade brasileira e baiana, em particular.

QUADRO 1 – PERFIL DO EGRESSO DO BI SAÚDE

<i>Competências e habilidades gerais</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacidade de abstração, análise e síntese de conhecimentos; ➤ Habilidades para buscar, processar e analisar informação procedente de fontes diversas; ➤ Capacidade de comunicação oral e escrita em língua portuguesa; ➤ Habilidades no uso das tecnologias da informação e da comunicação;
<i>Competências e habilidades específicas</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Compreender a complexidade do campo da saúde nas sociedades contemporâneas; ➤ Identificar e analisar problemas de saúde no âmbito individual e coletivo; ➤ Analisar políticas públicas, programas e projetos da área de saúde; ➤ Identificar e analisar as tendências do mercado de trabalho e das práticas profissionais em saúde.
<i>Competências valorativas e compromissos éticos</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Responsabilidade social e compromisso cidadão; ➤ Valorização e respeito pela diversidade cultural; ➤ Consolidação dos valores democráticos na sociedade contemporânea; ➤ Preservação do meio ambiente; ➤ Compromisso ético-político no campo da saúde.

Fonte: UFBA, IHAC. Projeto Pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, 2010.

Quanto ao desenho curricular do curso, cabe enfatizar que a especificação e distribuição dos diversos componentes curriculares (Quadro 2) resultaram do esforço de “tradução” dos diversos “eixos estruturantes” contidos no projeto original às possibilidades abertas com a criação do IHAC e, ao mesmo tempo, às condições operacionais oferecidas pela manutenção da arquitetura acadêmica e estrutura curricular dos diversos cursos oferecidos pelas unidades da UFBA.

QUADRO 2: SÍNTESE DA DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA DO CURSO

Eixo/Módulos	Componente Curricular (CC)	CH
Módulo Interdisciplinar	HAC A01 – Estudos sobre a Contemporaneidade I	68 h
	HAC A34 – Estudos sobre a Contemporaneidade II	68 h
Módulo Culturas	2 CC Cultura humanística (a escolher)	136 h
	2 CC Cultura artística (a escolher)	136 h
Eixo Linguagens	LET E43 Língua Portuguesa, Poder e Diversidade	68 h
	LET E45 Leitura e Produção de Textos em Língua Portuguesa	68 h
	HAC Oficina de Textos Acadêmicos e Técnicos em Saúde	68 h
Formação específica (1ª etapa) CC Obrigatórios	HAC A10 - Introdução ao Campo da Saúde	68 h
	HAC A40 – Campo da Saúde: Saberes e Práticas	68 h
	HAC - Saúde, Educação e Trabalho	68 h
Formação específica (2ª etapa) CC optativos	11 CC oferecidos pelas unidades de saúde e/ou pelo IHAC	748 h
SUBTOTAL		1020 h
ATIVIDADES COMPLEMENTARES**		360 h
COMPONENTES LIVRES (7 CC de 68 h)		476 h
TOTAL GERAL		2400 h

Fonte: UFBA, IHAC. Projeto Pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, 2010.

Com isso, se por um lado foi possível incluir novos componentes curriculares, como é o caso de “Estudos da contemporaneidade”, realizados integralmente pelos docentes do IHAC, por outro, ajustou-se a oferta dos componentes do eixo “Linguagens” à capacidade de oferta da Universidade, o que resultou na manutenção da prioridade em “Língua portuguesa” – sob responsabilidade do Instituto de Letras - e na flexibilização da oferta de “Língua estrangeira moderna”, que passou a fazer parte do elenco de “Culturas”, dada a impossibilidade de se manter como obrigatória a oferta desse componente para os quase mil estudantes que os BI recebem a cada ano.

Cabe destacar a manutenção da obrigatoriedade dos componentes curriculares correspondentes às “Culturas”, cuja oferta ficou sob a responsabilidade compartilhada do IHAC e das demais unidades da UFBA, o que, de certo modo, torna o BI dependente do interesse das unidades em apoiar o curso e da capacidade de oferta equilibrada de componentes classificados como cultura “científica”, “humanística” ou “artística”.

No que diz respeito à Formação Específica em Saúde, os componentes curriculares obrigatórios apresentam uma visão panorâmica do campo, incluindo o debate do conceito de Saúde do ponto de vista histórico, sociológico, antropológico, político e cultural, a análise

comparada de sistemas de saúde no mundo contemporâneo, a análise das relações entre o sistema público e o sistema privado de saúde no Brasil e as características das diversas profissões de saúde em nosso meio, analisando as tendências do mercado de trabalho e da formação profissional.

O componente curricular “Oficina de textos acadêmicos e técnicos em saúde” completa o eixo “línguas” e discute as múltiplas formas de expressão e comunicação dos conhecimentos e tecnologias produzidos e difundidos na área de Saúde. Inclui, portanto, a leitura e análise de artigos científicos, resenhas, projetos, relatórios de pesquisa, documentos institucionais, leis, portarias, planos, programas e projetos de intervenção no campo da saúde.

Os componentes optativos (748 h) são os que o estudante pode escolher do elenco de componentes oferecidos pelas diversas unidades de saúde da UFBA e pelo próprio IHAC aos alunos do BIS no momento da matrícula semestral. As Atividades complementares (360 horas) proporcionam ao aluno a oportunidade de ampliar sua responsabilidade social e competências relacionais, abarcando um conjunto de atividades curriculares e extracurriculares de pesquisa, extensão, estágio, programas especiais, cursos livres, monitoria em disciplinas de graduação e atividade curricular em comunidade (ACC).

Finalmente, o projeto pedagógico prevê a inserção dos estudantes do BI Saúde em componentes curriculares nomeados Livres, os quais podem ser escolhidos de acordo com a disponibilidade de oferta de quaisquer das unidades da UFBA, “desde que os respectivos colegiados facultem o ingresso aos alunos do BI respeitando-se as especificidades e os pré-requisitos (onde estes existam)”²⁷.

A IMPLANTAÇÃO DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

O processo de implantação do BI Saúde contemplou, durante o ano de 2009, o desenvolvimento simultâneo de um conjunto de iniciativas destinadas à criação de condições gerenciais, organizativas e operacionais para a execução propriamente dita do curso, quais sejam a conformação do corpo docente, a organização do Colegiado e da secretaria do curso, a elaboração do Projeto Pedagógico, o planejamento acadêmico da oferta de componentes curriculares a cada semestre, a recepção aos alunos e o acompanhamento do processo de ensino-aprendizagem nos diversos componentes.

