



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**GEORGE AMARAL SANTOS**

**O CURRÍCULO NA EDUCAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE:  
ESTRATÉGIAS E EMBATES NA ADERÊNCIA AO PROCESSO DE  
REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA**

Salvador  
2014

**GEORGE AMARAL SANTOS**

**O CURRÍCULO NA EDUCAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE:  
ESTRATÉGIAS E EMBATES NA ADERÊNCIA AO PROCESSO DE  
REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Comunitária. Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde.

Orientador: Prof. Naomar Monteiro de Almeida Filho

Salvador  
2014

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

S194c Amaral-Santos, George.

O currículo na educação superior em saúde: estratégias e embates na aderência ao processo de Reforma Sanitária Brasileira / George Amaral Santos. -- Salvador: G. Amaral-Santos, 2014.

137f.

Orientador: Prof. Dr. Naomar Monteiro de Almeida Filho.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Educação Superior. 2. Reforma do Setor Saúde. 3. Universidade. 4. Currículo. I. Título.

---

CDU 378



Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

## GEORGE AMARAL SANTOS

**O currículo na educação superior em saúde:  
estratégias e embates na aderência ao processo  
de Reforma Sanitária Brasileira.**

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação,  
apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do  
Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 28 de abril de 2014.

Banca Examinadora:

*Naomar de Almeida Filho*

Prof<sup>o</sup> Naomar Monteiro de Almeida Filho - Orientador - ISC/UFBA

*Isabela Cardoso de Matos Pinto*

Prof<sup>a</sup> Isabela Cardoso de Matos Pinto – ISC/UFBA

*Carmen Fontes de Souza Teixeira*

Prof<sup>a</sup> Carmen Fontes de Souza Teixeira – IHAC/UFBA

*Luis Augusto Vasconcelos da Silva*

Prof<sup>o</sup> Luís Augusto Vasconcelos da Silva – IHAC/UFBA

Salvador  
2014

Inadmissíveis são os métodos que inspiram nos oprimidos o medo e a docilidade diante dos opressores; sufocam o espírito de protesto e revolta e substituem a vontade das massas pela vontade dos chefes, a persuasão pela pressão, a análise da realidade pela demagogia e a falsificação.

Leon Trotski (1978, p. 37)

AMARAL-SANTOS, George. O currículo na educação superior em saúde: estratégias e embates na aderência ao processo de Reforma Sanitária Brasileira. 137f. il. 2014. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo identificar e discutir elementos estruturantes dos currículos na educação superior em saúde que favorecem ou dificultam sua aderência ao projeto político da Reforma Sanitária Brasileira. No sentido de oferecer subsídios para aprendizado e reflexão no âmbito da educação em saúde, realizou-se um estudo de caso da graduação em saúde na Universidade Federal da Bahia, considerando a análise dos projetos político-pedagógicos dos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem, Saúde Coletiva e do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde; do relato de docentes envolvidos diretamente na concepção e/ou operacionalização destes projetos e da percepção de estudantes sobre seu cotidiano na vivência dos currículos destes cursos. A produção do material empírico deu-se através das seguintes técnicas: (I) análise dos projetos político-pedagógicos; (II) entrevistas semiestruturadas com os docentes e (III) produção de relatos autoetnográficos pelos estudantes. As categorias básicas analisadas foram definidas a partir da leitura dos dados produzidos levando-se em conta as categorias êmicas que emergiram e o marco teórico-crítico do materialismo histórico, conforme sintetizado por Garcia na análise da produção de médicos. A análise dos dados permite levantar a hipótese de que a estrutura curricular predominante nos cursos de saúde da Universidade Federal da Bahia constitui obstáculo para as tentativas de inovação, transformação ou criação de propostas que se pretendam contra-hegemônicas nos cursos de saúde. Nestes, a síntese das disputas pelo arbitrário cultural acaba por produzir currículos formais ou manifestos e informais ou ocultos, viabilizando reforço e permanência de processos e relações educativas muito semelhantes aos que existiam antes das propostas de mudança. As peculiaridades de cada curso são descritas no sentido de expor graus variáveis de aderência, aproximação ou afastamento em relação a princípios e propostas estruturantes da Reforma Sanitária Brasileira.

Palavras-chave: Educação Superior; Reforma do Setor Saúde; Universidade; Currículo.

AMARAL-SANTOS, George. Le programme d'études dans l'enseignement supérieur en santé: stratégies et luttes quant à l'adhésion au processus de la Réforme Sanitaire Brésilienne. 137f. il. 2014. Mémoire de Maîtrise – Institut des Santé Collective de l'Université Fédérale de Bahia., Salvador, 2014.

## RÉSUMÉ

Cette étude visait à identifier et examiner les éléments structurants des programmes d'études (en portugais, currículos) dans l'enseignement supérieur en matière de santé qui favorisent ou entravent leur adhésion au projet politique de la Réforme sanitaire brésilienne. Dans le but d'offrir des éléments de réflexion et d'apprentissage dans le cadre de l'éducation en santé, nous avons effectué une étude de cas de la graduation (premier cycle) en santé à l'Université fédérale de Bahia, à travers l'analyse: des projets politico-pédagogiques des cours de premier cycle en médecine, soins infirmiers, santé publique et du Baccalauréat interdisciplinaire en Santé; du témoignage des professeurs directement impliqués dans la conception et / ou la mise en oeuvre de ces projets; et de la perception des étudiants sur leur expérience quotidienne de ces programmes de cours. La production du matériel empirique a été effectuée au moyen des techniques suivantes: (I) l'analyse des projets politico-pédagogiques; (II) des entretiens semi-structurés avec les enseignants; et (III) la réalisation de récits auto-ethnographiques par des étudiants. Les catégories de base analysées ont été définies à partir de la lecture des données produites, en tenant compte des catégories émiques qui ont émergé et du cadre conceptuel critique du matérialisme historique, tel qu'il a été synthétisé par Garcia dans son analyse de la production des médecins. L'analyse des données permet de faire l'hypothèse que le programme d'études prédominant dans les cours de santé à l'Université Fédérale de Bahia constitue un obstacle aux tentatives d'innovation, de transformation ou de création de propositions ouvertement contre-hégémoniques dans les formations en santé. Dans celles-ci, la synthèse des différends par l'arbitraire culturel produit, en fin de compte, des programmes formels et manifestes ou informels et occultés, favorisant le maintien et le renforcement de processus et relations éducatives très semblables à ceux qui existaient avant les propositions de modification. Les particularités de chaque cours sont décrites afin de présenter divers degrés d'adhésion, de rapprochement ou de prise de distances vis-à-vis des principes et des propositions structurants de la Réforme Sanitaire Brésilienne.

Mots-clés: Education supérieure; Réforme du Secteur Santé; Université; Programme d'études.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 Marco teórico da educação médica na América Latina .....	28
Figura 2 Articulação dos BI com os cursos de segundo e terceiro ciclos .....	48
Quadro 1 Análise do currículo vigente em 2005 na FAMED/UFBA .....	42



# Sumário

1 INTRODUÇÃO .....	10
1.1 A Reforma Sanitária Brasileira e a graduação em saúde .....	12
1.2 Marco teórico: crítica política da educação.....	17
1.2.1 O Currículo: apontando o objeto .....	24
1.2.2 Um modelo teórico da educação médica: apoio para a discussão da análise das graduações em saúde.....	27
1.3 Sobre a Educação Superior em Saúde.....	29
2 OBJETIVO.....	33
3 METODOLOGIA .....	33
3.1 Contexto e sujeitos da pesquisa.....	34
3.2 Estratégias e técnicas de investigação .....	36
3.3 Questões Éticas .....	38
3.4 Análise dos dados.....	39
4 CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE NA UFBA: COMO SE RELACIONAM COM O PROCESSO DA RSB .....	40
4.1 Intenções dos Projetos político-pedagógicos: A RSB como base .....	40
4.1.1 Medicina.....	41
4.1.2 Enfermagem .....	44
4.1.3 Saúde Coletiva.....	46
4.1.4 Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.....	48
4.2 Como os docentes pensam um currículo que apoia a Reforma Sanitária Brasileira .....	50
4.3 Os obstáculos à implementação de currículos consoantes à Reforma Sanitária Brasileira.....	57
4.3.1 Medicina.....	58
4.3.2 Enfermagem .....	66
4.3.3 Saúde Coletiva.....	73
4.3.4 Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.....	78
4.4 Estratégias para a operação dos currículos.....	85
4.4.1 Medicina.....	86
4.4.2 Enfermagem .....	93
4.4.3 Saúde Coletiva.....	95
4.4.4 Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.....	98
4.5 O que os estudantes dizem do currículo que vivenciam?.....	100

4.5.1 Medicina.....	101
4.5.2 Enfermagem .....	108
4.5.3 Saúde Coletiva.....	115
4.5.4 Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. ....	118
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>123</b>
REFERÊNCIAS .....	128
APÊNDICE A – Guias para entrevistas com os docentes das Unidades Universitárias. ....	133
APÊNDICE B – Modelo da Matriz de análise dos Projetos Político Pedagógicos.....	136

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem a intenção de identificar e discutir elementos estruturais e funcionais dos currículos vigentes na Educação Superior em Saúde (ESS) que favorecem ou se opõem ao avanço da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) enquanto processo. No sentido de oferecer subsídios importantes para aprendizado e reflexão no âmbito da formação de recursos humanos em saúde, realizou-se um estudo de caso, elegendo a área de Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Compreende a análise de três aspectos: (a) projetos político-pedagógicos destes cursos; (b) relatos de docentes envolvidos na concepção e operação dos currículos; e (c) percepção de estudantes sobre seu cotidiano na vivência desses currículos enquanto espaços relacionais de produção pedagógica.

A UFBA foi instituída em 1946 na cidade de Salvador, capital baiana. Porém, suas raízes remontam ao ano de 1808, quando a universidade iniciou sua história com a implantação do Colégio de Cirurgia, depois transformado em Faculdade de Medicina da Bahia. Na segunda metade do Século XIX e início do Século XX, essa faculdade funcionou como uma proto-universidade, com atividades de pesquisa e de assistência, oferecendo distintos cursos de graduação em profissões da saúde como medicina, farmácia e odontologia. Outras unidades isoladas de ensino superior no campo das engenharias, das artes e do direito foram criadas nesse período. O primeiro grande desafio do Reitor Edgard Santos foi reunir esse conjunto de escolas em um efetivo sistema universitário capaz de atender às necessidades econômicas, sociais e culturais da sociedade baiana, tendo como pano de fundo o amplo movimento pela redemocratização que mobilizava o Brasil da época (UFBA-PROPLAN, 2012).

Após um longo período de estagnação, em sua história recente, a Universidade retoma políticas de expansão e apresenta um reconhecido envolvimento e compromisso com a sociedade. É pioneira na implementação de programas de ações afirmativas que incluíram intervenções drásticas no processo de seleção dos estudantes, como as cotas sociais e raciais, e de processos de reestruturação da arquitetura curricular, como na criação dos Bacharelados Interdisciplinares – nova modalidade acadêmica, em quatro áreas do conhecimento (Artes, Humanidades, Saúde, Tecnologias e Ciências) com terminalidade própria e possibilidade de ingresso em Cursos de Progressão Linear (CPL) ou em cursos de pós-graduação. Investe em sua expansão com outros dois *campi* no interior do estado, além de apoiar a criação de quatro

das cinco universidades federais existentes na Bahia. Conta atualmente com um corpo discente de mais de 40.000 pessoas e ofereceu, no ano de 2014, 5.938 vagas para estudantes ingressantes em 113 cursos de graduação e por volta de 1.900 vagas em 103 cursos de pós-graduação (UFBA, 2014a).

Porém, dada a magnitude do débito social da educação, resultante da herança do escravismo colonial, particularmente na Bahia, ainda há muito o que se transformar no sentido de sustentar o ensino, a pesquisa e a extensão de excelência acadêmica e de tornar a universidade um meio para a transformação social, haja vista seu caráter eminentemente reprodutor de injustiças e iniquidades sociais (ALMEIDA-FILHO, 2012).

O Projeto de Desenvolvimento Institucional 2012-2016 da UFBA indica uma tendência da estrutura acadêmica voltar-se para a produção de conhecimentos e formação de egressos que respondam às demandas do panorama político, econômico e científico nacional e internacional (UFBA, 2012). Essa direção certamente não é neutra. Desenha-se a partir de interesses e escolhas econômicas, políticas e ideológicas que se colocam em disputa nos diversos espaços universitários e deixam marcas perceptíveis nos documentos, nas relações e na prática institucional.

Os currículos dos cursos de graduação, evidenciados por Silva (2011) como documentos de identidade das instituições de ensino, podem igualmente ser reveladores dos determinantes sociais para a educação superior em saúde. Referindo-se especificamente à extensão da prática médica sobre as populações, Donnangelo e Pereira (1979) dizem que a prática profissional na saúde é socialmente determinada e se manifesta através de “uma complexa dinâmica econômica e política na qual se expressaram os interesses e o poder de diferentes classes sociais” (p.33).

Tanto a educação quanto a prática no trabalho em saúde podem ser assumidas como práticas sociais que, numa relação dialética com processos políticos e econômicos, produzem realidades sociais diversas e contraditórias. Nesse sentido, a Reforma Sanitária Brasileira, tratada aqui como um processo em andamento (PAIM, 2008), constitui importante mudança estabelecida constitucionalmente no setor saúde, implicando grande desafio para realizar-se concretamente como proposta de transformação do contexto social da saúde no Brasil.

## 1.1 A Reforma Sanitária Brasileira e a graduação em saúde

Basicamente a Reforma Sanitária Brasileira pode ser conceituada como:

[...] um conjunto articulado de princípios e proposições políticas, elaborado pelo movimento de democratização da saúde que tomou corpo, na sociedade brasileira, nas lutas de resistência contra o autoritarismo. Esta reformulação profunda do setor saúde, que vai além de uma reforma administrativa e financeira, apresenta componentes políticos, jurídicos, organizacionais e comportamentais. Significa a revisão crítica de concepções, de paradigmas, de técnicas, mas também mudanças no relacionamento do Estado e de seus aparelhos com a sociedade e dos funcionários com seus cidadãos. (PAIM, 2002, p. 121)

Com este objetivo, a RSB pode então ser pensada como iniciativa de reforma geral, na medida em que, em seu projeto, pressupõe a transformação de toda a sociedade em suas relações, modos de produção e valor atribuído à vida humana (PAIM, 2008). Iniciada na década de 70 em meio ao enfrentamento à ditadura, este movimento configurou-se como um espaço de luta pela modificação das condições sociais que determinam os padrões de morbimortalidade, o que redundaria em transformações profundas na vida social com reflexos na vida de cada cidadão (POSSAS, 1988). Nesse sentido, Arouca (1988) defende que, a partir do movimento da RSB, poderiam ser ampliadas as bases democráticas da sociedade brasileira, reconhecendo a saúde como uma das respostas sociais de maior impacto político.