Conformação do corpo docente

Em 2009, no primeiro semestre do curso, a equipe docente do BI Saúde contava com apenas duas professoras com formação específica na área, as quais assumiram as funções de coordenação e vice-coordenação do curso. A coordenadora pertencia ao quadro de docentes da UFBA, tendo sido transferida do Instituto de Saúde Coletiva/ISC para o IHAC, enquanto a vice era recém-ingressa na Universidade através de concurso público.

Durante todo o ano de 2009 essas duas professoras assumiram os componentes curriculares da área e uma delas assumiu, também, juntamente com outros professores do IHAC, a oferta do componente curricular obrigatório do Eixo Interdisciplinar *Estudos da Contemporaneidade*. Em 2010 foram inicialmente contratados três professores substitutos, ao tempo em que se operava a redistribuição de dois docentes de outras Universidades (UNIVASF e UFCE), que solicitaram transferência para o IHAC, tendo sido realizado novo concurso público para docentes no segundo semestre de 2010, com a contratação em 2011 de cinco docentes aprovados. Com isso, a equipe docente do BI Saúde passou a dispor de nove docentes, aos quais se agregou, em 2011, um docente do ISC, em tempo parcial, que se responsabilizou por um componente curricular optativo, e mais um professor substituto (doutorando em Saúde Pública), contratado em função do aumento do número de turmas em componentes curriculares obrigatórios.

Número e Perfil dos alunos matriculados

Em 2009, foram oferecidas 100 vagas no turno noturno, preenchidas com os candidatos aprovados no Vestibular. A partir de 2010, o IHAC adotou a forma de ingresso através do ENEM e ampliou o número de vagas do BI Saúde para 300 (100 no turno vespertino e 200 no turno noturno), as quais não chegaram a ser totalmente preenchidas devido aos problemas ocorridos com o ENEM naquele ano, que ocasionaram a realização de apenas uma convocação complementar à primeira. Já em 2011, mantido o número de vagas e sua distribuição por turnos, foi efetuada a matrícula em três momentos subsequentes (primeira, segunda e terceira chamada), resultando no preenchimento da maioria delas.

Com base nas informações obtidas através da aplicação de questionários aos alunos novos, a cada início do curso, é possível traçar as principais características das turmas. Dos alunos matriculados em 2009, 74 % tinham menos de 24 anos de idade, sendo que 40% tinham entre 16 a 19 anos. Apenas 11% do total eram maiores de 30 anos, chamando à

atenção a presença de um aluno de mais de 50 anos. Quanto ao sexo, observou-se uma discreta maioria de mulheres (58%). A grande maioria provinha de escolas particulares (67%) e 71% informaram não ter formação prévia, sendo o BI a sua porta de entrada na Universidade. Dos demais, 12% informaram já ter concluído um curso de graduação, dos quais mais da metade na área de Saúde, sendo que 15% haviam passado por outros cursos, sem haverem concluído.

Os alunos que ingressaram em 2010 e 2011 apresentam algumas características semelhantes e outras diferentes, em virtude, provavelmente, da mudança dos procedimentos de ingresso ao curso a partir de 2010, quando a entrada no BI passou a ser feita através da pontuação obtida pelos candidatos no Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM). A maioria tem menos de 24 anos de idade, é do sexo feminino, não tem formação prévia e pretende, ao concluir o curso, fazer uma graduação profissional. Porém, diferentemente do ano anterior, a maioria provém de escolas públicas. Desse modo, é possível supor que o perfil sócio-econômico dos alunos do curso em parte se alterou. Ainda mais que, com a aplicação do sistema de cotas adotado na UFBA, 40% dos alunos que ingressam no BI têm sido beneficiados por esta política, o que, provavelmente, repercute no percentual daqueles que provêm de escolas públicas.

Organização e atuação do Colegiado do Curso

A composição inicial do Colegiado do curso incluía apenas as duas professoras do IHAC que atuavam na área de saúde, um representante do corpo docente dos demais BI e os representantes dos estudantes que ingressaram em 2009. Cabe ressaltar que coube a essa representação estudantil a organização do Centro Acadêmico - CABIS, que passou a atuar na gestão do curso e a participar na gestão do próprio IHAC, através dos seus representantes na Congregação ampliada.

Ao longo do primeiro ano de funcionamento, foram agregados ao Colegiado representantes do Instituto de Ciências da Saúde (ICS), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Escola de Nutrição (NUT), Escola de Medicina Veterinária (MEV), Faculdade de Educação (EDU) e Faculdade de Odontologia (ODONTO). As Faculdades de Medicina, Enfermagem e Farmácia, entretanto, não encaminharam representantes, expressando, implicitamente, o desinteresse em participar do processo de implantação do curso.

A principal atividade desempenhada pelo Colegiado do curso tem sido o **planejamento acadêmico** semestral da oferta de componentes curriculares, processo que

implica em intensa negociação com as demais unidades acadêmicas da UFBA, com o objetivo de se garantir vagas para os alunos do BIS em disciplinas que integrem o conjunto de componentes curriculares classificados como “culturas” e disciplinas optativas e livres. Além disso, o Colegiado desencadeou, junto a algumas unidades acadêmicas da área de Saúde (ICS e ISC), a organização de áreas de concentração, isto é, a oferta de um conjunto de componentes curriculares que compõem uma determinada área de conhecimentos e/ou direciona o aluno para um determinado curso profissional.

Face à proximidade da conclusão do curso pela turma que ingressou em 2009, o debate em torno dos procedimentos e critérios de ingresso nos demais cursos, denominados Cursos de Progressão Linear, foi intensificado nos Colegiados e na Congregação do IHAC durante o ano de 2011, tendo em vista a operacionalização da Resolução aprovada pelo Conselho Universitário em 2008, que estabelece a reserva de pelo menos 20% das vagas de todos os cursos da UFBA aos egressos dos BI²⁴.

Depois de acirrados debates, o Conselho Acadêmico de Ensino aprovou uma Resolução que determina os aspectos a serem levados em consideração pelos Colegiados de Cursos de Progressão Linear, para aceitarem a matrícula dos egressos dos BI, enfatizando a apreciação do Coeficiente de Rendimento Acadêmico no BI, ponderado pela trajetória do aluno no curso, privilegiando a concentração de componentes do CPL pretendido (UFBA, 2011). Tal decisão reativou o debate interno no IHAC em torno da restrição dos BI à sua finalidade propedêutica, à condução do alunado para uma escolha profissional precoce (a fim de garantir uma pontuação maior no momento da seleção para o CPL) e produziu insatisfação quanto à impossibilidade de se fazer, no momento de conclusão do curso, a transição para uma profissão de outra área do conhecimento.