No caminho para transformações sociais desta natureza, Berlinguer, Teixeira e Campos (1988) apontam que uma reforma sanitária não surge simplesmente a partir de decretos e normas processuais. Antes disto, deve ser um movimento de participação popular, de trabalhadores e intelectuais comprometidos com a promoção da saúde, de sorte que afirmem mudanças amplas na sociedade. Tal como no contexto de Berlinguer – líder político da esquerda italiana – no Brasil, além de agentes individuais, a reforma foi conduzida por entidades de diferentes naturezas funcionais, organizacionais e políticas, organizadas em sujeitos sociais que emergiram nas lutas pela democratização, destacando-se o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Dois conceitos fundamentais se articulam no movimento sanitário, numa luta contra-hegemônica, emergindo da produção teórica do nascente campo da Saúde Coletiva: 1) a determinação social da saúde-doença e 2) o processo de trabalho em saúde organizado pelo modelo de Vigilância à Saúde. De forma complementar, o ideário da RSB é descrito da seguinte forma:

[...] o conceito ampliado de saúde e dos seus determinantes assumido pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e posteriormente incorporado pela Constituição da República e pela legislação infraconstitucional fundamenta-se em parte da produção teórico-crítica da Saúde Coletiva no Brasil. Do mesmo modo, os princípios e diretrizes relativos ao direito à saúde, à cidadania, à universalização, à equidade, a democracia e a descentralização conferem uma atualidade dessa produção, sobretudo, pela contribuição das ciências sociais ao campo da Saúde Coletiva. Já as propostas de sistema único de saúde, de rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, de atendimento integral, de participação da comunidade, e de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, presentes naquele arcabouço jurídico, tiveram como matriz conceitual o paradigma originário do movimento preventivista e da saúde comunitária. (PAIM, 1997, p. 14)

No entanto, salienta-se que o movimento pela RSB, além de apoiar-se nas bases teóricas de fundo acadêmico, deve, sobretudo buscar sólidas e profundas bases de apoio no tecido social.

Com essa premissa, a participação social teve seu ápice na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que, ao contrário das anteriores, onde predominava um cunho burocrático, contou com a participação de 50% de usuários dos serviços de saúde e trouxe como proposta principal o movimento pela Emenda Popular, única emenda constitucional que surge do movimento social. Apesar da oposição dentro do próprio governo, inclusive do presidente da República da época, com esta emenda na Constituição foi promulgado o texto que garante a saúde como direito de todos e dever do Estado (AROUCA, 2002). A partir da VIII CNS também se implanta o Sistema Único de Saúde através da lei 8.080 de 1990. Ou seja, conquista-se no Brasil o direito universal à saúde, à participação popular no planejamento das ações de saúde e a clarificação da função complementar do setor privado.

Pode-se dizer que avançou-se da oferta de serviços com qualidade e acesso diferenciados entre ricos, trabalhadores urbanos e “indigentes”<sup>1</sup> para um Sistema Único de Saúde, organizado pelos princípios da universalidade, integralidade assistencial, promoção da saúde e participação da comunidade, com o financiamento público dos serviços de saúde garantindo constitucionalmente a saúde como dever do Estado e direito de todos os cidadãos brasileiros.

Porém não se pode pensar que, com estes avanços legais no setor saúde, a RSB está concretizada. Ela é descrita por Paim (2008, p. 36) como um fenômeno sócio-histórico que pode ser traduzido no âmbito do pensamento como:

---

<sup>1</sup> Assim se chamavam pessoas pobres, sem emprego, camponeses e meeiros, antes da redemocratização.

[...] *ideia-proposta-projeto-movimento-processo*: *ideia* que se expressa em percepção, representação, pensamento inicial; *proposta* como conjunto articulado de princípios e proposições políticas; *projeto* enquanto síntese contraditória de políticas; *movimento* como articulação de práticas ideológicas, políticas e culturais; *processo* enquanto encadeamento de atos, em distintos momentos e espaços que realizam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas.

Esta compreensão explicita o caráter histórico da RSB, permeado por contradições e que apresenta um movimento constante em diferentes conjunturas políticas. Solicitando, desta forma, uma abordagem crítica e estratégica para que avance processualmente como síntese de movimentos e contra-movimentos no espaço social.

Nesse aspecto, apesar de apresentar diversas melhoras nos indicadores de saúde da população, a RSB tem em sua incompletude, nove estratégias programáticas: (1) Romper o insulamento do setor saúde; (2) estabelecer responsabilidades sanitárias e direitos dos cidadãos usuários; (3) intensificar a participação e controle social; (4) aumentar a cobertura e a resolutividade e mudar radicalmente o modelo de atenção à saúde; **(5) formar e valorizar os trabalhadores de saúde**; (6) aprofundar o modelo de gestão; (7) aumentar a transparência e controle dos gastos; (8) ampliar a capacidade de regulação do estado; (9) superar a insegurança e o subfinanciamento da área social (PAIM, 2008). Além disso, Almeida-Filho (2011) e Paim *et al.* (2011) apontam como desafios da reforma sanitária: a sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica, além da melhoria da qualidade nos cuidados prestados, em razão principalmente da limitação qualitativa dos recursos humanos.

Paim (2006) constata ainda a necessidade de novas abordagens na constituição de pessoal qualificado para atender às demandas de reformas setoriais, das quais depende a independência da Saúde Coletiva das especialidades médicas. Também afirma que há pressa em avançar, ampliar e sustentar os ideais da RSB, estando seu sucesso diretamente relacionado ao que se faz hoje.

Esta discussão, no entanto, não é recente. A educação é afirmada como uma importante via para assegurar transformações sustentáveis no quadro social, tal como no projeto da RSB: a ruptura com a lógica capitalista de produção e distribuição dos recursos para a saúde da população. Mészáros (2008), já aponta para a íntima relação entre os processos educacionais da sociedade e os processos sociais de reprodução, o que ratifica a necessidade da RSB encontrar suporte na educação universitária em saúde para sua sustentação.

Na década de 60, apesar do pouco espaço acadêmico para os estudos da saúde coletiva, da perseguição política a docentes, pesquisadores e estudantes no regime militar, este diálogo esteve presente por meio do movimento estudantil, das escolas de saúde pública, do Ministério da Saúde e da Universidade de São Paulo. Após a reforma universitária de 1968 que, mesmo autoritária abriu espaço para o ensino da saúde coletiva e da expansão dos cursos de pós-graduação, a universidade contribuiu com o estudo, investigação e denúncia da deterioração das condições de saúde da população, em um momento em que o governo afirmava uma melhora na economia. Os departamentos de Medicina Preventiva e Social, em geral associados a projetos de saúde comunitária, colaboraram na discussão de políticas e do planejamento em saúde (PAIM, 2002).

Na década de 70, a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o CEBES e a ABRASCO foram importantes setores da universidade, organizadores de cultura, que por meio de intelectuais da academia, contribuíram para o então movimento sanitário com subsídios teóricos para a elaboração da proposta da Reforma Sanitária Brasileira.

Em 1986, no contexto da construção de propostas a serem discutidas na Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (CNRH), Almeida (1986), Silva (1986) e Mendes (1986) já afirmavam que os então novos conceitos em saúde demandariam projetos pedagógicos substitutivos ao modelo então hegemônico na educação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Nesses textos, a universidade é descrita como uma confederação de faculdades onde os cursos de saúde são pautados por elementos que privilegiam os interesses da classe dominante, tais como: ênfase nas especialidades, na atenção individualizada, no biologicismo, na tecnificação das ações e na completa exclusão de práticas assistenciais baseadas na cultura de cada comunidade.

O relatório da Conferência Nacional de Recursos Humanos (CNRH), por sua vez, revelou uma universidade voltada a interesses de classe, com problemas de estrutura física e administrativa, com um ensino privatizante, alheia às demandas do quadro social e onde as modificações no currículo se davam apenas na troca de nomes de disciplinas (BRASIL, 1986). A CNRH trouxe proposições para os cursos de graduação em saúde que objetivaram democratizar a estrutura de gestão; aproximar as instituições de educação superior e suas práticas do contexto social; discutir o tema “saúde-sociedade” no ciclo básico de todos os cursos da área; e assumir o conceito ampliado de saúde, proposto na VIII Conferência Nacional de Saúde.



A este aspecto, a lei 8.080 de 1990, no título IV, dá ressonância ao tratar dos Recursos Humanos para a saúde, prevendo a responsabilidade do SUS na organização do sistema de formação de pessoal e na inserção dos serviços públicos que o integram como campo de prática para ensino e pesquisa (BRASIL, 1990).

Também nesta direção, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de saúde (Enfermagem, Medicina, Nutrição, Farmácia e Odontologia) afirmam a ênfase no conceito de saúde e nos princípios e diretrizes do SUS como elementos fundamentais para a articulação da educação universitária ao contexto social de saúde da população brasileira (BRASIL, 2001; BRASIL, 2001a).

Atualmente, na área da saúde, diversas têm sido as tentativas de renovar a educação dos futuros trabalhadores. A política oficial indica a adoção das metodologias inovadoras que priorizam práticas pedagógicas voltadas ao aprender a aprender e a metodologias ativas de ensino e aprendizagem – como a da problematização – descritas por Rodrigues e Caldeira (2008) como única forma de propor mudanças curriculares inovadoras e aceitáveis quando se pretende receber o incentivo estatal, tendo em vista a habilitação dos trabalhadores para se apropriarem de conhecimentos que se renovam a uma velocidade cada vez mais crescente.

As aproximações da educação universitária com a comunidade e com os serviços do SUS, haja vista o princípio da RSB de atuar sobre o processo de trabalho em saúde, organizando-o a partir das necessidades de saúde em setores definidos, têm sido estimuladas através de financiamentos e programas, como o Sistema Universidade Aberta do SUS (BRASIL, 2010); o Projeto de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró Saúde (BRASIL, 2007); Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (BRASIL, 2010a); Projeto Aprender SUS (BRASIL, 2004); Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004a), além de cursos para professores como o “Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde”; entre outras (BATISTA; GONÇALVES, 2011). No entanto estas ações atingem apenas uma parcela da população docente e discente, sem provocar alterações significativas nos projetos dos cursos e em seus currículos.

Paim também aponta funções importantes que devem ser atribuídas à universidade para que se avance em direção à reforma sanitária. Segundo este autor:

[...] cabe à Universidade formar quadros competentes, solidários ao projeto da Reforma Sanitária e dispostos a se colocarem como *intelectuais orgânicos* a serviço

dos interesses fundamentais do povo brasileiro. Para tanto, faz-se necessário, não só a busca rigorosa de uma competência técnica e científica – nos planos teórico-conceitual e técnico-instrumental – mas, especialmente, uma obsessiva atenção às necessidades sociais. Isto requer uma atualização constante de seus objetos de reflexão e de pesquisa no sentido de uma interação permanente com a sociedade, tal como o estudo da situação de saúde nas suas diversas dimensões, o desenvolvimento de investigações e de novas tecnologias e a redefinição de políticas e práticas de saúde (PAIM, 2002, p. 131).

A tensão que se impõe sobre essa instituição é a mesma que marca as relações sociais gerais: a manutenção da situação de dominação das classes subalternas pelas elites e a resistência a esta situação. Apontar teoricamente caminhos para a organização da universidade, de maneira a contribuir para o avanço e sustentação da RSB, é uma demanda sinalizada desde o início do denominado movimento sanitário, de sorte que esforços conjugados no âmbito político, técnico e científico sejam empenhados.

O presente estudo se propõe a abordar essa questão, visando compreender como os cursos de graduação em saúde da UFBA se aproximam ou se afastam dos ideais da Reforma Sanitária Brasileira, em seu desafio de ampliar a base de sustentação política dos projetos de transformação social a ela vinculados.

Nesta perspectiva, explicita-se a pergunta central de investigação deste trabalho: **Em quais aspectos os currículos dos cursos de graduação em saúde da UFBA favorecem ou se opõem ao avanço da Reforma Sanitária Brasileira enquanto processo?**

O desafio, aqui, no interesse de apreender as direções convergentes ou contrárias à RSB assumidas nos currículos dos cursos estudados, vai desde a apreensão das teorias críticas do currículo até a articulação com a educação universitária em saúde, um espaço em si constituído por disputas de classes e, salienta-se, reprodutor de desigualdades e exclusão social no Brasil (ALMEIDA-FILHO, 2012).

## **1.2 Marco teórico: crítica política da educação**

No relatório da VIII CNS (1987, p. 382), a saúde é afirmada como “resultado das formas de organização social da produção”, já que estas interferem diretamente na produção

de níveis adequados de saúde, na organização dos serviços e em sua maneira de responder às necessidades de saúde da população, o que explicita o caráter estrutural dos obstáculos ao projeto da saúde como direito de todos e dever do Estado. Nesse sentido, a RSB traz consigo uma crítica ao modelo capitalista de produção e distribuição dos serviços de saúde, sendo defendida por Arouca (1988) e Paim (2008) como referência política para as mudanças necessárias à democratização da sociedade no Brasil.

Como, então, a universidade, numa sociedade hegemonicamente capitalista, marcada por tensões estruturais e manipulação político-ideológica da população, poderia contribuir para tal projeto? Uma análise crítica sobre a universidade pode nos ajudar a compreender sua relação com o modo de produção na sociedade e, em menor escala, porém de grande interesse, sua descrição como palco de embates entre os interesses de reprodução das estruturas capitalistas e os vetores democratizantes da sociedade.

Marx (2008) afirma que os problemas que afligem a humanidade sempre estão acompanhados das condições para respondê-los: “o próprio problema só se apresenta quando as condições materiais para resolvê-lo existem ou estão em vias de existir” (p.48). Logo, analisar a organização da educação em saúde mais pormenorizadamente, ou seja, a partir do cotidiano de pessoas que o vivenciam, de sua realidade social, seus determinantes e demandas, parece ser o modo mais apropriado de encontrar respostas à problemática da educação superior em saúde em relação às demandas da RSB. A produção intelectual da universidade advém diretamente da produção da existência que se dá na realidade material, portanto diretamente ligada a uma realidade de classes sociais<sup>2</sup> que se enfrentam.

Nesse sentido, Paim (2008) chama a atenção para a necessidade de olhar a educação como dispositivo de hegemonia e sua interface com a formação e inserção político-social dos intelectuais, reconhecidos como “funcionários da superestrutura”. A educação universitária atual é produto do desenvolvimento histórico das forças produtivas. Garcia (1989), estudando a educação médica, exemplifica isso ao demonstrar que seu desenvolvimento ocorreu atrelado e determinado pelo processo de produção econômica, marcado pela separação entre o trabalho manual e intelectual, distante dos problemas de saúde da população e direcionado a uma

---

<sup>2</sup> O que Marx e Engels (2008) chamam de luta de classes não se dá em terreno neutro; estes autores já denunciam uma dominação inclusive ideológica de uma classe hegemônica sobre outra não hegemônica, afirmando, inclusive, que o que é promovido como a cultura de uma sociedade é, na verdade, a cultura do grupo dominante. Denunciando, assim, o papel central da ideologia de classe para o poder da burguesia sobre a massa de trabalhadores, quando transforma em *doxa* o ideário burguês e a relação de exploração destes sobre os trabalhadores, servindo a educação como principal instrumento para isto.

prática com função de conservação e adaptação da força de trabalho; o que ratifica a tese marxista de que “o modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual” (MARX, 2008, p. 47).

A forma de produzir saúde, então, é determinada pelo grupo social que agrega mais poder de ação em sua prática; além disso, o desenvolvimento das ciências ligadas à produção de saúde também se acha controlado e dirigido por seu meio econômico – no caso brasileiro, capitalista<sup>3</sup> (GARCIA, 1989). Assim, a educação universitária em saúde também pode ser descrita como um espaço de reprodução cultural e intelectual das estruturas sociais por meio de currículos que direcionam os processos de manutenção da força de trabalho – que englobam sujeitos sociais com ferramentas (meios de produção) e conhecimentos (trabalho acumulado). O currículo, à medida que se baseia na formação da consciência, é também um território político de constantes disputas de classe (SILVA, 2011).

Então, pode-se afirmar que a maneira do homem conhecer e governar o movimento do campo da saúde, no Brasil, é capitalista. Ou seja, atende aos interesses capitalistas para a manutenção de seu modo de produção e para a produção de trabalhadores aptos a uma relação de exploração.

O conceito de uma Universidade instituída num contexto social de disputas pela hegemonia ganha corpo no pensamento de Gramsci (1978), quando este formula a teoria da hegemonia cultural. Nela, descreve como o Estado se utiliza das instituições culturais para manter seu poder na sociedade capitalista. A educação é o instrumento para produção dos intelectuais<sup>4</sup> e cada grupo social cria para si camadas de intelectuais orgânicos que lhe dão homogeneidade e consciência da própria função. São estes intelectuais que, comissionados pelo grupo dominante, garantem o consenso na população; seja de modo espontâneo, seja através do aparato de coerção estatal.