Em meio a esse processo, o mandato da coordenação e vice-coordenação do Colegiado do curso eleita em 2009 foi encerrado, em agosto de 2011, sendo realizada nova eleição. A coordenação e vice-coordenação eleitas assumiu o mandato em setembro de 2011, após um breve período de transição, no qual foram transferidos os encargos em andamento.

Execução do Projeto Pedagógico do BI Saúde 2009-2011

Tomando como referência para análise do processo de implantação do curso a trajetória da turma que ingressou em 2009 e concluiu em 2011, pode-se visualizar, no Quadro

3, o conjunto de componentes curriculares oferecidos e executados nos diversos eixos do curso.

No eixo Interdisciplinar, os “*Estudos da contemporaneidade*” I (2009.1) e II (2009.2) foram ministrados no primeiro semestre por uma docente da área de saúde (2 turmas) e, no segundo semestre, ficaram sob a responsabilidade de outros docentes do IHAC, da área de Humanidades. Os conteúdos abordados incluíram temas como “Globalização”, “Corpo”, “Identidade e Subjetividade”, “Política”, “Economia e Mercado”, “Ciência e Tecnologia”, tratando-se de introduzir os estudantes a uma abordagem interdisciplinar de cada um desses temas gerais, ao tempo em que se buscava estimular, através da preparação de seminários, que cada grupo de alunos aproximasse o tema geral ao campo da Saúde.

Assim, o debate acerca do tema “Globalização” partiu da revisão do pensamento de Milton Santos (2008) e contemplou as repercussões desse processo na saúde da população mundial, destacando-se a temática das epidemias e pandemias da contemporaneidade. O estudo do tema “Corpo”, por sua vez, resgatou a historicidade dos estudos sobre o corpo humano, desde o surgimento da Anatomia até o debate que ocorre atualmente no âmbito da Sociologia do corpo²⁹, conduzindo à reflexão acerca das concepções do corpo adotadas no âmbito das ciências da saúde.

Do mesmo modo, o debate sobre “Política” conduziu à reflexão sobre as Políticas de saúde no Brasil, discutindo-se especialmente o processo de Reforma Sanitária Brasileira³⁰, assim como o estudo acerca do “Mercado” levou à reflexão sobre os determinantes da organização dos sistemas de saúde no mundo ocidental e no Brasil, iniciando-se uma reflexão sobre a coexistência, em nosso país, do Sistema Único de Saúde e o Sistema de Assistência Médica Supletiva².

Quanto ao estudo da “Ciência e Tecnologia”, igualmente, foi possível partir da análise da revolução científica e tecnológica no mundo contemporâneo à problematização das características atuais das práticas de saúde, marcadas pela intensa incorporação de tecnologias, tanto no âmbito da clínica (métodos diagnósticos e produtos terapêuticos), quanto no âmbito da saúde coletiva (promoção da saúde e prevenção de riscos), exemplificando-se com o debate sobre os modelos de atenção à saúde³¹ e a problemática relativa à produção, distribuição e consumo de medicamentos³².

Paralelamente, os alunos cursaram os componentes curriculares do eixo Linguagens, especificamente “*Língua portuguesa, poder e diversidade cultural*” (2009.1) e “*Leitura e produção de textos em língua portuguesa*” (2009.2), ambos ministrados por docentes do

Instituto de Letras, os quais se constituíram em espaço de reapropriação crítica dos fundamentos e do reaprendizado do manejo da língua, o que por vezes gerou certo estranhamento e resistência por parte dos alunos. Esse eixo, conforme definido no Projeto Pedagógico, completou-se em 2010, com a “*Oficina de Textos acadêmicos e técnicos em saúde*”, voltado a familiarizar o estudante com a linguagem científica e técnica da área, através da leitura e análise crítica de artigos, projetos, planos, relatórios, etc.

A inserção dos estudantes em componentes curriculares do eixo Culturas, notadamente aqueles oferecidos pelas áreas de Humanidades e Artes, contribuiu para a exposição dos alunos a distintos conteúdos, fazendo confluir uma série de questionamentos acerca do sentido e significado da proposta do BI, os quais repercutiram nos debates que ocorreram no âmbito dos componentes curriculares e das atividades desenvolvidas no Eixo da formação específica em Saúde.

Essas atividades incluíram os componentes curriculares “*Introdução ao campo da saúde*”, “*Campo da saúde: saberes e práticas*” e “*Saúde, Educação e trabalho*”, seguindo-se uma lógica de articulação de conteúdos que partiu, no primeiro semestre de 2009, da revisão do conceito de saúde ao longo da história das diversas sociedades^{33,34}, contemplando o debate das abordagens contemporâneas ao conceito^{35,36}, bem como às noções de risco, vulnerabilidade, prevenção e promoção da saúde³⁷⁻⁴¹.

No segundo semestre, foram abordados conteúdos relativos à situação de saúde da população brasileira e a problemática da organização dos sistemas de saúde no mundo e no Brasil, tema que conduziu ao debate sobre os movimentos sociais no campo da saúde, com ênfase na Reforma Sanitária Brasileira e no processo de construção do SUS^{2,30,42,43}.

Na seqüência, já no primeiro semestre de 2010 foi oferecido o componente curricular “*Racionalidades em saúde: sistemas médicos e práticas alternativas*”, optativo, abordando-se as características dos diversos “sistemas médicos” e práticas contempladas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS⁴⁴.

No segundo semestre de 2010, depois que se conseguiu contratar os docentes aprovados em concurso, foi oferecido o componente obrigatório que completa o eixo de formação específica em saúde, qual seja “*Saúde, Educação e Trabalho*”, cujo conteúdo abarca o estudo das características das diversas profissões da área de saúde e as tendências da formação e do mercado de trabalho no setor, desenvolvendo-se uma reflexão apoiada em textos sobre o tema e palestras com profissionais convidados, representantes das treze profissões da área de saúde.

Além dos componentes curriculares descritos, os alunos regulares da turma de 2009 tiveram acesso a um conjunto heterogêneo de componentes curriculares optativos da área de saúde, dos quais podemos destacar os que foram oferecidos pelo ICS, notadamente as disciplinas que constituem o ensino básico dos cursos profissionais da área de saúde, como *Anatomia, Bioquímica, Imunologia* e outras; os componentes oferecidos pelo ISC, a exemplo de *Teorias Sociais em Saúde* e pela Escola de Nutrição, como *Aspectos Sócio-culturais da Alimentação e da Nutrição*; os componentes oferecidos pelo próprio IHAC, como *Seminários Interdisciplinares de Pesquisa em Saúde, Saúde e Cidade, Tópicos Especiais em Saúde*; dentre outros.