A cultura, de acordo com Gramsci, é um instrumento da práxis sócio-política. Dessa maneira, pode-se pensar que as mudanças sociais se operam e se sustentam, além da ordem econômica, na dialética com as ideias e com a cultura. A educação enquanto organizadora da

---

<sup>3</sup> Neste tipo de organização dos modos de produção, Engels (1990) afirma que o capitalismo defende a produção de trabalhadores totalmente dependentes dos meios de produção, expropriados do conhecimento e das determinações de sua prática.

<sup>4</sup> O trabalho intelectual está presente em todas as profissões, ao que Gramsci chega a afirmar que todos os homens são intelectuais, já que em maior ou menor grau todo homem usa o intelecto em seu trabalho. Além disso, fora de sua profissão, desenvolvem alguma atividade intelectual, têm uma visão de mundo e influenciam as maneiras de pensar.

cultura atua diretamente na capacidade de uma classe produzir consenso e atuar na manutenção da hegemonia, logo, toda relação de hegemonia é uma relação pedagógica em que a ideologia da classe dominante se transforma em senso comum.

Nessa relação localizamos a educação universitária. A Universidade, nesse sentido, pode atuar na:

[...] tarefa humana de educar os cérebros para pensar de modo claro, seguro e pessoal, libertando-os das névoas e do caos nos quais uma cultura inorgânica, pretenciosa e confusionista ameaçava submergi-los, graças a leituras mal absorvidas, conferências mais brilhantes que sólidas, conversações e discussões sem conteúdo. (GRAMSCI, 1978, p.145)

Entendemos, assim, que o currículo na universidade não é neutro, pois existe em sua conformação uma intencionalidade que se coloca em favor desta ou daquela ideologia de classe. Dessa forma, um currículo crítico, que se preocupa com a produção de uma ideologia emancipadora é aquele que traz consigo o questionamento de por que ensinar um conteúdo e não outro – a que interesses servem e quais as conexões entre saber-identidade e as relações de poder que existem na sociedade.

Segundo Althusser (1980), a permanência da sociedade capitalista depende da reprodução de seus componentes tanto econômicos quanto ideológicos por meio da repressão e da ideologia<sup>5</sup>. Aqui explicita-se a Universidade como um Aparelho Ideológico do Estado (AIE)<sup>6</sup> privilegiado para que uma classe dominante exerça de forma continuada o poder de Estado.

Ainda segundo Althusser (1980), explica-se o funcionamento dos AIE como um duplo de repressão e ideologia, em que o Sistema de Educação Escolar existe principalmente através da ideologia unificadora da classe dominante e, secundariamente, através da repressão corporificada em métodos próprios de sanções, exclusões, seleções etc. Todos os AIE, em

---

<sup>5</sup> Por ideologia, este autor entende o conjunto de crenças que nos levam a aceitar as estruturas sociais, tal qual se apresentam, como boas e desejáveis; o que Gramsci chama de consenso. Quando este consenso torna-se senso comum, tem-se o sucesso pedagógico da classe dominante. “Nenhuma classe pode, de forma duradoura, deter o poder do Estado sem exercer ao mesmo tempo sua hegemonia sobre e nos Aparelhos Ideológicos do Estado” (ALTHUSSER, 1980, p.71).

<sup>6</sup> Este autor define Aparelhos Ideológicos do Estado como “certo número de realidades que se apresentam ao observador imediato sob a forma de Instituições distintas e especializadas” (ALTHUSSER, 1980, p.68) que podem ser elencadas, tais como: a Igreja, a Família, o Direito, os sindicatos e a mídia entre outros. Neste cenário, a educação tem destaque como aparelho ideológico porque atinge a quase toda a população por um tempo prolongado.

última análise, têm como objetivo a reprodução das relações de produção em que os trabalhadores são explorados. Porém, é importante salientar que, além de serem meios de manter o poder de Estado, são também território da luta de classes, ou seja, a Universidade também é palco, em menor escala, da resistência da classe explorada quando esta encontra meio e ocasião para expressar seus valores e propostas. Isto é possível porque as lutas pelo poder de Estado não são radicadas na superestrutura, mas na infraestrutura, onde estão as origens das contradições do modo de produção.

A base de funcionamento dos AIE - a ideologia - toma como instrumento as representações que os homens fazem de suas relações com as condições reais de existência. Isto expressa a materialidade da ideologia, formatada pelos interesses e especificidades do AIE que a produz. Sua influência no real revela-se na constatação de que o sujeito age de acordo com uma ideologia previamente aceita, em contextos materiais de existência, seguindo rituais materiais que são definidos por instituições também materiais guiadas por uma disputa de poder enraizada no modo de produção da realidade.

Gramsci (1978) chama à atenção o fato de que o Estado financia a formação de seus intelectuais orgânicos no intuito de conservar a sociedade no modo de produção que lhe favorece enquanto território de poder da classe dominante. Na Academia, o currículo é esse espaço de poder profundamente marcado pelas relações sociais que se encontram em disputa para sua constituição. O currículo como artefato educacional ordenador de processos<sup>7</sup>, onde estes signos manifestam-se especialmente em uma gramática responsável pela exclusão dos jovens da classe subalterna no sistema de ensino (BOURDIEU; PASSERON, 2011), também é um Aparelho Ideológico do Estado capitalista no interesse de reproduzir a estrutura de classes através da formação de consciência (SILVA, 2011).

Por outro lado, Gramsci (1978) defende que a educação pode basear-se no exercício da reflexão crítica, ou seja, na saída do senso comum para a consciência filosófica, ressaltando a instituição escolar como um espaço de luta contra a dominação de classe. O que significa um movimento oposto ao que deseja a classe dominante para a educação: a separação entre o ensino e as questões sociais de forma a produzir um conhecimento

---

<sup>7</sup> Na Universidade, esta ideia corporifica-se em seus rituais para seleção de estudantes, trabalhadores, conteúdos das aulas, de avaliação de pessoas e processos, nos atos e relações e nos documentos institucionais. Produz um itinerário que direciona a prática educativa com seus valores e afirmações políticas e pedagógicas (MACEDO, 2009).

simplificado e exclusivamente técnico, voltado para um perfil profissional mecanicista que assimila o senso comum sem reflexão.

Nesse aspecto, a educação assume a função de reprodutora da desigualdade social, porém existem outros caminhos convergentes pelos quais os menos favorecidos são perpetuados nesta condição. Bourdieu afirma, então, que a origem social dos estudantes é que se configura como uma variável determinante para seu sucesso na carreira escolar, contrariando a ideia de que a educação escolar poderia ser o caminho para a saída dos sujeitos da condição de dominados. A escola, com seu sistema léxico próprio, funciona como uma peneira que seleciona aqueles com herança cultural, advindos de famílias de classe hegemônica, condizente com suas exigências culturais, para o sucesso (BOURDIEU; NOGUEIRA; CATANI, 2012).

Para Bourdieu, a sociedade tem a tendência de reproduzir as suas estruturas em cada indivíduo. Nesse sentido, as famílias seriam o primeiro grupo a transmitir aos seus herdeiros, numa relação afetiva e prolongada, um conjunto de disposições para a ação que fossem típicas da posição social à qual pertenciam, disposições estas que vão sendo inculcadas de forma profunda e inconsciente – o que este autor chama de *habitus*. Corporificado, o *habitus* segue definindo as escolhas dos sujeitos, inclusive em sua carreira escolar através de balanços entre investimentos e condições objetivas, sempre mais tímidas na classe dominada e mais impetuosa na classe dominante. O conceito de *habitus* atua, além da coerção física, através da coerção simbólica de forma a atingir a produção inconsciente na classe dominada da naturalidade de haver uma classe dominante e superior. Pelo *habitus*, não somente o indivíduo está situado num universo social particular, mas o universo social está inscrito nele (BOURDIEU; PASSERON, 2011).

Como em um jogo, a cultura funciona tal qual uma moeda de valor e, especificamente a cultura da classe dominante assim como afirmado anteriormente em Marx, torna-se a cultura que tem um valor superior incontestável. É o arbitrário cultural dominante, mantido de forma dissimulada pela educação. Os estudantes que têm acumulado este capital cultural dominante são favorecidos pelo sistema escolar em detrimento dos que não o têm. A ação pedagógica é apresentada, então, como uma violência simbólica na medida em que impõe por um poder arbitrário, o arbitrário cultural. Nesse aspecto, o monopólio sobre o que Bourdieu chama de violência simbólica é exercido pelo Estado, ao tempo em que torna

imperceptível, ou seja, natural para os dominados, a dominação que sofrem no jogo de poder (BOURDIEU; NOGUEIRA; CATANI, 2012).

A Universidade, pensando a partir de Bourdieu, é um campo social como outros, com suas relações de força e monopólios, suas lutas e estratégias, seus interesses e lucros, mas onde todas essas invariantes revestem formas especiais. Ela funciona como instituição eixo do campo científico, no sentido de assegurar a produção, a circulação e o consumo dos bens científicos (BOURDIEU, 2011a).

O campo científico é, portanto, um espaço concorrencial de interesses. Seus agentes, longe de serem indivíduos isolados que coexistem, constituem forças que se opõem ou se agregam como ocorre na sociedade em que estão inseridos e, tais como no campo social, são desiguais e produzem grupos de dominantes e dominados. Nessa disputa científica, os dominantes são aqueles que conseguem impor uma definição da ciência segundo a qual a realização mais perfeita consiste em ter, ser e fazer aquilo que eles têm, são e fazem. E o que está em jogo é o monopólio de um arbitrário cultural, que é socialmente outorgado a um agente determinado como autoridade científica (BOURDIEU, 1983), habilitado a definir que conhecimento deve ser privilegiado na educação, conseqüentemente, no currículo dos cursos.

A posição social que cada grupo ocupa e sua acumulação de capital (científico, de poder político, universitário, seu histórico educacional, etc) são determinantes para a tomada de posição dentro da estrutura universitária, de forma a indicar as mudanças ou permanências de posicionamentos. A herança herda o herdeiro, ou seja, o capital herdado e acumulado se apossa dos sujeitos e os determina em seus movimentos no cenário do campo universitário para acumular mais capital (poder) nas relações concorrenciais entre os pares, podendo manter ou transformar as normas do campo em razão de seus interesses. Bourdieu destaca que:

Não há "escolha" científica – do campo da pesquisa, dos métodos empregados, do lugar de publicação; ou, ainda, escolha entre uma publicação imediata de resultados parcialmente verificados e uma publicação tardia de resultados plenamente controlados – que não seja uma estratégia política de investimento objetivamente orientada para a maximização do lucro propriamente científico, isto é, a obtenção do reconhecimento dos pares-concorrentes (BOURDIEU, 1983, p. 126-127).

Diante disso, este estudo se propõe a identificar neste campo a ação dos interesses que vão ao encontro da (ou de encontro à) RSB. No contexto dos cursos em saúde da UFBA é realidade a contribuição para o surgimento de sujeitos comprometidos com a Reforma



Sanitária Brasileira ou este movimento tornou-se, quando presente, apenas uma retórica da academia?

Na intenção de produzir reflexões nesta direção, este trabalho volta-se para o currículo universitário, enquanto território marcado pelas disputas sociais de poder, e sua relação com os ideais de saúde da RSB, expresso explicitamente em documentos e também através de rituais, gestos e práticas corporais que caracterizam os espaços de aula, as relações e padrões de recompensa e castigo (SILVA, 2011). A intenção é identificar desde perfis profissionais desejados diante do conceito de saúde constitucional, até a atitude ideológica que, em estreita relação com a técnica, baseia as decisões de profissionais implicados ou não com a produção de saúde enquanto cidadania. Em síntese, deseja-se saber como, nos cursos de graduação em saúde, o currículo tem sido palco de disputas que colocam em jogo (um jogo social que contém as graduações em saúde) a produção de condições culturais objetivas para o apoio ao processo de Reforma Sanitária Brasileira.

### **1.2.1 O Currículo: apontando o objeto**

As práticas pedagógicas – atos que produzem educação – estão diretamente relacionadas à forma como um grupo social compreende e se relaciona com o “saber”. Por exemplo, em uma lógica onde o saber está associado à memorização, as práticas pedagógicas serão centradas na exposição de conhecimentos, cópia e anotação da exposição, com posterior memorização que será verificada através da prova (ANASTASIOU; ALVES, 2012).

A forma de eleger o saber válido e suas conseqüentes determinações sobre a prática pedagógica não se dá sempre de forma cooperada. Antes disso, há uma concorrência entre intenções de permanência e de transformação. Estas últimas podem ser inculcadas, ou seja, tornarem-se parte dos indivíduos da sociedade ou sofrerem resistência a depender de quem as propõe e de seu poder para determinar saberes válidos. Conforme afirma Sacristán (2000, p.17)

Os currículos são a expressão do equilíbrio de interesses e forças que gravitam sobre o sistema educativo num dado momento, enquanto que através deles se realizam os

fins da educação no ensino escolarizado. [...] O currículo, em seu conteúdo e nas formas através das quais se nos apresenta e se apresenta aos professores e alunos, é uma opção historicamente configurada, que se sedimentou dentro de uma determinada trama cultural, política, social e escolar; está carregado, portanto, de valores e pressupostos que é preciso decifrar.

O currículo, neste contexto, funciona como um espaço de negociações e disputas e traz à tona a experiência da formação enquanto transcendência de documentos burocráticos como os projetos político-pedagógicos (PPP) e suas oficialidades técnicas, perspectivando-a como invenção social e cultural multicriada em experiências socioeducacionais compartilhadas. Macedo (2009, p. 24) ratifica esse conceito de currículo como:

Um artefato socioeducacional que se configura nas ações de conceber/selecionar/produzir, organizar, institucionalizar, implementar/dinamizar saberes, conhecimentos, atividades, competências e valores, visando uma “dada” formação, configurada por processos e construções constituídos na relação com o *conhecimento eleito como educativo*.

O currículo como objeto de estudo adquire relevância a partir dos anos de 1920 nos Estados Unidos com os trabalhos de Bobbit<sup>8</sup>, que propõe um modelo de currículo muito influenciado pelos processos de produção fabris e na educação como caminho que prepara os jovens para o desempenho de papéis na nova sociedade industrial da época. A partir dele, diversas ideias sobre o currículo foram produzidas em/influenciadas por, também diversos, contextos históricos. A questão central destas teorias e modelos, no entanto, é saber qual conhecimento deve ser ensinado. Já que o currículo é sempre resultado de uma seleção, busca-se em cada abordagem, explicar porque tal conhecimento, e não outro, deve fazer parte do percurso educativo e o quê os estudantes devem ser, que tipo de pessoa é considerada ideal em determinado contexto histórico (SILVA, 2011).

Para este estudo, nos concentraremos nas teorias críticas do currículo. Tais teorias, influenciadas por movimentos de transformação social em países como Inglaterra, França, Brasil e Estados Unidos na década de 60, colocam as práticas de reprodução do ideário liberal-capitalista em análise, fazendo frente ao pensamento educacional tradicional que se preocupava apenas com a organização do currículo, sem qualquer tipo de questionamento à forma social dominante, tomando o *status quo* como referência desejável (SILVA, 2011). Assim, as teorias críticas do currículo são caracterizadas como:

[...] um movimento que vai desde as reflexões que vinculam as concepções e os atos de currículo à dinâmica de produção da lógica capitalista, passando por uma identificação dessa lógica capitalista como uma cultura que se reproduz na escola (a

---

<sup>8</sup> Autor do livro *The curriculum: a summary of the development concerning the theory of the curriculum* (1918)

noção de capital cultural e reprodução em Bourdieu e Passeron), até a assimilação de estudiosos do currículo como Apple, Giroux e McLaren, das ideias de Gramsci e Paulo Freire, nos quais o conceito de *hegemonia* e *resistência* dinamiza o entendimento de que são as ações coletivas que fazem a mediação dos processos de luta no campo contraditório das relações de poder no currículo. (MACEDO, 2009, p. 38)

O que se coloca em destaque, então, é o fato de que o léxico que constitui o currículo é produto de uma disputa<sup>9</sup>, logo, como toda seleção, mergulhado em questões de poder e ativamente engajado em ações para produção de consenso e obtenção de hegemonia. Nessa direção, Moreira (2001) explica que, no currículo, a concorrência por recursos de poder se materializa tanto nos projetos em torno dos quais a instituição se organiza, quanto nas relações vividas por estudantes, professores e instituição no processo educacional.

Apesar de ocultas, muitas vezes, da formalidade documental, estas vivências aparecem nos não-ditos, nos caminhos alternativos, nas opacidades das relações, enfim, nas heterogêneses instituintes dos atos de currículo. Essas vivências constituem o **currículo oculto**, que traz em seu bojo os sujeitos que criam os atos de currículo, que vivenciam o conhecimento eleito como formativo, desenham percursos, criam estratégias e condutas para se sobreporem no contexto institucional. Esses sujeitos são, portanto, denominados atores curriculantes (MACEDO, 2011).

A proposta de estudar um currículo oculto surge do objetivo de desnaturalizar os mecanismos encobertos de poder que, no cotidiano, acabam por influenciar visões de mundo, de sociedade, de homem e de educação. A atenção das teorias críticas do currículo está na compreensão do que o currículo faz com as pessoas e com as instituições, em que sentido direciona o processo formativo e por que se atribui a algumas disciplinas mais prestígio que a outras em determinado contexto histórico-cultural (MACEDO, 2009).

O currículo é, então, um fenômeno histórico-cultural que se compõe tanto dos artefatos burocráticos em torno dos quais a instituição se move, quanto daquilo que está oculto nas relações e que desvela a concorrência neste campo pela autoridade científica para determinação de um arbitrário cultural interessado. Portanto, sendo parte da prática docente, o educador se posiciona neste campo de disputas em referência aos seus ideais ético-políticos.

---

<sup>9</sup> Concordando com a afirmação de que “os homens fazem sua própria história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado” (MARX, 2011, p. 129).

### **1.2.2 Um modelo teórico da educação médica: apoio para a discussão da análise das graduações em saúde**

Já em 1955, havia na América Latina a preocupação e o interesse pelo melhoramento do ensino da medicina preventiva e social. Nesse sentido, relata-se a organização de seminários pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) no Chile e no México, agregando escolas médicas de todo o continente. A partir daí, com a exposição da necessidade de conhecer a situação do ensino da medicina preventiva e social, a OPAS em parceria com representantes das escolas propõe um estudo que serviria como marco de referência para as ações futuras. O marco teórico desenvolvido para tal empreitada será explicitado de forma sucinta neste texto.

Juan Cesar Garcia elaborou o marco teórico para este estudo, assumindo a educação médica como objeto de análise. A partir do referencial marxista, Garcia (1989) define a educação médica como o processo de produção de médicos e assevera a subordinação desse processo à estrutura econômica predominante na sociedade em que se desenvolve. No caso do Brasil, capitalista.

Essa relação se desvela à medida que ocorre, no século XVIII, a separação entre o trabalho médico e a formação médica, com esta última sendo isolada dentro das escolas médicas. Em sua descrição, Garcia (1989) aponta que, quando a produção de médicos se dava a partir da relação entre o aprendiz com um médico, a ordem institucional que se estabelecia para a educação eram os espaços do trabalho médico. Por outro lado, quando o aspirante a médico é separado da prática médica, assumindo a exclusiva função de estudar, a ordem institucional é a escola médica, uma instituição à parte da prática assistencial da medicina.

Segue, dessa forma, o conceito de determinação na estrutura social<sup>10</sup> apresentado por Marx (2008), em que o modo de produzir médicos (base na estrutura econômica) determina a

---

<sup>10</sup> Marx afirma que na produção social da própria existência, os homens entram em relações determinadas, necessárias, independentes de sua vontade; essas relações de produção correspondem a um grau determinado de desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. A totalidade destas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem forças sociais determinadas de consciência. (MARX, 2008, p.47)

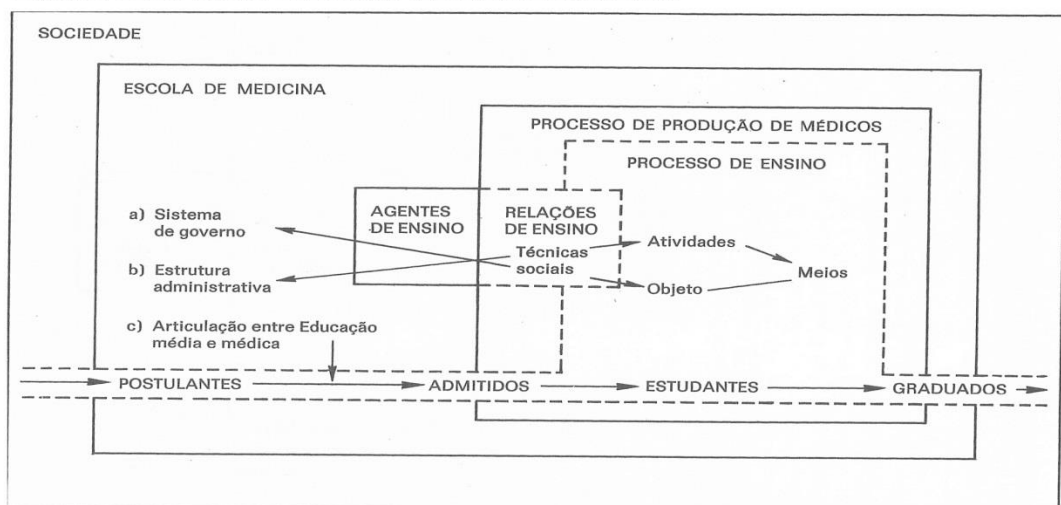
ordem institucional da educação médica (superestrutura ou a produção intelectual da educação médica).

Para compor o modelo teórico, Garcia (1989) explicita que a educação médica envolve os processos de ensino, que são todas as **atividades** de ensino-aprendizagem, que podem ser desempenhadas pelos docentes e pelos estudantes a partir de **meios** materiais, exemplificados como os métodos e técnicas de ensino-aprendizagem, para a transformação do educando em médico. Mesmo sendo agente ativo em processo educativo, o estudante, pela postura passiva em que é colocado nos métodos de ensino-aprendizagem prevalentes e por constituir o produto final, é definido como **objeto** do processo de ensino.

Compondo a educação médica, Garcia elenca um segundo aspecto: as relações de ensino. São conexões ou vínculos que se estabelecem entre as pessoas que participam da produção de médicos (entre agentes de ensino; e entre agentes e processo de ensino), e são resultantes do papel que esses indivíduos exercem no processo. Dependem então do grau de autoridade que desempenham uns sobre os outros. Por exemplo, as relações entre docentes e discente, na escola médica, se definem pela hierarquia da autoridade, à qual o discente está subordinado.

Com estes pressupostos, o modelo teórico para análise da educação médica na América Latina proposto por Juan Cesar Garcia, é apresentado no esquema da Figura 1, a seguir:

Figura 1: Marco Teórico da Educação Médica na América Latina



Fonte: Garcia (1972, p. 9)

### 1.3 Sobre a Educação Superior em Saúde

A inadequação da educação de pessoal para o trabalho em saúde é explicitada já na VIII CNS, em que solicitou-se a integração da formação dos profissionais ao SUS e a inclusão do conhecimento sobre as práticas alternativas nos currículos (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987). Além disso, as Conferências Nacionais sobre Recursos Humanos em Saúde já traziam demandas relacionadas à educação de pessoal para o trabalho em saúde a partir dos novos direcionamentos da Reforma Sanitária (BRASIL, 1986), o que ganha materialidade no texto da Constituição Brasileira - artigo 200, inciso II, quando o SUS torna-se o ordenador da formação do pessoal para o trabalho em saúde.

Nesse sentido é que atualmente a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no Ministério da Saúde, assume, dentre outras responsabilidades, a formulação de políticas públicas para a ESS, concentrando-se em ações intersetoriais como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde).

A partir dos anos de 1990 e, principalmente, na primeira década do século XXI, verificou-se um aumento nas publicações com o tema “trabalho e educação na saúde”. Pinto *et al* (2013) inferem que isto tenha ocorrido em razão da implementação do SUS e das decorrentes transformações nos processos de trabalho em saúde. Isso fez com que a discussão sobre a qualificação dos trabalhadores e sobre a formação dos estudantes na área da saúde adquirisse maior relevância. Como a grande parte dos estudos analisados por estes autores é composta por artigos empíricos, foi possível também pensar que as questões pesquisadas surgiram dos problemas que se apresentaram na concretude dos desafios impostos pelo processo de implementação do SUS, haja vista que os trabalhadores em saúde estão diretamente envolvidos na problemática da saúde brasileira que, apesar de ter alcançado melhoras consideráveis nos indicadores de saúde, ainda enfrenta sérias dificuldades na concretização da assertiva constitucional - saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado.

Há uma distância entre a força de trabalho ideal para o trabalho no SUS “ou seja, profissionais qualificados, orientados para evidência e bem treinados e comprometidos com a

igualdade na saúde” e a que efetivamente opera o sistema (ALMEIDA-FILHO, 2011, p. 6). Este fato pode ser melhor compreendido a partir dos déficits apontados na educação superior em saúde em relação à missão do SUS: cursos elitizados (como o de medicina) onde prevalecem as abordagens individualistas aos cuidados de saúde; segmentos profissionais que não interagem durante a formação, dificultando a preparação para o trabalho em equipe, e a quase ausência de estudos capazes de provocar “uma ampla visão humanista das doenças e dos cuidados de saúde pelos profissionais de saúde” (ALMEIDA-FILHO, 2011, p. 7).

Conforme Pinto *et al.* (2013, p.1531), esta problemática tem sido objeto de editais interministeriais que incentivam estudos para sua compreensão:

a produção de pesquisa na área do Trabalho e Educação vem sendo impulsionada por meio de Editais Nacionais financiados pelo Ministério da Saúde/DECIT e CNPq, além de Editais PPSUS em diversos estados, sobretudo a partir de 2005. Cabe destacar que o tema integra uma das subagendas da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), iniciativa do DECIT/MS, a exemplo do Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE nº 023/2006 para seleção pública das propostas de apoio às atividades de pesquisa direcionadas ao estudo da gestão do trabalho e da educação e da comunicação e informação.

A partir do banco de dados produzido por Rocha *et al.* (2013), com artigos sobre a educação superior em saúde no Brasil publicados no espaço de tempo entre 1974 e 2011, pode-se identificar uma tendência à pesquisa sobre as graduações por profissão de saúde em separado, principalmente em Enfermagem e Medicina, e pouco tem sido estudado em relação às necessidades do SUS para a graduação na área da saúde em geral. Os estudos sobre Políticas de Formação de Pessoal têm sido propostos no sentido de aproximar a educação universitária das demandas sociais brasileiras, sendo um tema recorrente a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais nos diversos cursos de saúde.

Um estudo de Bagnato e Rodrigues (2007) e outro de Rodrigues e Caldeira (2008) demonstram as determinações econômicas dos direcionamentos da ESS no Brasil, trazendo as influências de propostas de agências externas, como o Banco Mundial, na diversificação das fontes de financiamento da educação superior e no desencorajamento da posição do Estado como responsável pelo seu fornecimento. Isso significou maior transferência de recursos públicos para o setor privado iniciada dentro do ideário neoliberal do governo Collor, que se avultou com Fernando Henrique Cardoso, sendo mantido e aprofundado no governo Lula.

Para afastar do mercado internacional a ideia de um possível calote no pagamento da dívida do país, o governo Lula, dentre outras ações, manteve a direção de aumento da carga tributária e maior controle nos gastos com educação superior, privilegiando o investimento

nas vagas em instituições privadas com seu consequente aumento. Com esta tendência de aumento do número de vagas na educação superior, ganha ênfase a ideia e a prática de financiamento parcial ou total para o oferecimento de bolsas em instituições privadas através do Programa Universidade para Todos (PROUNI), fato que guarda relação com a histórica renúncia fiscal beneficiária deste setor.

Neste contexto a educação universitária em saúde torna-se cada vez mais desordenada, desigual e privatizada, onde, antes de ser um direito do cidadão, tende a configurar-se como mercadoria ordenada pelo mercado e por interesses pessoais (AMANCIO FILHO; VIEIRA; GARCIA, 2006).

Almeida-Filho (2013, p. 1679) ainda afirma que, apesar de uma diminuição das desigualdades econômicas, com maior distribuição de renda e capacidade de consumo no Brasil contemporâneo, há um aumento da inequidade social financiado pelo Estado por meio de incentivos fiscais e produto de um modelo político reprodutor de dominação com base em três fatores: sistema tributário regressivo, desigualdades na educação e iniquidades na saúde. Nas palavras deste autor, este paradoxo se expressa na educação da seguinte maneira:

No campo da educação, dois ciclos perversos se entrelaçam. Primeiro, uma minoria social e politicamente dominante, economicamente privilegiada, recebe benefícios fiscais de um Estado financiado pela maioria pobre. Essa minoria dominante tem recursos para pagar um ensino básico privado, em geral de melhor qualidade, subsidiado por forte renúncia tributária do imposto de renda à pessoa física. Em compensação, a maioria pobre que financia o Estado vai para escolas públicas de qualidade reduzida, incapaz de garantir seu acesso ao ensino superior público. Submetidos à educação superior privada de pior qualidade, os jovens pobres graduados têm menos empregabilidade, menor renda, mais desemprego, exclusão social, o que fecha esse primeiro ciclo de perversão social.

Segundo, esse ciclo é dominado pelo ciclo maior de reprodução de desigualdades sociais por meio da educação, porque a educação pública superior de melhor qualidade é gratuita para os ricos, pois o Estado nada lhes cobra. Pelo contrário, dá incentivos fiscais para que jovens não pobres tenham sua formação profissional custeada pelo Estado, e com isso acumulem mais capital político. E o ciclo se fecha, porque a reprodução da desigualdade social se completa quando esses jovens vão compor a nova geração da minoria dominante que, ao controlar empresas e governos, realimenta o processo. Isso ocorre porque historicamente sociedade e Estado no Brasil se acumpliciaram para tornar a educação não um elemento de inclusão social – o que seria um dever do Estado democrático, pois se trata de um direito de todos –, mas de reprodução das desigualdades sociais.

O mesmo autor traz algumas características da graduação em saúde no Brasil que nos auxiliam na visualização desta ordenação da educação pelo mercado:

Vários corolários caracterizam esse sistema. Primeiramente, a dura competição para o ingresso nos cursos de elevado prestígio social (por exemplo, medicina), geralmente pós cursos preparatórios caros, transforma esses cursos em verdadeiros monopólios das classes afluentes, cujos membros tendem a apoiar as abordagens



individualistas aos cuidados de saúde. Em segundo lugar, quase não há lugar para outros estudos mais gerais, que são necessários para promover uma ampla visão humanista das doenças e dos cuidados de saúde pelos profissionais de saúde. Em terceiro lugar, currículos fechados, que são projetados para a exclusividade, tendem a ser menos interdisciplinares e mais especializados, alienando assim os segmentos profissionais entre si e dificultando um eficiente trabalho em equipe (ALMEIDA-FILHO, 2011, p.7).

Arouca (2003) já apontava em sua tese, produzida em meio à ditadura militar no Brasil na década de 70, a dificuldade de agregar a medicina para a viabilização do projeto preventivista, diante de uma realidade onde as práticas do cuidado e da educação médica estavam voltadas à manutenção do regime capitalista, em uma lógica empresarial. Segundo este autor “a eficiência (ou impacto) das medidas preventivas choca-se, em última instância, contra a base fundamental do modo capitalista de produção” (p. 239).