Tudo isso, conjugado às aulas de música, dança, teatro, canto, cinema, meio ambiente, tecnologia, educação, línguas estrangeiras, psicologia, gênero, filosofia e ciências sociais, que conformaram os componentes livres e o eixo das “culturas”, produziu uma rica trajetória de formação acadêmica, desenhada, em seu detalhamento, pelas escolhas dos estudantes.

QUADRO 3 - FLUXOGRAMA DO BI SAÚDE 2009-2011

1º Semestre (2009.1)	2º Semestre (2009.2)	3º Semestre (2010.1)
HAC A10 - Introdução ao Campo da Saúde	HAC A40 - Campo da Saúde: Saberes e Práticas	HAC B17 - Saúde, Educação e Trabalho
Cultura 1	Cultura 2	Cultura 3
HAC A01 - Estudos sobre a Contemporaneidade I	HAC A34 - Estudos sobre a Contemporaneidade II	Cultura 4
Componente Livre	Componente Livre	Componente Livre
LET E43 – Língua Portuguesa, Poder e Diversidade Cultural	LET E45 – Leitura e Produção de Textos em Língua Portuguesa	HAC A78 - Oficina de Textos Acadêmicos e Técnicos em Saúde
Atividades Complementares 180 horas (em 3 semestres)		

4º Semestre (2010.2)	5º Semestre (2011.1)	6º Semestre (2011.2)
Optativa da Área de Saúde	Optativa da Área de Saúde	Optativa da Área de Saúde
Optativa da Área de Saúde	Optativa da Área de Saúde	Optativa da Área de Saúde
Optativa da Área de Saúde	Optativa da Área de Saúde	Optativa da Área de Saúde
Optativa da Área de Saúde	Optativa da Área de Saúde	Componente Livre
Componente Livre	Componente Livre	Componente Livre
Atividades Complementares 180 horas (em 3 semestres)		

Finalmente, quanto ao monitoramento das “Atividades Complementares” realizadas pelos alunos, foi organizado, em 2010, um “dossiê” de cada aluno, contendo cópia dos

documentos comprobatórios da realização destas atividades, o qual passou a ser analisado periodicamente por um docente do curso, com vistas à contabilização da carga horária completada por cada estudante e posterior apreciação pelo Colegiado de curso, com vistas à integralização ao respectivo currículo.

PROBLEMAS ENFRENTADOS E DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DO BI SAÚDE

O processo de implantação do BI Saúde vem se dando em um contexto institucional complexo, no qual a coordenação, os docentes e alunos do curso se envolvem com processos mais gerais de organização e gestão do IHAC e com os processos específicos de implantação dos demais cursos de Bacharelado (Artes, Humanidades e Ciência e Tecnologia).

Nesse contexto, aparecem problemas decorrentes das relações estabelecidas no ambiente interno do Instituto, bem como das relações estabelecidas com as demais unidades universitárias da UFBA e com as instâncias superiores da administração central, encarregadas da formulação e implementação de políticas e normas reguladoras do cotidiano da instituição. Tais problemas, entretanto, ganham significado distinto, de acordo com a perspectiva adotada pelos diversos atores envolvidos.

Assim é que, na perspectiva dos estudantes, os problemas mais importantes enfrentados no período de implantação do curso foram, de um lado, a definição dos critérios e dos procedimentos para ingresso posterior nos Cursos de Progressão Linear e, de outro, a inquietação quanto à possibilidade ou não de inserção no mercado de trabalho em saúde, uma vez tendo concluído o curso.

Do ponto de vista da coordenação do curso, os maiores problemas decorreram das dificuldades enfrentadas para a adaptação do “projeto original” às condições concretas de operacionalização do curso, pelas resistências de ordem política enfrentadas em algumas instâncias superiores da UFBA e em algumas Unidades acadêmicas da área de Saúde.

Já do ponto de vista da equipe docente, os maiores problemas decorreram das insuficiências internas ao IHAC que foram vivenciadas neste período, como, por exemplo, a sobrecarga de trabalho derivada do número exíguo de professores em 2009, a turbulência causada pela concomitância entre a elaboração do projeto pedagógico e a implantação do mesmo, as deficiências de infraestrutura e a instabilidade política vivenciada no processo de implantação do Instituto.

O problema maior, porém, que afeta direta e indiretamente a todos os sujeitos envolvidos no processo de implantação do BI, diz respeito à tensão que se estabeleceu na UFBA entre o modelo de formação superior seguido pela maioria das unidades acadêmicas e cursos, ou seja, o modelo que enfatiza a organização do conhecimento por disciplinas e a formação profissional voltada para a inserção dos egressos no mercado de trabalho, e o modelo proposto pelo BI, de caráter interdisciplinar, sem subordinação imediata à fragmentação que caracteriza a formação profissional nas diversas áreas.

Ainda é cedo para sabermos como essa tensão se resolverá, se tenderá à convivência construtiva entre os dois modelos, com o fortalecimento do projeto dos BI e a implantação definitiva do regime de ciclos, ou se tenderá à coexistência competitiva entre o BIS e os demais cursos da área de saúde, de modo ao BIS se configurar como apenas mais um dentre outros cursos desta área. Isso dependerá, evidentemente, do encaminhamento das questões estratégicas que definem a natureza do BI e a posição que estes cursos ocupam (ou ocuparão) no conjunto dos cursos oferecidos pela UFBA.

COMENTÁRIOS FINAIS

O processo de implantação do BI Saúde ilustra as vicissitudes enfrentadas no cotidiano de uma “organização hipercomplexa”⁴⁵, como é o caso da Universidade Federal da Bahia, quando se pretende introduzir mudanças substantivas na arquitetura acadêmica e, sobretudo, quando se pretende experimentar um modelo de formação que contraria a tradição estabelecida na instituição.

A experiência relatada revela a possibilidade de se aproveitar certas “janelas de oportunidade”¹⁹ configuradas em dadas conjunturas políticas, como foi o caso da confluência dos interesses materializados no projeto REUNI, notadamente a expansão e fortalecimento das universidades públicas, e a presença de um grupo dirigente portador de um projeto de mudança institucional que ultrapassa a ampliação do número de vagas e cursos.

Especificamente a criação do BI Saúde expressa a feliz circunstância desse grupo contar com a liderança de um intelectual do campo da saúde que já vinha desenvolvendo uma reflexão sobre a necessidade de mudança nos processos de formação de pesquisadores do campo, deixando entrever, inclusive, uma das razões que podem ter favorecido as decisões e os projetos que encaminhou e defendeu enquanto Reitor⁴⁶. Uma vez criadas às condições mínimas de viabilidade de um projeto desta natureza, os acontecimentos desencadeados nas

instâncias gestoras da UFBA permitiram o desenvolvimento do processo de implantação dos BI, inclusive o BI Saúde.