Naquele contexto, Arouca afirmava que as modificações necessárias para que a escola médica sofresse transformações que a adequasse ao ideário do movimento preventivista estariam restritas a um modelo experimental que supostamente formaria médicos não adequados ao mercado de trabalho. Porém, diante da contradição instalada atualmente entre uma prática em saúde ordenada pelo mercado e outra ordenada pelas necessidades de saúde da população e expressas pelo SUS, podemos nos perguntar a que ordem a escola médica e as demais escolas de profissões em saúde encaminham seus profissionais? À do mercado ou a uma que atenda às necessidades de saúde da população? Uma questão complexa, haja vista que as relações sociais ordenam-se pelo modo de produção capitalista, refletido nos modelos de educação universitária.

A proposta então, do movimento de RSB era pautada pela transformação das relações sociais e, a partir daí, seguir-se-ia a modificação das práticas de formação dos profissionais de saúde. Tal proposta, porém, fracassou em tornar-se uma reforma geral da sociedade que fizesse frente ao modo capitalista de produção e consumo do cuidado (PAIM, 2008). As disputas características do processo da RSB geraram marcas que se expressam cotidianamente nas políticas públicas e nas relações sociais, corporificadas inclusive nos currículos das faculdades de saúde do país.

## **2 OBJETIVO**

Analisar o currículo dos cursos de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), Enfermagem, Medicina e Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, tendo em vista a identificação de elementos estruturantes que favorecem ou dificultam sua aderência ao projeto político da Reforma Sanitária Brasileira.

## **3 METODOLOGIA**

Diante do interesse por um mundo cultural e social em processo, optou-se pela abordagem etnometodológica. Ao buscar compreender a realidade como realização prática que está “se fazendo” durante o percurso da investigação e não como coisa estática. Essa abordagem permite ao pesquisador “abraçar estratégias cognitivas mais compatíveis com as situações vivenciadas e problematizadas” (MACEDO, 2010, p.47).

O real está descrito nas pessoas. Dessa forma, a linguagem comum é capaz de expressar a realidade social, descrevê-la e, num processo dialético, construí-la. Há um papel criativo dos atores sociais ao interpretar o mundo. É esta concepção sobre o mundo social que se torna o objeto essencial da pesquisa sociológica. Neste sentido, a etnometodologia é uma prática social reflexiva que objetiva explicar os métodos de todas as práticas sociais, incluídas aí as suas próprias (COULON, 2005).

O foco das análises, na pesquisa etnometodológica, concentra-se sobre a vida cotidiana em suas mais diversas atividades, de sorte que todas as formas simbólicas, como as frases, os gestos, as regras, as ações, compõem um léxico que encontra significado apenas em relação com as determinações econômicas, políticas e sociais do contexto onde são produzidos. O que se busca explicitar é que as regras sociais são produzidas e afirmadas nas relações que se estabelecem sobre um substrato localizado têmporo-espacialmente na sociedade. Com isso, Coulon (2005) aponta para a possibilidade de regulação da vida social, afirmando que a educação é um dispositivo importante para interiorizar nos indivíduos as

regras sociais, constituindo um “superego” que assume governo inclusive sobre o pensamento.

Toma-se como base o pressuposto epistemológico de que é possível conhecer uma sociedade e uma época histórica através do relato da vida de uma pessoa. Não que o indivíduo totalize uma sociedade diretamente, mas ele assimila suas normas através da mediação do contexto social e dos grupos sociais dos quais faz parte.

Com o objetivo de conectar a esfera pessoal com o espaço cultural, social e político em um estudo científico, pode-se empregar a autoetnografia. Struthers (2012) utiliza este etnométodo para analisar como o conhecimento teórico é utilizado por enfermeiras na prática profissional para interpretar os comportamentos dos usuários de serviços de saúde mental, fornecendo um autoconhecimento útil inclusive na educação desta categoria profissional.

Rosaldo (1999) por sua vez, a partir da autoetnografia, estudou o modo da produção de políticas de identidade enquanto prática social. Com base nessa experiência, este autor também defende a autoetnografia como uma possibilidade de trazer a perspectiva de sujeitos individuais que vivenciam situações particulares capazes de constituir coletivos/movimentos, para a análise e produção de políticas.

Fortin (2009) em seu estudo sobre dança, afirma que esse é um método que permite destacar as reações somáticas do pesquisador como um tipo de dado etnográfico. No entanto, salienta que esses dados de autopercepção devem ser tomados como uma fonte de informação parcial que, combinadas a outros tipos de elementos, facilitarão a construção de sua reflexão.

### **3.1 Contexto e sujeitos da pesquisa**

Esta pesquisa foi desenvolvida na UFBA, nas Unidades Universitárias dos cursos envolvidos. Participaram estudantes dos CPL da área de Saúde (Enfermagem, Medicina e Saúde Coletiva) egressos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde; e docentes dos mesmos cursos, que tenham participado do processo de concepção e/ou participem, em cargos de

gestão (por exemplo: diretores de Unidade, coordenadores de colegiado, coordenadores acadêmicos, coordenadores de departamentos, etc.), da operação dos currículos vigentes.

Foram convidados sete egressos do BIS, estudantes dos CPL supracitados, sendo todos participantes do Grupo de Estudos sobre a Universidade Brasileira, de sorte que, sistematicamente junto com o grupo, refletiram sobre sua experiência enquanto estudantes universitários, produziram narrativas de seu cotidiano e fizeram análises sobre estas. Os estudantes foram bolsistas ou voluntários na pesquisa “Estudo Etnográfico-Prospectivo de trajetórias de formação profissional de egressos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde na UFBA”; todos egressos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA e matriculados regularmente em um dos CPL.

Dessa forma foram produzidos sete relatos retrospectivos sobre a vivência no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde e dois relatos do cotidiano atual de estudos em cada CPL pesquisado. A discrepância (1 relato no BIS excede o número de estudantes matriculados nos CPL) está no fato de que 1 estudante desistiu de continuar sua participação na pesquisa a partir da etapa de produção dos diários de campo nos CPL, permanecendo 1 relato sobre o BIS a mais. Os estudantes foram instruídos a descrever seus percursos formativos, suas vivências nos componentes curriculares cursados e os fatos considerados relevantes, respeitando a sua privacidade. Os relatos foram discutidos com cada autor na tentativa de clarificar eventuais opacidades e contradições.

Quanto aos docentes, foram convidados dois de cada um dos quatro cursos em estudo: um deles, necessariamente, participou do processo de concepção do currículo vigente no curso e o outro atua como dirigente na operação do currículo vigente, totalizando oito docentes participantes.

### 3.2 Estratégias e técnicas de investigação

A produção do material empírico deu-se através das seguintes técnicas que, de forma complementar, possibilitaram a compreensão acerca do currículo tanto como um artefato documental quanto como prática socioeducacional:

- I. **Estudo de documentos oficiais:** Os Projetos Pedagógicos dos cursos foram coletados nas Unidades Universitárias ou em seus *websites* e analisados com vistas a explicitar as aspirações e intenções dos cursos a que se referem, além de identificar seu caráter político e ideológico. Eventualmente regimentos internos das Unidades também foram consultados.
  
- II. **Produção de relatos autoetnográficos:** Os participantes do grupo de Estudos sobre a Universidade Brasileira, estudantes egressos do BIS que ingressaram nos cursos profissionalizantes envolvidos, foram solicitados a produzir, durante os três primeiros semestres dos Cursos de Progressão Linear, os seguintes materiais:
  - a) **Relatos da vivência no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde:**  
Escrita sobre a trajetória durante o BIS, desde a decisão em participar do processo seletivo até a conclusão do curso.
  - b) **Diário de Campo nos CPL:** registro durante, no mínimo, 30 dias do seu cotidiano de estudos. A intenção é que esses dados expressassem, numa perspectiva êmica, a apreensão do mundo universitário vivenciado nos CPL, sua ordem, racionalidade e coerência. Os textos dos diários foram lidos pelo pesquisador e aprofundados em leituras conjuntas com o autor do diário e outros pesquisadores do Grupo de Estudos. Após estas releituras, com áudio gravado e posteriormente transcrito, os diários foram atualizados pelo respectivo autor em suas possíveis incompletudes.
  - c) **Shadowing:** Consiste no acompanhamento de um estudante por outro (de curso de graduação diferente) durante um dia comum na universidade, sem que essa observação seja, necessariamente, participativa. Cada estudante foi solicitado a acompanhar outro participante e a registrar em texto o que observasse, produzindo uma narrativa em que descrevia o

ambiente da universidade, as aulas, as relações que se dão nos espaços e como o observado reagiu a cada uma dessas variáveis.

Os etnométodos, chamados por Coulon (2008) de etnografia profana, apresentaram a esta pesquisa informações preciosas sobre a lógica que se configura nos CPL e no BIS, tais como as consequências do modelo de formação que se opera em seu cotidiano, as racionalidades circulantes, além de informações que podem ser confrontadas com a análise dos projetos pedagógicos. Pretendeu-se com estes textos obter uma “visão de dentro” do mundo social de cada estudante na universidade (COULON, 2005), tornando observável a dinâmica de seu cotidiano na graduação que contribui para aprendizagens sociais relevantes – o currículo oculto.

Como os estudantes participavam do Grupo de estudos sobre a Universidade Brasileira, foi possível que alguns relatos fossem lidos e discutidos, inclusive em grupo. Isto permitiu a emergência do papel reflexivo dos informantes e a produção de novas versões de um relato autoetnográfico, clarificando descrições e papéis desempenhados pelos “personagens” das narrativas produzidas.

**III. Entrevistas semiestruturadas:** Trata-se de uma técnica que consiste em dirigir a conversação de forma a produzir informações relevantes sobre um tópico específico. Neste estudo, as entrevistas foram realizadas com docentes que estiveram ou estão envolvidos na concepção e implementação do currículo vigente e tiveram o objetivo de sondar significados e capturar embates ideológicos nas escolhas do que é considerado educativo para os currículos analisados e de como se dá sua operação no cotidiano dos cursos de saúde. Segundo Angrosino (2009, p. 62), para obter bons resultados com a entrevista, o pesquisador deve:

[...] se preparar revendo tudo o que ele já sabe sobre o tópico a ser abordado, e alinhavar algumas questões gerais sobre o que ainda quer saber. Essas questões [...] devem servir de roteiro para os assuntos principais da conversa.

Sua capacidade de produzir informações, então, depende dos dados que a informam, produzidos de forma anterior através da análise de documentos, observações e relatos. A entrevista é uma técnica que produzirá informações a respeito do processo de concepção e implantação dos currículos.

Para isso, foram convidados docentes que participaram do processo de concepção e/ou da implementação do currículo vigente na Universidade. Todos os currículos são

posteriores ao ano 2000, logo, foram facilmente encontradas as pessoas envolvidas nestes processos, de forma que foi possível captar outros sentidos do currículo que são opacos à observação dos documentos – o currículo oculto.

As entrevistas (APÊNDICE A) foram produzidas a partir da análise dos Projetos Político-Pedagógicos e das produções autoetnográficas dos estudantes. Esta análise inicial foi feita por Unidade Universitária, tomando-se o que está expresso nos documentos como consoante ou contrário aos princípios e valores da RSB. As informações foram comparadas com os relatos autoetnográficos dos estudantes e as concordâncias ou discrepâncias entre estes dois conjuntos de dados foram utilizadas na construção da entrevista para cada docente. O texto produzido a partir da síntese dos relatos produzidos também foi apresentado oralmente pelo entrevistador aos professores durante as entrevistas.

A matriz de análise dos PPP está descrita no Apêndice B e a análise dos relatos produzidos pelos discentes está descrita no item 4.5.

Na realização das entrevistas, o participante recebeu, em uma folha impressa, as perguntas e foi convidado a respondê-las na ordem em que entendesse ser conveniente, sendo direcionado apenas quando o tema de alguma pergunta não era contemplado. Como última pergunta, as análises do currículo e dos relatos dos discentes foram lidas pelo entrevistador, ao tempo em que se solicitou ao entrevistado que emitisse sua opinião acerca do material.

### **3.3 Questões Éticas**

O Projeto respeita a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Não houve o envolvimento de seres humanos enquanto pacientes.

No que se refere aos dados de fonte primária, após os esclarecimentos sobre os objetivos e intenções da pesquisa, todos os participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Informado, podendo desistir de participar a qualquer tempo e tendo garantia de anonimato pessoal nos textos produzidos com fins exclusivamente acadêmicos. O

risco de identificação foi minimizado com a exclusão de registros pessoais que pudessem ligar o relato ao seu autor e optou-se por utilizar códigos referentes apenas o nome do curso a que cada relato se refere.

Para os estudantes, foram usados os códigos: EM1, EM2 para os matriculados no curso de Medicina; EE1 e EE2 para os do curso de Enfermagem; ESC1 e ESC2 para os do curso de graduação em Saúde Coletiva e EBIS1, EBIS2, EBIS3, EBIS4, EBIS5, EBI6 e EBIS7 em referência aos autores dos relatos sobre o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. De forma análoga, para os docentes, os códigos utilizados foram: DM1 e DM2; DE1 e DE2; DSC1 e DSC2 e, finalmente DBIS1 e DBIS2. Os estudantes e docentes serão tratados todos como sendo do sexo masculino, exceto para as participantes do curso de Enfermagem, onde a maioria absoluta é de pessoas do sexo feminino, o que dificulta a sua identificação.

Não houve qualquer desrespeito à privacidade dos sujeitos envolvidos, sendo de escolha dos participantes as informações contidas nos relatos escritos ou das entrevistas. Já os dados de revisão documental levaram em consideração apenas documentos de domínio público de acesso irrestrito, que não identificam sujeitos.

### **3.4 Análise dos dados**

Após leitura atenta do material obtido a partir das técnicas de produção de dados, o esforço empreendido foi no sentido de compreender estes dados construídos dentro das condições de produção na atual conjuntura. Para isso, foram elencadas categorias êmicas, produzidas dentro de um contexto de práticas sociais próprias do currículo, um artefato socioeducacional. A intenção foi explicitar as relações possíveis entre os sentidos produzidos pelos sujeitos na concepção e vivência de percursos educativos e as reflexões teóricas a respeito da ESS e do currículo como campo de disputas entre as concepções de saúde emergentes.

De maneira geral, buscou-se conhecer como se corporificam as lutas de classe, no que diz respeito à saúde, no currículo dos cursos, explicitando as controvérsias entre saúde



enquanto direito defendido pela Reforma Sanitária Brasileira e a saúde como mercadoria, marca do modo de produção capitalista.

As entrevistas dos docentes, bem como os Projetos dos cursos, foram analisados quanto às concepções do que pode ser um currículo que apoie a RSB; quanto às intenções do currículo; quanto aos obstáculos que se apresentaram à concepção e operação do currículo e as estratégias empreendidas no enfrentamento a essas dificuldades.

Os relatos produzidos pelos estudantes, em suas descrições, foram categorizados da seguinte forma: como descrevem as aulas; conteúdos diretamente relacionados aos princípios e valores da RSB; como estudam; como são avaliados e como percebem a sua relação com os colegas e com os professores.

## **4 CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE NA UFBA: COMO SE RELACIONAM COM O PROCESSO DA RSB**

### **4.1 Intenções dos Projetos político-pedagógicos: A RSB como base**

O currículo, enquanto principal artefato socioeducacional, cultiva um determinado projeto ético-político ao realizar opções pedagógicas, epistemológicas e valores específicos. Nesse sentido, os documentos e relatos de docentes dos cursos analisados expressam a opção pelos valores da RSB como base de suas construções.