A análise do processo de formulação do projeto pedagógico do BIS evidencia a negociação coletiva em torno dos diversos itens preservados ou modificados no “projeto original”, efetuando-se uma espécie de construção de viabilidade de implantação, mediada pelas concepções e práticas derivadas da experiência - diversificada – dos docentes e dirigentes envolvidos.

O produto resultante, ou seja, o projeto pedagógico aprovado preserva o essencial da proposta *prima*, ao tempo em que define mais claramente os conteúdos específicos da formação em saúde, revelando, entretanto, uma aproximação maior aos conhecimentos e práticas da área de saúde coletiva, do que à clínica e às ciências básicas do campo da saúde, talvez em função do perfil acadêmico das professoras que assumiram a coordenação do Colegiado.

Cabe ressaltar, inclusive, a incorporação do uso de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem, estimulando-se o protagonismo dos estudantes, a responsabilidade com sua formação, o esforço de problematização das questões de Saúde na contemporaneidade, particularmente a realidade brasileira, ancorado na utilização em larga escala de tecnologias de informação que conectam os alunos e docentes à sociedade de conhecimento, notadamente a tecnologia digital e a Internet.

Nessa perspectiva, o Projeto Pedagógico do BI Saúde propõe que os estudantes sejam expostos a um campo complexo, tentando, ao mesmo tempo, fornecer instrumentos para que eles se coloquem como sujeitos autônomos, capazes de “pensar pela própria cabeça” e tomar posição diante das opções teóricas e práticas que se apresentam na área de saúde no mundo, no Brasil e na Bahia hoje.

Cabe concluir afirmando que, apesar das dificuldades enfrentadas no processo de implantação do curso, o BI Saúde constitui um espaço de formação universitária de caráter introdutório ao campo da saúde, enfatizando a apropriação de conhecimento e desenvolvimento de habilidades e valores que contemplam a compreensão da dimensão histórica e social das concepções e práticas de saúde, contribuindo assim para o enriquecimento, a humanização e o aprimoramento da futura formação profissional nesta área.

Ademais, permite ao estudante situar-se e sensibilizar-se com relação aos determinantes sociais dos problemas de saúde, às propostas de enfrentamento destes problemas, configuradas nas políticas formuladas e implementadas no âmbito dos sistemas de

saúde, e à configuração do mercado de trabalho para as distintas profissões e ocupações da área, de modo a poder decidir, com mais clareza, o rumo que pretende imprimir à sua vida do ponto de vista intelectual, profissional e político.

Para aqueles que já possuem uma formação profissional prévia na área de saúde, o BIS possibilita uma alargamento desta formação, através de um processo de imersão nas diferentes culturas humanísticas, científicas e artísticas, possibilitando escolhas de forma autônoma, em um amplo leque de componentes curriculares, que configuram uma nova trajetória acadêmica singular. É importante ressaltar que, no que diz respeito especificamente aos conteúdos relativos à área de saúde, a promoção de um debate ampliado sobre questões contemporâneas possibilita uma complexificação da compreensão e uma reflexão problematizadora dos processos e fenômenos deste campo, bem como a realização de práticas de saúde que contemplam os aspectos subjetivos, sociais e políticos envolvidos nas mais diversas situações profissionais cotidianas.

REFERÊNCIAS

1. Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet* 2011, publicado online em 9 de maio. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8.
2. Bahia L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JC, organizadores. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 407-449.
3. Santos IS, Ugá MADE, Porto SM. O *mix* público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciêñ Saude Colet* 2008; 13(5): 1431-1440.
4. Pierantoni CR, Varella TC, França T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: Barros AFR, Santana JP, Santos Neto PM, organizadores. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*, vol. 2. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 51-70.
5. Pierantoni CR, Varella TC, França T, Garcia AC. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas de SUS. *Physis* 2008; 18(4): 685-704.
6. Haddad AE, Morita, MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarela T, Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Revista Saúde Pública* 2010; 44(3):383-393.
7. Brasil. Lei nº 9.394 de 24 de dezembro de 1996. Lei de diretrizes e bases da educação. Diário Oficial da União 1996; 24 dez.
8. Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco; 2005.

9. Pinto ICM, Teixeira CF. Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(9): 1777-1788.
10. Teixeira CF, Vilasbôas AL. Desafios da formação técnica ética dos profissionais das equipes de Saúde da Família, In: Trad LA, organizadora. *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 133-156.
11. Santos BS. Da idéia de universidade à universidade de idéias. In: Santos BS. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 4ª ed. São Paulo: Cortez Editora; 1997. p. 187-233.
12. Santos BS, Almeida Filho N. *A Universidade no século XXI: para uma Universidade nova*. Almedina-CES: Coimbra; 2008. 183 p.
13. Morin E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001. 128 p.
14. Morin E. *A religação dos saberes: o desafio do século XXI*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002. 588 p.
15. Morin E. *Introdução ao pensamento complexo*. 4ª ed. Lisboa: Instituto Piaget; 2003. 177 p.
16. Morin E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 10ª ed. São Paulo. Brasília-DF: Cortez Editora/UNESCO; 2005. 116 p.
17. Almeida Filho N. *Universidade nova: textos críticos e esperançosos*. Brasília: UnB; Salvador: Edufba; 2007.
18. Universidade Federal da Bahia. *Universidade Nova: reestruturação da arquitetura curricular da educação superior no Brasil*. [Minuta de anteprojeto]. Salvador; 2006.
19. Kingdon JW. *Agendas, Alternatives and Public Policies*. United States of America: Addison-Wesley Longman; 1995.
20. Capella ACN. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de Políticas Públicas. In: Hochman G, Arretche M, Marques E, organizadores. *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, p. 87-122.
21. Universidade Federal da Bahia. *Proposta de inclusão da Universidade Federal da Bahia no Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais*. Salvador; 2007. 67 p.
22. Universidade Federal da Bahia. *Memorial da Universidade Nova: UFBA 2002–2010*. Salvador; 2010. 308 p.
23. Universidade Federal da Bahia. *Projeto Pedagógico dos Bacharelados Interdisciplinares*. Salvador; 2008. 87 p.
24. Universidade Federal da Bahia. Conselho de ensino, pesquisa e extensão. *Resolução 02/2008*. Salvador; 2008.
25. Almeida Filho N. Matriz curricular do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. [slides]; 2008. 39 slides.
26. Almeida Filho N. A Epidemiologia e o campo da saúde: interfaces disciplinares. In: Almeida Filho N, Barreto ML, organizadores. *Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 55-64.
27. Universidade Federal da Bahia. IHAC. *Projeto Pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador; 2010.
28. Universidade Federal da Bahia. Conselho acadêmico de ensino. *Resolução nº 6/2011*. Salvador; 2011.
29. Breton DL. *A sociologia do corpo*. Petrópolis: Vozes; 2006. 102p.
30. Paim JS. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
31. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de Atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: Teixeira CF, Solla JP, organizadores. *Modelo de*