Assim, os cursos de Medicina, Enfermagem e Saúde Coletiva fazem explícita declaração do direcionamento de seu currículo para o fortalecimento do SUS e para a produção de trabalhadores para a transformação do modelo de atenção. Já o Bacharelado interdisciplinar em Saúde, pensado como um curso de formação geral anterior à profissionalização, apesar de não afirmar explicitamente em seu PPP a intenção de apoiar o

processo da RSB, o faz implicitamente ao direcionar os componentes curriculares obrigatórios do eixo de formação em saúde para o estudo dos processos históricos de configuração da política de saúde no Brasil, ao assumir uma parcela relevante dos projetos de pesquisa e extensão em serviços do SUS ou ações de base comunitária para produção de cidadania e promoção da saúde, além da indicação quase unânime de autores do campo da Saúde Coletiva como referências dos componentes curriculares obrigatórios.

Com isso, institucionalmente, esses cursos afirmam a intenção de apoiar o processo da Reforma Sanitária Brasileira com a produção de uma prática intelectual orgânica a esse movimento. Logo, as resistências ao projeto político-pedagógico se configuraram em primeira instância como resistências a uma assunção dos valores e produções teóricas da Reforma Sanitária Brasileira como conhecimentos mais prestigiados na ESS.

Neste capítulo, serão apresentadas as intenções de cada curso, expressas nos documentos e nos relatos dos seus dirigentes, de forma a evidenciar a opção política pela RSB na mudança curricular mais recente ou na proposta curricular de cursos novos na UFBA. Como todos os docentes entrevistados tem um alto nível de escolaridade – doutores e doutoras – as falas e construções de argumentos tendem a compor trechos longos de transcrição. Por isso, neste e nos capítulos seguintes, os exemplos e trechos de entrevistas geralmente serão, também, longos na tentativa de expor da forma mais completa possível a construção do participante.

#### **4.1.1 Medicina**

O atual PPP do curso de graduação da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), formalmente aprovado pela Universidade no ano de 2009, parte da constatação de que o perfil do médico formado não atendia às necessidades de atenção à saúde da população brasileira, ao que afirma como perfil de profissional esperado, o seguinte:

São fundamentais mudanças que tenham como produto final médicos com formação geral; capazes de prestar atenção integral e humanizada aos indivíduos; que trabalhem em equipe; que saibam tomar decisões considerando não somente a

situação clínica individual, mas o contexto social em que vivem os pacientes, os recursos disponíveis e as medidas mais eficazes. (UFBA, 2007, p.5)

Para propor tal mudança, um grupo de trabalho (GT) envolvendo docentes e discentes foi criado através de Portaria FMB nº 023/2004. Esse grupo analisou o currículo anterior através do programa de disciplinas e de uma avaliação realizada pelo Diretório Acadêmico do curso. Os resultados (Quadro 1) indicaram práticas pedagógicas diretivas, desconectadas da situação de saúde da população brasileira e baseadas no modelo bancário de educação onde o estudante assume um papel passivo para enquadrar-se no padrão de médico pretendido.

**QUADRO 1 – ANÁLISE DO CURRÍCULO VIGENTE EM 2005 NA FAMED/UFBA**

<p><b>Análise do programas das disciplinas</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Objetivos predominantemente cognitivos e psicomotores;</li> <li>2. Ausência majoritária de objetivos afetivos;</li> <li>3. Conteúdos predominantemente técnico-científicos;</li> <li>4. Escasso conteúdo humanista/ generalista;</li> <li>5. Técnicas de ensino predominantemente expositivas, em grandes grupos, com dissociação teórico-prática;</li> <li>6. Cenários de aprendizado predominantemente intramuros;</li> <li>7. Inserção tardia do aluno em cenários de atenção básica à saúde;</li> <li>8. Pouca informação sobre técnicas de avaliação;</li> <li>9. Ausência absoluta de indicadores de sucesso;</li> <li>10. Técnicas de avaliação predominantemente de testagem e centradas na avaliação cognitiva/somática;</li> <li>11. Ausência de informação sobre relação professor-aluno;</li> <li>12. Deficiência de recursos humanos e materiais, dentre os quais espaço físico;</li> <li>13. Predominância dos determinantes biológicos para a compreensão/explicação da rede causal das doenças pela maioria das disciplinas, com ênfase na abordagem do caráter curativo orientado ao indivíduo.</li> </ol>
<p><b>Avaliação feita pelos estudantes</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disciplinas apresentavam problemas na didática, distorção da relação professor-aluno ou sub-aproveitamento da carga;</li> <li>2. Disciplinas apresentavam problemas de falta de relação com a prática médica;</li> <li>3. Disciplinas apresentavam bibliografia desatualizada ou inacessível para o discente;</li> <li>4. Ênfase na memorização, ou falta de divulgação dos critérios de avaliação;</li> <li>5. Problemas quanto à disponibilidade dos laboratórios, número insatisfatório de aulas práticas ou número excessivo de alunos por turma;</li> <li>6. As disciplinas apresentavam insuficiência de materiais e equipamentos;</li> <li>7. As disciplinas apresentavam extrapolação ou déficit de carga horária;</li> <li>8. As disciplinas apresentavam deficiência de divulgação das atividades curriculares ou do cronograma.</li> </ol>
<p><b>Distribuição da carga horária ao longo do curso</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ausência de turnos livres;</li> <li>2. Ausência majoritária de intervalos de tempo entre as aulas, que prevejam o tempo de deslocamento dos alunos entre espaços físicos distintos, ou distantes.</li> </ol>
<p><b>Disponibilidade de informações relativas ao curso</b></p>	<p>Informações precárias, defasadas ou ausentes.</p>

FONTE: FAMED/UFBA. PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA, 2007.

Para confrontar essas práticas, o GT, composto majoritariamente por docentes do Departamento de Medicina Preventiva e Social disparou o processo de transformação do modelo da formação do médico dentro da FMB. Os objetivos que surgiram no GT e que direcionaram a construção do PPP foram prioritariamente: a renúncia de uma formação direcionada às especialidades médicas; a aproximação entre o processo educativo e a realidade sanitária da população brasileira; e a formação de um médico generalista habilitado para o trabalho na Atenção Básica à Saúde, onde a maior parte dos problemas de saúde da população encontra resolução, como exemplificado a seguir por um docente entrevistado:

Com isso a gente quer fortalecer o SUS, fortalecer a Atenção Básica. Além do ensinamento do estudante, à medida em que a gente tá fazendo isso, estudando a Atenção Básica como a base de fato da formação médica, é porque a gente entende e quer fortalecer dentro da rede essa Atenção Básica. Tem esse outro lado que também é político de fortalecer dentro do SUS, a Atenção Básica, que a gente sabe que é o que é menos fortalecido dentro do SUS, que não resolve os 80% que tem que resolver, e está aí toda essa discussão do “Mais Médicos” agora... O que a gente queria era criar esse vínculo do médico com a Atenção Básica, pra ele entender que a Atenção Básica é fundamental. Não é aquilo que você vai quando não tem o que fazer. Está dando um tempo pra fazer o seu concurso da Residência, você vai ganhar um dinheirinho no Saúde da Família e pra isso você precisa de um conhecimento. Nada disso. A Atenção Básica é muito complexa. Você precisa conhecer muito bem pra você fazer mais pela Atenção Básica. É isso que a gente queria que eles fossem fortes, na Atenção Básica, e entender que essa parte do sistema é muito importante também. (DM1)

Essa opção política é muito sustentada pelas produções teóricas do Departamento de Medicina Preventiva e Social desta Faculdade de Medicina, encontrando nas Diretrizes Curriculares Nacionais uma base legal para a tomada de posição consoante os princípios e valores da RSB para a construção do currículo, como descrito nas falas a seguir:

A gente dizia: De onde ele [o estudante] estiver situado no Sistema de Saúde e no mercado de Saúde, essa visão é a visão conceitual que orienta a formação dele hoje. Até porque é isso que o país determinou nas próprias Diretrizes Curriculares. Isso não é uma questão nem só nossa, o que a gente quer. A formação dele tem que ser essa e o SUS está implícito dentro dessa formação e a Reforma Sanitária com toda a discussão crítica de determinantes de saúde, de determinantes da organização dos serviços, é uma questão que está incorporada no âmbito aí dessa formação, isso não pode se separar. (DM1)

[...] a gente sabe e tem documentado o que é que a gente precisa formar, porque nós conhecemos o que é que as pessoas precisam em termos de formação, o que a gente tem que formar aqui pra disponibilizar pra sociedade. Esse tem que ser o caminho. Não é o que vocês [docentes contrários à transformação do currículo] gostam ou que vocês querem. É o que a sociedade PRE-CI-SA! Essa foi a lógica que a gente levou pro currículo. Quando eu vejo aqui você colocar os princípios da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde, a gente tem um documento de referência que a gente utilizou pra isso na formação do currículo, até porque uma boa parte dos docentes se envolveu no trabalho mesmo da formatação, todos tem uma história nisso aqui [apontando para a pergunta no papel sobre se o curso assumia as bases doutrinárias da RSB], não é a tôa. (DM2)

No PPP, a Reforma Sanitária é tomada como base do novo currículo, sendo institucionalmente declarado:

No momento da sua definição, as Diretrizes Curriculares influenciaram como um catalisador no âmbito da FMB, gerando frutos consistentes no processo de discussão da transformação curricular. Na presente proposta, estas Diretrizes foram tomadas como ponto de partida, juntamente com a base doutrinária da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde, bem como o acúmulo de conhecimentos e experiências geradas nos anos em que a proposta vem sendo construída. (UFBA, 2007, p. 11)

Nesse documento, o curso de Medicina é desenhado de forma a articular os conhecimentos necessários à prática médica com os problemas de saúde da população, tencionando abordar a complexidade do processo saúde-doença-cuidado e suas múltiplas determinações.

Nota-se que o curso assume em seu currículo uma identidade (SILVA, 2011) afinada com os princípios da RSB e apresenta-se como promotor de mudanças na educação médica. Essa identidade é fortemente influenciada pelas discussões mundiais sobre o modelo de formação médica capitaneadas no Brasil pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) em projetos como o da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM)<sup>11</sup>. A transformação curricular nesse sentido é síntese de disputas pela autoridade científica para definição de um arbitrário cultural que privilegia o ideário da Reforma Sanitária Brasileira e acompanha as mudanças ocorridas no setor saúde a partir da Emenda Popular na Constituição Federal.

#### **4.1.2 Enfermagem**

Na Escola de Enfermagem, o novo currículo foi construído para substituir o modelo de formação caracterizado, segundo uma das docentes participantes, como tecnicista, cindido entre ciclo básico e profissionalizante, distante da realidade de saúde da população, hospitalocêntrico e orientado pela doença, o que ela resumiu como um produto da Ditadura

---

<sup>11</sup> O projeto CINAEM reúne entidades representativas ligadas à comunidade acadêmica, universitária e da classe médica; com o objetivo principal de avaliar os componentes da qualidade para a transformação da realidade revelada do ensino médico no Brasil.

Militar. Esse modelo de educação provocou incômodos em um grupo da Unidade Universitária que, desde 1996 com a participação de alguns docentes no projeto UNI<sup>12</sup> e, posteriormente na Associação Brasileira Rede Unida<sup>13</sup>, iniciou discussões sobre a necessidade de transformar a ESS de forma a fortalecer a Reforma Sanitária Brasileira e o SUS.

Com a intenção de extrapolar as discussões da Escola de Enfermagem e produzir um contraponto nacional, o grupo representado na Rede Unida investiu no movimento de produção e aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Enfermagem junto aos Ministérios da Educação e da Saúde. Estas diretrizes traduziam as inquietações acerca do tipo de profissional necessário para o movimento da RSB, como nota-se nessa fala:

Então a gente começou discutindo muito a coisa da Reforma Sanitária, dos princípios, do que motivou a Reforma Sanitária, da questão da saúde. Isso é o que foi aos poucos, agregando, e discutindo muito o papel da enfermeira. E qual a importância, a necessidade que a gente se articulasse com os serviços de saúde, para que a gente contribuísse também com a questão da educação permanente do pessoal do serviço, pra que a gente fosse aprendendo a desenhar o que seria promoção da saúde. Então, assim, essas discussões, tivemos muitas e elas agregaram. A gente foi tendo muita gente se agregando em torno dessas questões. Foi muito assim, a questão da Reforma Sanitária, pra isso a formação de profissionais críticos, criativos e tal para formar com capacidades diferentes. Então, a gente tinha a questão das metodologias pedagógicas, do que era o ensino, do que era a formação, então foi toda uma discussão. [...] Então, nesse projeto UNI, que era um projeto da UFBA, envolvia todas as carreiras da área de saúde, não só a enfermagem, a gente tinha uma discussão muito forte, uma discussão mesmo dos projetos dos currículos, de todo o grupo. Inclusive, nós organizamos a partir desse projeto a Rede Unida, onde nós começamos a discutir mesmo a formação. E nós participamos, inclusive, debatendo e escrevendo as diretrizes curriculares. Nós fizemos o movimento e eu fui do grupo. As diretrizes curriculares para Enfermagem foi uma das coisas que a gente batalhou, porque a gente estava sentindo dificuldade, que não poderia trabalhar só aqui, no âmbito só da UFBA, só da escola, só das carreiras, porque a gente também tinha que ter um contraponto mais nacional. Foi a época que a direção do Ministério da Saúde teve uma abertura, criou a Secretaria de Gestão de Pessoas, e a gente começou a discutir a formação e a capacitação de profissionais de saúde voltadas exatamente para o SUS. [...] que enfermeira se está exigindo em um movimento onde a gente discute uma concepção ampliada de saúde, que a gente discute para além do SUS? O que é universalização? O que é integralidade? Então, a gente começou discutindo por aí. (DE1)

Após pelo menos 14 anos de discussão, disputas por recursos de poder e articulações para aprovar o PPP, o atual currículo explicita a intenção de formar um profissional em sintonia com a definição de Saúde da oitava CNS, incorporada na Constituição Federal,

<sup>12</sup> Projeto "Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde" - Desenvolvido desde 1990, experimentou a conceitualização e execução de uma nova possibilidade de pensar e fazer a educação dos profissionais do setor saúde. Suas proposições aproximam-se do pensamento da práxis criadora/transformadora que adquire expressão máxima na luta pela reestruturação ou transformação dos modelos político-pedagógicos dos cursos das instituições que integraram o Projeto.

<sup>13</sup> A Associação Brasileira Rede Unida reúne projetos, instituições e pessoas interessadas na mudança da formação dos profissionais de saúde e na consolidação de um sistema de saúde equitativo e eficaz com forte participação social.

buscando uma prática educativa crítica e criativa que assume a saúde como síntese de uma trama complexa de determinantes. Isso se direciona à afirmação dos princípios e valores da RSB como condutores dos atos formação das enfermeiras, como se vê no texto do PPP:

Os princípios e diretrizes do SUS são norteadores do novo modelo de atenção à saúde – a universalidade; a equidade; a integralidade e o controle social – que indicam uma atenção geral e continuada; acessível a toda a população e integral, isto é, ser ao mesmo tempo promotora da saúde, preventiva de doenças, curativa e reabilitadora, que considera os aspectos físicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais dos indivíduos e das coletividades. Isto significa que o processo de trabalho na saúde influencia e é influenciado pela postura dos sujeitos; das práticas, dos objetos de trabalho; dos instrumentos e das relações de trabalho e, conseqüentemente, da formação das enfermeiras.

Nessa perspectiva, a transformação da formação dos profissionais de saúde é imperiosa para a consolidação do SUS, o que significa que o processo de formação dos profissionais de saúde e, no caso, de enfermeiras(os) deve assegurar o desenvolvimento de competências que possibilitem uma atuação profissional voltada para as necessidades de saúde da população; de profissionais que compreendam a atenção à saúde na perspectiva da integralidade e desenvolvam novas formas/ferramentas de trabalho e ampliem os referenciais com que cada profissão trabalha. Além disso, sejam capazes de desenvolver práticas inovadoras de cuidado; de gestão; de produção do conhecimento e de educação.