- atenção à saúde: promoção, Vigilância e Saúde da Família.** Salvador: Edufba; 2006. p. 129-167.
32. Rosenfeld S. O uso de medicamentos no Brasil. In: Laporte JR, Tognon G, Rosenfeld S, organizadores. *Epidemiologia de medicamentos*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1989. p. 21-39.
 33. Batistella C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: Fonseca AF, Corbo, AD, organizadores. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 25-49.
 34. Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis* 2007; 17(1): 29-42.
 35. Coelho MTAD, Almeida Filho N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *Hist, cienc. saúde – Mangueiras* 2002 ago; 9(2):315-333.
 36. Batistella C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca AF, Corbo AD, organizadores. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 51-86.
 37. Almeida Filho N. Desconstruindo o conceito de risco. In: *A Clínica e a Epidemiologia*. 2ª ed. Salvador. Rio de Janeiro. São Paulo: APCE-Abrasco; 1997. p. 123-152.
 38. Ayres JRJM, França Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-139.
 39. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 15-38.
 40. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 39-53.
 41. Gondim G. Do conceito de risco ou da precaução: entre determinantes e incertezas. In: Fonseca AF, Corbo AD, organizadores. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 87-119.
 42. Barreto ML, Carmo EH. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(Supl.0):1779-1790.
 43. Paim JS. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. 142 p.
 44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 92 p.
 45. Testa M. Analisis de instituciones hipercomplejas. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Praxis en salud: un desafío para lo público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 17-70.
 46. Teixeira CF. Naomar de Almeida Filho (2002 – 2010). In: Toutain LMB, Varela MAA, organizadoras. *Reitores da UFBA: de Edgard Santos a Naomar de Almeida Filho*. Salvador: EDUFBA; 2011. p. 261-286.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um olhar panorâmico sobre o conjunto dos artigos apresentados nas páginas precedentes permite algumas considerações acerca dos principais achados, tanto com relação à produção científica sobre FSS no Brasil e acerca das abordagens teóricas analisadas, quanto com relação ao significado do processo de implantação do BI Saúde no contexto econômico, político e social vigente no país, particularmente na área de saúde.

A revisão dos modelos teóricos apresentada no artigo 1 revela o predomínio da Educação Médica como objeto de reflexão tendo como representantes os estudos de Juan César Garcia, Jorge Andrade e Márcio Almeida. Mesmo Mário Chaves, desenvolveu grande parte do seu trabalho como consultor de projetos de mudança do ensino médico, fomentados pela Fundação Kellogg, ainda que grande parte destes projetos tenha buscado estimular a “integração docente-assistencial⁸²”, isto é, a articulação ensino-serviço e, mais recentemente, a “integração ensino-serviço-comunidade⁸³”. Talvez por isso o Autor tenha se interessado em desenvolver uma proposta mais abrangente para a análise do “*sistema educacional das profissões de saúde*”, e das relações entre o “*aparelho formador*” e o “*aparelho utilizador*” de pessoal, trilha seguida por Júlio Frenk e colaboradores. Não obstante, como vimos no exame crítico dos modelos, nenhum destes autores problematiza a arquitetura acadêmica da formação superior em saúde, isto é, não questionam o modelo profissionalizante que separa os processos formativos ao tempo em que se fomenta a chamada formação de “equipes multiprofissionais”.

De todo modo, é importante considerar as limitações intrínsecas aos modelos analisados, na medida em que nem um nem outro põem em questão o “modelo de formação superior em saúde” propriamente dito, isto é, não problematizam a ênfase quase que estritamente profissionalizante, que fragmenta o objeto de pesquisa/intervenção em saúde e especializa os sujeitos que compõem, *a posteriori*, a “equipe” de saúde. Nessa perspectiva, fica claro o significado estratégico da implantação do “regime de ciclos”, do qual é expressão no Brasil atualmente, o curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, que trás embutido a

⁸² RODRIGUEZ NETO E. **Integração Docente Assistencial em Saúde**. São Paulo, 1979. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da USP].

⁸³ RANGEL-S ML, VILASBOAS AL. Rede UNIDA: breve histórico, concepção, organização e estratégias de ação. **Divulgação para Saúde em Debate**, Londrina, v. 1, n.12, p. 15-18, 1996. FEUERWERKER LCM, SENA RR. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface (Botucatu)**, v. 6, n. 10, p. 37-49, 2002. CECCIM RB, FEUERWERKER LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, p. 41-65, 2004.

crítica ao modelo hegemônico, centrado na disciplinaridade, na profissionalização e na reprodução das relações hierárquicas de poder entre os membros da “equipe” de saúde.

A respeito da produção científica revisada no artigo 2, cabe enfatizar, que apesar do aumento do número de trabalhos voltados à problemática da FSS, evidenciou-se forte ênfase na análise de aspectos parciais dos cursos de formação profissional, tomados, principalmente, de forma isolada, com predomínio marcante de estudos na área de enfermagem e medicina. Constatou-se, ademais, na grande maioria das universidades, tanto públicas quanto privadas, uma ausência de reflexão crítica acerca do modelo de formação superior vigente. Com isso, pode-se considerar a existência de certa “cegueira situacional⁸⁴” por parte dos pesquisadores da área que, aparentemente, não conseguem enxergar além dos limites estabelecidos pelo modelo hegemônico de formação superior em saúde, ainda que parte deles se interesse em analisar a implementação de propostas de reforma curricular e introdução de novas metodologias de ensino nos cursos profissionalizantes. Em suma, as evidências levantadas neste artigo indicam que a hegemonia do modelo de formação superior incide, diretamente, no modo de produção de conhecimentos sobre o tema, reproduzindo-se o interesse quase que exclusivo dos autores de cada profissão por “sua” própria categoria profissional, salvo raras exceções.

Sobre a experiência de criação e implantação do BI Saúde na UFBA, objeto dos artigos 3 e 4, cabe destacar a importância desta experiência inovadora por apontar a possibilidade de mudanças no modelo de formação, a partir da introdução do regime de ciclos. Se, por um lado, esta iniciativa revela a inserção de parte das universidades públicas brasileiras no debate internacional desencadeado a partir do Processo de Bolonha⁸⁵, por outro lado, reflete a capacidade empreendedora de alguns dirigentes que influenciaram o debate interno em algumas instituições de ensino superior, a exemplo da UFBA, UFABC, UFRB e mais recentemente na UFSB⁸⁶.