Precisa-se de enfermeiras(os) que atuem como sujeitos sociais comprometidos com a democracia, com o Sistema Único de Saúde e com a cidadania. As(os) enfermeiras(os) devem estar estimuladas(os) para uma prática multiprofissional, tendo como referência o trabalho em equipe, e com o desenvolvimento de ações articuladas com outros setores da sociedade e do Estado. O desenvolvimento do sentido de compromisso e a ética devem estar presentes em todos os momentos da formação e da atuação profissional. (UFBA, 2010, p. 11-12)

O percurso para institucionalização dessa intencionalidade se desenhou a partir de uma tomada de posição das instituições educadoras que assumiam o ideário da RSB, caminhou para a produção teórica corporificada nas DCN e na oficialização na UFBA desta opção política por meio do atual PPP.

#### **4.1.3 Saúde Coletiva**

O curso de graduação em Saúde Coletiva é fruto de discussões realizadas no Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (ISC/UFBA) pelo corpo docente, desde sua criação em meados da década de 1990 (TEIXEIRA, 2003). Este grupo reconhecia a insuficiência do ensino da Saúde Coletiva restrito a uma disciplina dos cursos de graduação em saúde para modificar

práticas nos serviços. Também afirmavam a ineficiência da formação apenas em cursos de pós-graduação para produzir as transformações que o novo cenário de disputas exigiu depois da criação do SUS. O Instituto de Saúde Coletiva ampliou suas discussões para outras instituições nacionais e internacionais, culminando em 2008 com a aprovação da graduação em Saúde Coletiva, no contexto do Programa de Apoio ao Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni).

Segundo um dos docentes, participante do processo de construção do PPP, a principal intenção ao criar a graduação em Saúde Coletiva é formar sanitaristas prontos a atuar nos serviços do SUS. Como se vê nesta fala:

Então, o que o projeto propõe modificar? Na verdade o Projeto Político Pedagógico do nosso curso propõe, não a modificar a formação, mas formar sanitaristas. [...] Eu acho que nós estamos vivendo uma transição na formação do sanitarista no Brasil, em que o fato novo é o curso de graduação em Saúde Coletiva, criticado ou não, tradicional ou não, incompleto ou não, é ele o fato novo, o principal fato novo do SUS na área de formação de pessoas para o SUS que aconteceu em 20 anos. Porque quando o SUS chegou, já existia pós-graduação em Saúde Coletiva e ela pouco mudou, apesar do SUS. Porque ela tinha na sua lógica a formação de pesquisadores e docentes, e como uma atividade acadêmica, sempre esteve um pouco distanciada da realidade dos serviços. O mestrado profissional foi o que conseguiu mudar isso, mas ele é pequeno, é pouco. A rigor, a pós-graduação strictu sensu não acompanhou o desenvolvimento do SUS. Ela já existia e continuou existindo. Não sei nem se ela formou sanitaristas para o SUS. Ela formou sanitaristas, que vieram a contribuir para o desenvolvimento do SUS. (DSC1)

Além disso, no PPP, a formação orientada por interesses públicos, a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS, o respaldo da educação superior para a ênfase na proposta de promoção da saúde e reorientação do modelo de atenção, são explicitadas como demandas sociais a serem respondidas por esta graduação. O que assume materialidade nas ações do colegiado, conforme afirma um dos entrevistados:

A gente tem sempre essa meta de ter um curso voltado para a formação de profissionais comprometidos com o Sistema Único de Saúde, compromissados com a proposta de Reforma Sanitária, formando sujeitos que tenham uma ação reflexiva, com capacidade de transformar a realidade. Críticos e reflexivos, nesse sentido. Isso é o que o projeto propõe: pessoas engajadas, mas que também tenham o outro lado do conteúdo mais formal de competências a serem adquiridas, do ponto de vista mais de competências para o trabalho, competências técnicas. Então, tem um lado mais do sujeito humano, com uma competência de liderança, de transformação, de engajamento, de visão crítica. Mas com competências técnicas, para o desenvolvimento de atividades técnicas na área da Saúde Coletiva. Então, a gente tem que trabalhar essas duas fronteiras que é o que o projeto político pedagógico prevê e o que a gente tenta com os componentes, com as atividades práticas de estágio, que é prover e permitir experimentações para o aluno. (DSC2)

Os concebedores e operadores do curso declaram, dessa forma, que há necessidade de transformações que transbordem a dimensão epistemológica, onde os cursos de pós-

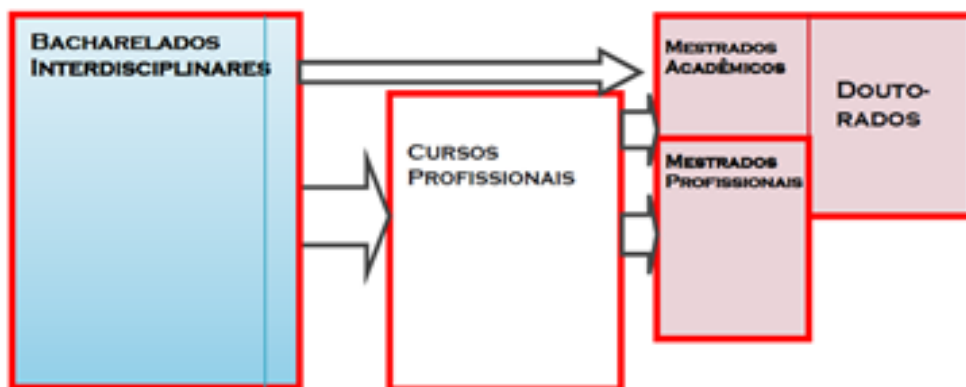


graduação *stricto sensu* tem maior atuação, e alcancem efetivamente a dimensão técnico-assistencial e gerencial nos serviços de saúde, para que os ideais da RSB se efetivem no cotidiano de trabalho e respondam às demandas de democratização do setor saúde. Esse curso assume então a responsabilidade pela produção de um sanitarista que tenha, desde a graduação, uma identificação com o campo da Saúde Coletiva; que produza os saberes e práticas desse campo de forma autônoma<sup>14</sup> e que atue na administração e gestão de sistemas e serviços de saúde de forma a operar habilmente as mudanças em direção ao processo da RSB.

#### 4.1.4 Bacharelado Interdisciplinar em Saúde

Aprovado na UFBA em 2008, esse curso surge também no contexto do REUNI, dentro da proposta de transformação da arquitetura curricular com a implantação do regime de ciclos para os cursos de graduação e pós-graduação em saúde. Os Bacharelados Interdisciplinares (BI) se apresentam como o primeiro ciclo para a educação superior (fig. 1), sendo caracterizados pelo aprofundamento em um destes quatro campos: a) Artes b) Ciência e Tecnologia, c) Humanidades, e d) Saúde.

**Figura2:** Articulação dos BI com os cursos do segundo e terceiro ciclos



Fonte: UFBA. Projeto Pedagógico dos Bacharelados Interdisciplinares em Saúde

<sup>14</sup> Paim (2006) afirma que o ensino-aprendizagem da Saúde Coletiva em outros cursos de saúde ocorre de forma submissa às outras disciplinas, com hegemonia para os saberes biomédicos, o que seria superado com o curso de graduação em Saúde Coletiva.

Seguindo a definição geral dos BI, o BIS pode ser apresentado como:

[...] um curso de graduação universitária interdisciplinar, com terminalidade própria, que habilita o estudante para atuar no setor público, no segmento empresarial e no campo não-governamental associativo, podendo também servir como requisito para a formação profissional de graduação (em outros cursos da própria Universidade), além da formação científica, humanística ou artística de pós-graduação. (UFBA, 2010, p. 4)

O Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, funcionando ou não como um primeiro ciclo para a educação profissional em Saúde, se compromete a contribuir para “a formação de sujeitos capazes de apreender as diferentes e múltiplas facetas dos objetos, políticas e práticas deste campo” (UFBA, 2010, p. 5). Dessa forma, aborda a saúde como um campo de saberes e práticas multirreferenciado e complexo, que integra diversas dimensões da vida humana. Sobre isso, o docente que participou do processo de criação do PPP afirma que:

No caso específico do BI Saúde, esse projeto buscou – priorizou – alguns aspectos que foram considerados importantes para a formação superior em saúde. Um desses aspectos foi a discussão conceitual sobre o objeto Saúde. Então, existe um componente obrigatório chamado “Campo da Saúde”, onde os alunos fazem uma reflexão, uma leitura crítica sobre os conceitos de saúde, cura, risco, doença, prevenção, promoção e recuperação da Saúde e a ideia é, uma das bases da Reforma Sanitária, justamente o conceito ampliado de saúde. E esse aspecto é bastante trabalhado ao longo de todo o curso, desde o primeiro semestre que é onde os estudantes iniciam com esse componente curricular obrigatório, que se chama “Introdução ao Campo da Saúde”. (DBIS1)

O PPP dos Bacharelados Interdisciplinares também afirma que é importante, para o estudante, vivenciar uma imersão no campo da Saúde antes que se decida por uma profissão ou carreira específica, de sorte que evite escolhas precoces e melhore sua adesão à profissão pretendida, além de acessar concepções de saúde que transcendem o aspecto biológico. Isso é reafirmado por outra docente, envolvida na operacionalização do PPP, o que demonstra a permanência dessa intenção nos atos de currículo:

[O BIS] É o lugar pra experimentar novas possibilidades, para conhecer as profissões, para conhecer o serviço, o Sistema Único de Saúde, saber o que é o campo da saúde, pra refletir sobre o campo da saúde, pra depois você pensar, dentro desse cenário, o quê que você efetivamente deseja fazer. [...] Eu acho que a gente pensa nisso, a gente deseja isso e até acredita que o que a gente faz vai de alguma forma desencadear um processo formativo diferenciado. (DBIS2)

Dessa forma, os operadores do curso afirmam que conhecer o SUS, as profissões de saúde e produzir um processo formativo diferenciado daquele ofertado nos cursos profissionais da Universidade, são objetivos de suas ações.

## 4.2 Como os docentes pensam um currículo que apoia a Reforma Sanitária Brasileira

Diversos aspectos sociais atuam em sinergia para a conformação de valores e atitudes compartilhadas entre grupos, conferindo-lhes identidade(s) (RONZANI, 2007). Dessa forma, grupos militantes da RSB, como os grupos de professores que atuaram na concepção dos PPP analisados, se agregam em torno de uma identidade para disputar por recursos de poder que permitam um direcionamento de seus atos pedagógicos em conformidade com seus referidos valores militantes. Conhecer as crenças desses docentes sobre o que seja apoiar o processo da RSB é fundamental para afirmar se os atos de transformação ou implementação dos currículos apoiam ou não a RSB enquanto processo.

No caso das disputas que ocorrem no campo da saúde, nota-se uma ambiguidade entre a demanda social expressa na VIII CNS e uma falsa consciência<sup>15</sup> do trabalho autônomo e extremamente especializado do profissional de saúde. Isso se reflete nos comportamentos e valores compartilhados pelos professores nas graduações em saúde para que produzam com outros atores curriculantes, o currículo de cada curso.

Nesta seção, serão explicitadas as formas como os professores acreditam poder entranhar, através do currículo, os princípios da RSB na educação superior em saúde. Assumindo como crenças e práticas contra-hegemônicas, as que advêm do Movimento Sanitarista, estas produziram uma identidade em grupos de docentes em cada curso, e estes grupos, reconhecidos e por vezes estigmatizados por tal identidade, produziram as propostas de transformação e implementação curricular nos cursos estudados.

No curso de Medicina da UFBA, a superação de uma formação voltada para as especialidades e a aproximação entre a educação e a realidade de saúde das comunidades são o principal foco da transformação do currículo. Para os docentes que atuaram na concepção

---

<sup>15</sup> A Ideologia em seu efeito negativo, enquanto ocultadora das contradições presentes na realidade objetiva da estrutura social com o objetivo de manter a reprodução desta estrutura, é definida por Engels como “um processo que se opera pelo chamado pensador conscientemente, mas com uma consciência falsa. As verdadeiras forças propulsoras que o movem permanecem ignoradas para ele. De outra forma, não seria tal processo ideológico.” (ENGELS, 1974, p. 523). Machado, Oliveira e Moyses (2011) apontam que a tendência do mercado de trabalho em Saúde no Brasil é o emprego público em setores que exigem ampliação das áreas de atuação, especialmente no âmbito municipal, e aponta o SUS como principal produtor de contratos de emprego, mesmo que precarizados.

do PPP, as especialidades devem ser retiradas da matriz curricular e inseridas em módulos curriculares que agregam e colocam em interseção os conhecimentos de diferentes especialidades, conhecimentos básicos como a Química, a Fisiologia e a Anatomia, e problemas de saúde presentes nos espaços de prática em serviços públicos de saúde. Um dos entrevistados (DM2) fez uma descrição breve das características que conformam o currículo pensado a partir da RSB. Esse relato está desdobrado, a seguir, de forma a exemplificar os quatro aspectos destacados como marcas da RSB no currículo:

a) A realidade de saúde como disparadora da produção de conhecimentos:

Sobre essa base doutrinária [lendo as perguntas da entrevista], se isso foi incorporado? Isso com certeza. Isso está até dito, se você leu o nosso Projeto Político Pedagógico, eu participei da elaboração, da redação, sei quase que de cor e salteado. Isso aí, foi uma das bases pra elaboração do currículo. Daí vem a ideia de conhecimento da realidade, da visão da problematização, do processo de ensino e aprendizagem baseado na problematização e essa problematização com base em problemas da realidade de saúde, não apenas problemas fictícios criados artificialmente pra os alunos, o que você tem muito no PBL, que é uma metodologia interessante e tudo, mas ali são os casos criados pra... Não. A gente entendia que a problematização tinha que ser a partir da realidade de saúde, do SUS e da população, pra que os alunos aprendessem a problematizar isso, aprendessem a questionar.

b) O fortalecimento de uma formação ordenada pelos interesses públicos:

E, em vários momentos você vai ver o compromisso público como um dos princípios pra formação desse médico comprometido com a própria construção do SUS, com o próprio crescimento do cidadão enquanto detentor de direitos. O conhecimento da realidade de saúde da população, o conhecimento da organização dos serviços.

c) A pronta inserção do estudante nos serviços de saúde já nos primeiros semestres do curso:

O serviço passou a ser primordial pra gente, tanto que o aluno passou a, no primeiro semestre, já ter o contato com a população. Mudamos essa história de que ele só vai ver o defunto lá na mesa da anatomia, mas ele, no primeiro [semestre], já tem o módulo de Medicina e Clínica Social I, onde a gente já vai trabalhar com eles na população, não necessariamente no serviço, porque, afinal de contas o menino veio do curso médio e tá ali começando a aprender alguma coisa, mas ele vai começar a aprender alguma coisa conhecendo uma população, então a gente já trabalha com territorialização no começo do primeiro semestre, a gente já trabalha com problemas de saúde e é isso que a gente articula com a clínica, com muita dificuldade, tem sido, pra ele ter uma visão coletiva e ao mesmo tempo já começar a ter uma visão do indivíduo inserido num contexto coletivo. O que entra da Clínica aí: Medidas, por exemplo, de começar a aprender a medir os sinais vitais, já começa a discutir a visão de família, uma abordagem familiar e já começa a aprender indivíduo sadio, pressão arterial, quer dizer, por que não o estudante de medicina no primeiro semestre, se qualquer leigo hoje é estimulado a fazer a pressão arterial? Porque é uma necessidade. O hipertenso hoje precisa saber, precisa que alguém controle, que alguém meça sua pressão. O estudante de Medicina está entrando pra aprender a ser

médico. Por que ele não aprende logo no primeiro e vai aprender lá no terceiro ou quarto? Não!

d) A ideia da determinação social da saúde como base dos processos de ensino-aprendizagem da clínica:

Ele pode começar, a gente quer que desde o início ele tenha a visão do coletivo articulado o tempo todo com a visão do indivíduo inserido nesse contexto. Enfim, você vai ver em vários momentos que a questão da Reforma Sanitária ela foi absorvida totalmente por esse projeto. Tudo isso foi com base no que a gente considera como a Reforma Sanitária e o braço dela nos serviços, que é o SUS.