Com isso, é possível concluir, ainda que provisoriamente, apontando alguns possíveis cenários para a Saúde no Brasil e suas implicações para a formação de pessoal em saúde. Tomando como referência o estudo “A Saúde no Brasil em 2030”, conduzido pela Fundação

⁸⁴ MATUS C. Adeus, **senhor presidente: governantes governados**. São Paulo: FUNDAP, 1996.

⁸⁵ GASTON PL. **The challenge of Bologna: what United States higher education has to learn from Europe, and why it matters that we learn it**. Virginia: Stylus, 2010.

⁸⁶ Cabe ressaltar que a estratégia de implantação da UFSB prevê que o ingresso de todos os estudantes de qualquer área se dará a partir dos cursos de Bacharelado Interdisciplinar. Ver: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. **Plano orientador institucional e político-pedagógico da Universidade Federal do Sul da Bahia: minuta 6.0** / UFBA; versão composta por Naomar de Almeida Filho, Joana Guimarães, Clarissa Bittencourt de Pinho e Braga [et al.]. - Salvador: UFBA, 2012. 136 p.

Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2012)⁸⁷, em colaboração com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), e o capítulo “Saúde Coletiva: futuros possíveis⁸⁸”, pode-se construir três cenários para a FSS, que levam em conta o pano de fundo mais geral, relativo às tendências do desenvolvimento econômico e social no país, as tendências do perfil epidemiológico e da organização do sistema de saúde, variantes que determinam e condicionam os limites e possibilidades de incorporação de novos modelos de formação superior na área.

CENÁRIOS FUTUROS

Tomando por base os estudos apontados anteriormente foram identificados três cenários prospectivos para o sistema de saúde brasileiro para 2030 (FIOCRUZ, 2012; ALMEIDA FILHO, PAIM, VIEIRA DA SILVA, 2014): o cenário otimista possível, o cenário pessimista plausível e o cenário inercial provável.

Cenário A – Otimista Possível: Neste cenário as condições econômicas favoráveis permitem um crescimento sustentado, controle da inflação, erradicação da pobreza, redução de desigualdades (coeficiente de Gini de 0,40), com elevação da escolaridade média da população e fim do analfabetismo. Estimando-se a taxa de crescimento em 4% ao ano, o PIB alcançaria, em 2030, o valor de R\$ 8.260 bilhões, a preços constantes de 2010, elevando a renda *per capita* para R\$ 38.240,00. As condições econômicas favoráveis permitiriam uma maior participação do setor público no gasto total com saúde, podendo-se chegar a 5,10% do PIB em 2030. Com isso, os valores *per capita* investidos no SUS teriam um crescimento de 66%, passando de R\$ 861,60 em 2012 para R\$ 1.429,32 em 2030 (FIOCRUZ, 2012).

Com a melhoria da distribuição da renda e das condições de vida haveria um avanço das condições de saúde da população expresso numa ligeira queda da mortalidade geral e um aumento da expectativa de vida ao nascer. É de se esperar uma redução da mortalidade infantil, em ambos componentes, neonatal e pós-neonatal, da mortalidade materna e da mortalidade por doenças cardiovasculares, assim como dos danos e mortes por violência e acidentes de trânsito (FIOCRUZ, 2012). De acordo com Almeida Filho, Paim e Vieira da

⁸⁷ FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. 323p.

⁸⁸ ALMEIDA FILHO N, PAIM JS, VIEIRA DA SILVA LM. Saúde Coletiva: futuros possíveis. In: Paim JS e Almeida-Filho N (orgs.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1 ed. – Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 669 - 686.

Silva (2014, p. 681), no entanto, “é de se esperar elevada prevalência de doenças crônicas e de agravos não transmissíveis, bem como de transtornos mentais, exigindo a organização de um sistema de saúde que garanta a continuidade e a integralidade do cuidado”.

Nesse cenário, a garantia de fontes estáveis de financiamento com descentralização das ações e serviços de saúde possibilitaria o fortalecimento do SUS e a contenção do setor privado, com diminuição da taxa de cobertura da população com seguro privado e público (funcionários públicos, Forças Armadas, etc.) e aumento da regulação estatal sobre os serviços privados contratados pelo SUS (FIOCRUZ, 2012). Nessas condições poderia ocorrer, além da ampliação do acesso, a adoção, em larga escala, de modelos de atenção orientados pela lógica da promoção e da vigilância da saúde, comprometidos com a efetividade, equidade e qualidade do cuidado em saúde. Com isso, haveria necessidade de novos modelos de formação de profissionais tecnologicamente competentes, capazes de trabalhar em equipes, criativas, autônomas, resolutivas, engajadas na promoção da saúde, abertas à participação social e comprometidas com a humanização da atenção à saúde (ALMEIDA FILHO, 2013).

Neste contexto progressista poderia haver uma transformação do modelo de formação de profissionais de saúde de nível superior com a expansão da proposta de implantação do regime de ciclos em outras instituições de ensino superior, tanto públicas quanto privadas, podendo ocorrer a consolidação do BI como primeiro ciclo da formação em saúde. Além disso, é possível que neste cenário ocorra uma expansão de outras iniciativas tendentes à mudança no processo de formação, a exemplo da criação de novos cursos profissionais na área, como o curso de graduação em Saúde Coletiva, bem como, o fortalecimento do “modo em serviço” (GARCIA, 1972), a exemplo dos Estágios de Vivência no SUS.

Cenário B - Pessimista e Plausível: Neste cenário, configurar-se-ia um fraco desempenho econômico e ocorreria uma piora das condições sociais e humanas, com persistência da desigualdade social (Coeficiente de Gini estável em 0,60), diminuição dos níveis de emprego e conseqüente aumento das taxas de desemprego e piora nos indicadores sociais e ambientais. Com uma taxa discreta de crescimento de 0,63% ao ano, correspondendo meramente à taxa de crescimento populacional, o PIB atingiria R\$ 4.277 bilhões em 2030, mantendo-se a renda *per capita* no mesmo patamar atual de R\$ 19.763,50 ao ano. As precárias condições econômicas comprometeriam a participação do gasto público no gasto total com saúde. Os gastos federais cresceriam de 1,82% do PIB, em 2012, para apenas

1,98%, em 2030, representando um crescimento real de 30% dos gastos públicos de saúde *per capita* alcançando R\$ 973,21 em 2030 (FIOCRUZ, 2012).

O inexpressivo crescimento econômico e as repercussões nefastas sobre as condições sociais e de saúde da população incidiriam sobre o quadro epidemiológico, mantendo as elevadas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e cânceres, além do crescimento do número de homicídios e de acidentes. Mesmo se obtendo certos ganhos na redução da mortalidade dos menores de 5 anos, a alta mortalidade por doenças crônicas e a elevada mortalidade por causas externas, sobretudo em jovens, impediriam aumentos expressivos na expectativa de vida (ALMEIDA FILHO, PAIM, VIEIRA DA SILVA, 2014).

No que tange a assistência à saúde, a diminuição do ritmo de crescimento econômico determinaria restrições às políticas de saúde e graves limitações aos serviços e ações públicos de saúde, os quais estariam restritos a uma cesta básica de serviços para os pobres, com ênfase em ações de baixo custo e de alta efetividade (ALMEIDA FILHO, PAIM, VIEIRA DA SILVA, 2014). Ao mesmo tempo, observar-se-ia uma maior participação do setor privado na provisão de serviços de saúde com expansão da “saúde suplementar”, especialmente para as classes C e D e para os funcionários públicos, o que indica uma tendência ao fortalecimento do caráter privatista e mercantilista atribuído à saúde. De acordo com o estudo da Fiocruz (2012, p. 293): “Persistirão distorções no modelo de atenção à saúde, fragilidades na atenção primária, limites no acesso da população e na integração dos serviços de vários níveis de complexidade”.

Neste horizonte mais conservador, manter-se-ia a tendência de reprodução do modelo de formação hegemônico, com entrada dos alunos diretamente nos cursos profissionalizantes, entre os quais permaneceria a desigualdade de prestígio social atribuído às diversas profissões, com supremacia da figura do médico e do curso de Medicina. Nesta perspectiva, o BI Saúde permaneceria como experiência pontual em algumas universidades públicas, enfrentando dificuldades para integrar-se ao ensino profissionalizante. Num cenário ainda mais pessimista, cogitar-se-ia, inclusive, a possibilidade de extinção da proposta, como, aliás, já aconteceu anteriormente com propostas inovadoras de ensino em saúde, a exemplo do programa implantado na Universidade de Brasília (UnB), do curso experimental da Faculdade de Medicina da USP e da reforma curricular empreendida na escola de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (PAIM, 1994)⁸⁹.

⁸⁹ PAIM JS. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública: USP, 1994. 80 p.

Cenário C - Inercial e Provável: Nesse cenário, a economia brasileira apresentaria um crescimento moderado com manutenção da estrutura social altamente concentradora de renda. Mantida a tendência atual, o PIB cresceria em torno de 2 % ao ano, registrando em 2030 o valor de R\$ 5.602 bilhões, com a renda *per capita* atingindo o patamar de R\$ 25.935,00 ao ano. Em que pese à melhoria de alguns indicadores sociais, como a redução do analfabetismo, da mortalidade infantil, com aumento da expectativa de vida, os efeitos adversos do crescimento econômico reduzido afetariam os indicadores de desenvolvimento social e humano (o índice Gini estaria em 0,60, tal como no cenário pessimista). Segundo Almeida Filho, Paim e Vieira da Silva (2014, p. 676): “Nesse cenário, agrava-se a crise urbana, com aumento da violência e manutenção de desigualdades sociais inaceitáveis”. A situação econômica dificultaria o incremento de recursos novos do gestor federal, embora possa ocorrer um aumento de aplicação dos recursos estaduais em saúde, podendo o gasto público no setor alcançar o patamar de 3,96% do PIB em 2030 (FIOCRUZ, 2012).

No que diz respeito ao quadro sanitário a mortalidade infantil e materna manterão sua tendência atual de declínio, observando-se redução dos diferenciais regionais e sociais na esperança de vida ao nascer. A mortalidade por doenças cardiovasculares também manterá sua tendência declinante, enquanto a incidência e mortalidade por câncer seguirá estável, com mudança nos tipos de tumor e aumento da sobrevivência de pacientes em acompanhamento continuado. Haverá redistribuição territorial dos acidentes de trânsito e das agressões, assim como de suas conseqüências de danos e mortes. O aumento desses eventos nas regiões Nordeste e Centro-Oeste não compensará o declínio nas regiões Sul e Sudeste. Os transtornos mentais poderão ver sua incidência e prevalência aumentadas, particularmente os transtornos depressivos e os quadros demenciais associados ao envelhecimento (...) também se prevê um aumento da prevalência de pessoas portadoras de deficiência, por conta do aumento de sua sobrevivência. (FIOCRUZ, 2012, p. 299).

Neste cenário, verificar-se-ia (ALMEIDA FILHO, PAIM, VIEIRA DA SILVA, 2014, p. 679):

o prolongamento da crise do sistema de serviços de saúde com um arcabouço legal fictício diante da instabilidade de financiamento e de uma gestão do SUS dependente da orientação político-ideológica e dos interesses partidários dos seus dirigentes. A chamada “saúde suplementar” e a medicina privada liberal e empresarial paga por desembolso direto, serão pouco regulados, mantendo-se as vantagens dos subsídios indiretos decorrentes da renúncia fiscal do Estado. Preservar-se-ia a dicotomia entre a assistência médico-hospitalar e a saúde pública, esta confinada às campanhas sanitárias, aos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária e aos programas especiais, persistindo o conflito entre o modelo médico-assistencial hegemônico e as propostas da Reforma Sanitária e do SUS

Quanto à formação de pessoal em saúde, esta situação favorece a permanência da tensão existente entre as tendências de mudança e conservação do modelo de formação, ou seja, é provável que possa ocorrer uma expansão do número de cursos de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde em universidades públicas que pretendam ampliar o número de vagas enquanto a demanda social permaneceria centrada nos cursos profissionalizantes, principalmente, os de maior prestígio social. Desse modo, preservar-se-ia a tendência vigente de desarticulação entre os cursos de formação geral, como o BI e os cursos profissionalizantes fato que poderia incidir, inclusive, sobre o funcionamento e a qualidade dos cursos de BI Saúde.

Diante da incerteza com relação aos futuros possíveis na sociedade brasileira e na saúde em particular, cabe finalizar apontando a necessidade de estudos que dêem continuidade a estas reflexões e que embasem a análise prospectiva das tendências em termos da mudança ou conservação do modelo de formação superior em saúde, no acompanhamento do comportamento de variáveis relativas ao número de estabelecimentos, cursos, vagas, ingressos, matriculados e concluintes, bem como no monitoramento do debate político em torno de propostas inovadoras tanto no que diz respeito à FSS quanto em termos da reestruturação da arquitetura acadêmica da educação superior no Brasil.