Já no curso de Enfermagem, o que define o currículo como orgânico à RSB, segundo uma das docentes entrevistadas, é o esforço aplicado na vinculação da profissão de Enfermeira às práticas na Atenção Primária à Saúde (APS). O empenho na concepção do novo currículo é em superar um modelo de curso centrado nas práticas hospitalares de cuidado e a concepção de enfermeira intimamente ligada à doença, o que acredita não contribuir com o processo da RSB, e aproximar o estudante da prática nas comunidades e dos contextos de vida da população. A docente que esteve envolvida na concepção do projeto desse curso afirma que os princípios e valores da RSB sempre estiveram pautando as discussões sobre a formação da Enfermeira, de forma que definiu o perfil de profissional pretendido no PPP, bem como a matriz curricular que foi possível de ser desenhada. A concepção de saúde como condição de vida, as práticas de promoção da saúde e a ênfase na APS surgem como substrato compulsório para o currículo de Enfermagem. A organização dos processos de trabalho em saúde também transpõe o hospital e amplia-se para serviços de base comunitária e territorial. Uma descrição desta forma de produzir o currículo é feita por DE1:

[...] a gente começa com o estudante tendo um primeiro contato com o SUS, na Vigilância em Saúde, que é trabalhar na análise de situação de saúde da população. A gente leva estes estudantes para a comunidade e os outros componentes se articulam com isso. Se você olhar, em lugar de... porque eles passavam 2 anos em ciências básicas, quando chegava no terceiro ano ele ia para o hospital, então, essa concepção de enfermeiro, de doença, era dada na própria formação. Então, agora a gente começa com o contato com a profissão desde o primeiro semestre e com a atenção básica e a análise [de situação de saúde]. No segundo semestre ele continua com a Educação em Saúde, que é muito focado nesse aspecto, só no terceiro [semestre] é que ele começa com as questões individuais, no quarto [semestre] ele volta para o coletivo, e a gente tentou desenhar essa Enfermagem em Saúde Coletiva com muita dificuldade para romper com as caixinhas dos professores, porque tudo aqui é separado, era grupo, era isso e aquilo. A gente tentou. Isso aqui [o Projeto Pedagógico] é o que foi possível. Depois ele [o estudante] volta para o hospital, depois vem para atenção a grupos, que aqui foi impossível não separar por grupos, mas a gente já começa a introduzir questões de gestão, de educação permanente. A gestão, no currículo anterior, era uma disciplina única, onde você tinha 10% para discussão da rede básica e 90% era a gestão de hospital. Então, a gente rompeu

completamente isso. A gestão, agora, eles têm 50% da prática toda na rede básica e depois tem também a parte hospitalar, que é necessária. E a gente conseguiu também o estágio curricular II, que a gente faz todo na rede básica. O estágio I é na rede hospitalar e o II é na rede básica. Então, todas essas questões, desde o pensar nas referências bibliográficas, tivemos várias discussões. Eu tive uma participação muito ativa, porque como eu vinha do projeto UNI, como eu tinha um esboço de um projeto, de alguma forma eu agreguei ao grupo de pessoas, professoras que tinham essa compreensão e desenhamos isso que foi possível e conseguimos em 2009 ter um projeto pronto, aprovado e em 2010 a gente já estava implantando. (DE1)

Por outro lado, na operacionalização do curso, a ideia de apoio à RSB se baseia em vincular a técnica e a prática clínica ao princípio de cidadania e de direito universal à saúde. No discurso da dirigente envolvida na operação do novo currículo há uma timidez em afirmar o currículo como um dispositivo de apoio ao processo da RSB, ao que se refere sempre sobre as ações pedagógicas como conseguir uma “coisinha pequenininha” (DE2) no movimento de fazer Saúde Pública. Dá exemplos desses pequenos atos que apoiariam a Reforma ou a Saúde Pública<sup>16</sup>, como: instruir o sujeito cuidado sobre seus direitos, ou ainda, estar, durante a realização de um procedimento técnico, atento ao contexto sociocultural do sujeito. Na operação do currículo, a dirigente considera a matriz curricular como um projeto de fragmentação do cuidado e que, apesar de afirmar princípios da RSB, os atos de currículo realizados na Escola de Enfermagem não correspondem ao projeto de formação de enfermeiras que atendam às demandas do SUS e da nova concepção de saúde expressa na lei 8.080/90. Nas palavras da docente:

É muito voltado para essa questão de como eu entendo a Reforma e como eu entendo o próprio Sistema Único de Saúde. Como eu entendo que a Saúde Pública não está em lugares estanques, como por exemplo: “eu só faço Saúde Pública se eu for para a Atenção Básica”. E eu vejo que tem muitos discursos, ainda, que acabam sendo dessa forma. A Saúde Pública está em todo o lugar! Eu posso estar em numa unidade hospitalar e eu fazer muito bem a Saúde Pública acontecer ali dentro. E eu não vejo isso na prática. Então, o pensamento do currículo é voltado muito pra isso, mas a forma de operacionalizar não está sendo feita dessa maneira. Então, eu acho que a gente não sabe. Não culpo ninguém; eu culpo a mim também. Acho que a gente não sabe fazer ainda. Porque a gente se envolve tanto e é muito mais fácil você fazer só um fragmento do cuidado do que você ver o cuidado de uma forma mais ampla e você chegar na ponta e realmente prestar aquele cuidado daquela maneira. (DE2)

Continuando na explicitação das ideias dos docentes sobre o currículo que apoia a RSB, na graduação em Saúde Coletiva, curso criado pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, há intelectuais notadamente orgânicos à Reforma Sanitária Brasileira, que participaram ativamente da militância no movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e atuam no fortalecimento dos princípios democratizantes na sociedade.

---

<sup>16</sup> DE2 usa o termo Saúde Pública como sinônimo para a Reforma Sanitária Brasileira.

O campo da Saúde Coletiva surge na América Latina, efetiva-se como corrente de pensamento, como movimento social e como prática teórica (NUNES, 1994) e atua no sentido de conhecer e atuar sobre os determinantes sociais da saúde, o que inclui aspectos políticos e econômicos das ações do Estado que reverberam nos modos de vida da população (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 1998). Este campo científico é o que sustenta a graduação em Saúde Coletiva, de sorte que o docente entrevistado que esteve envolvido na concepção do projeto deste curso, descreve da seguinte forma o que o curso deve produzir para apoiar o processo de transformação social proposto pelo movimento sanitário:

Claro que, no nosso caso, dentro de um projeto ético-político próprio da nossa instituição, do ISC. O ISC tem um projeto ético-político e expõe isso já desde o seu plano diretor. Nós deixamos claro o que é que queremos. O que é que a gente concorda e o que é que a gente deseja para a sociedade brasileira; o que a gente acha que deve ser o sistema de saúde... isso ninguém esconde. Mas a adesão a isso, naturalmente, tem que ser voluntária e tem que depender da capacidade de cada um concordar, absorver, enfim, não é algo que você obrigue alguém a pensar igual. Então, quero crer que o curso tem criado essas oportunidades. Pelo menos, no contato que eu tenho tido na orientação de uma aluna do curso, que está trabalhando com AIDS com a população negra, eu percebo que ela termina o seu curso com um pensamento articulado, sólido a respeito do que é a situação de saúde brasileira; o que são seus determinantes em todos os níveis; já tem uma ideia clara do que ela quer fazer. Escolheu a saúde da população negra como objeto de estudo e de trabalho. A julgar por esse caso, acho que estamos cumprindo o compromisso de formar um indivíduo crítico, reflexivo, comprometido com o SUS, com a realidade de saúde e da melhoria da realidade de saúde. Mas é aquela coisa, você ensina sobre a realidade, e a realidade de saúde está longe daquilo que nós sonhávamos. Outro dia estávamos discutindo aqui sobre a residência em Saúde da família em Salvador; tínhamos, paramos e agora estamos discutindo retomar. Ora, qual é a discussão? Vamos fazer a prática da formação dos profissionais em Saúde da Família em uma cidade que tem menos de 20% de cobertura do PSF e entre as grandes cidades brasileiras, é a de pior desempenho do PSF? Quer dizer, você vai montar um curso e ensinar gestão de saúde da família onde não há. Fica complicado! Se estivéssemos em Belo Horizonte, se estivéssemos em Fortaleza, teríamos um leque enorme de discutir a realidade do PSF. Mas aqui em Salvador? Praticamente não existe. São esses dilemas de quem ensina: estar revelando isso aos alunos e fazê-los se posicionar diante dessa realidade e, no futuro, quem sabe, ser um agente de mudança. (DSC1)

Por sua vez, o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde busca construir uma formação que se afaste do “especialismo” e agregue uma diversidade ampla de conhecimentos que reflita a complexidade da saúde como um objeto transdisciplinar. Faz, inclusive, com que a centralidade no paradigma da saúde e nos princípios e práticas do SUS seja repensada. Para o docente envolvido mais diretamente na operação do PPP, encaminhar o currículo em direção à proposta de transformação social da RSB significa complexificar o percurso do estudante para que formas novas de olhar para as determinações do processo saúde-doença sejam construídas. Isso reflete uma concepção de RSB que transcende o setor saúde, o campo da saúde e dirige-se aos modos de viver da população e suas formas de determinar e

compreender o “estar saudável”. Os trechos seguintes ilustram esta reflexão sobre um currículo que se encaminha para apoiar o processo de Reforma Sanitária Brasileira, destacando as seguintes características:

a) Centralidade das discussões dos componentes curriculares obrigatórios no Sistema Único de Saúde e nas políticas públicas de saúde:

Eu acho que sim [o PPP assume os princípios da Reforma Sanitária pra pensar a formação no BI Saúde]. Hoje a gente discute... é uma discussão forte. Por exemplo, eu penso sempre em “professora Z”<sup>17</sup>, talvez você não a entrevistou, mas seria interessante, porque ela incorpora isso tudo aqui dentro. Tudo ela leva praí: a formação para o SUS. Como se pra todas as pessoas isso é fundamental. Então, todos os projetos de extensão que ela abriga, essa relação que ela tem com a Secretaria Estadual de Saúde, tem o estágio do Permanecer SUS, que ela organiza, é a supervisora dos estudantes e muita gente vai porque tem bolsa. Então assim, tem essa relação que ela tem com a Secretaria, ela já tinha e isso facilita muito, tem essa própria trajetória dela, o modo como ela conduz as discussões, as disciplinas que ela acaba sendo mais... Um exemplo: eu peguei uma disciplina “Campo da Saúde” que o campo, ele não deve necessariamente ser a continuidade de “Introdução ao Campo”, mas “professora Z” propôs isso em uma discussão: que sim. Ou seja, o aluno entra, vai ter uma discussão do que é o campo, então, toda a discussão teórica do que é o campo e depois pensar o campo da saúde. Uma discussão muito teórica mesmo, do conceito de saúde e isso é o que é levado em conta numa discussão de “Introdução ao Campo”. “Campo da Saúde: saberes e práticas” que já é o componente seguinte. Do ponto de vista de “professora Z”, ele já deveria entrar propriamente no Sistema [Único de Saúde]. Então, ali a gente já tem uma discussão sobre Sistemas de Saúde, público e privado, entra no SUS, pensa a organização do SUS. Então esses são os dois componentes-chave do BI Saúde. O quê que é uma discussão que a gente traz? Aí interessante que eu tinha um grupo em “Campo da Saúde que já tinha feito “Introdução” e tinha gente nova, que tinha entrado naquele semestre, então não tinha feito “Introdução”, então eu tenho que considerar que como se ninguém tivesse, porque tinha muita gente que não tinha tido “Introdução”. Então, o objetivo desse componente é isso aqui, vou trabalhar isso. E, sabendo que vocês não viram algo anterior. Aí eles falaram assim: “Não professora, tudo o que você tá falando aí, eu já vi”. Como assim, já viu? Porque SUS vocês vão ver AGOOOORA. Não deveriam ter visto em “Introdução”. Perguntei: “Vocês foram alunos de quem?”. Porque “Professora Z” trabalha o SUS o tempo todo. Qualquer componente.

b) Ampliação das ementas, no currículo oculto, para discussões acerca de aspectos e determinações político-sociais e macroeconômicos da vida:

Por exemplo, eu dou um componente que é “Saúde e Cidade” e embora tenha uma ementa, um dia a gente estava discutindo, e eu faço uma discussão muito forte da cidade, porque os textos, quem constituiu a ementa e tudo mais no programa, acabam se repetindo nesses outros componentes, inclusive no de “professora Z”, de “Promoção da Saúde e Qualidade de Vida”, porque é um tópico que ela dá e, como muitos alunos passam por esses componentes e eu tenho um interesse de fazer uma discussão mais da cidade, e não pensar sobre problemas de saúde da cidade. Porque não me interessa pensar isso. Isso a saúde já faz muito, pensar sempre problemas. Eu gosto de pensar sobre as possibilidades. Como eu oriento o componente, eu foco na

<sup>17</sup> Os nomes citados foram substituídos pelo termo “professor(a)” acompanhado de uma letra aleatória para distinguir as pessoas diferentes que são presentificadas nas falas.



gente pensar sobre a cidade, conhecer a cidade, olhar pra cidade, escrever, fotografar, transitar nas próprias experiências dos bairros. A ideia é que, depois disso, a gente pense sobre aquilo, o que a gente vê nos lugares, como é que a gente vê os lugares, o que chama a atenção da gente? E aí enfim pensar sobre o que chama à atenção. “Professora Z” uma vez me disse: “Não, eu acho que nesse componente tem que se discutir mais as políticas de promoção da saúde” [risos]. Eu disse que sim, tinha que discutir, mas não propriamente uma discussão sobre as políticas. Isso vocês já tão fazendo o tempo todo, e o BI não é um “BI SUS”. Às vezes a gente sente isso, não só eu, mas tem colegas que compartilham comigo isso. Efetivamente, ele, como ele foi construído... “Professora W e professora Q” eram as pessoas que operacionalizaram propriamente, colocaram em prática, construíram as ementas e tudo mais, ele é bem voltado pra essa formação em saúde para o SUS. Esse é um lado bom! Muito Bom!

c) Neste próximo trecho, a crítica à centralidade na racionalidade da saúde, mais especificamente no paradigma naturalista de saúde, linear e biológico, e a noção de que o currículo é dinâmico, tendem a favorecer discussões que se direcionam para a aderência à ideia de determinação social da saúde:

Mas a gente vem discutindo que, mesmo isso, essa discussão, ainda é muito pautada também por um discurso único e até que ponto a gente também lança mão, faz uso de outras abordagens, outros conhecimentos pra, inclusive, dar contrapontos? Um exemplo disso: “Professora Y”, dia desses, colocou uma coisa, interessante, ela dá Racionalidades em Saúde, que é uma disciplina optativa, e aí ela colocou em questão que quando a gente fala em saúde, trabalhando o conceito de saúde, a gente ainda está trabalhando numa visão ainda biomédica, ainda numa perspectiva, uma única racionalidade, uma própria racionalidade. Até que ponto a gente está trazendo uma discussão que amplia e pensa outras racionalidades? E eu fiquei pensando sobre isso. Então, eu acho que é uma construção permanente, porque efetivamente somos nós que estamos colocando em prática com as nossas próprias possibilidades, com aquilo que a gente tem, que a gente já fez, que é com o pouco que a gente consegue fazer hoje. (DBIS2)

Esta noção de currículo enquanto dispositivo de transformação social e de formação de sujeitos capazes de pensar de forma complexa a sociedade contemporânea, excedendo o paradigma da saúde, se faz presente de forma tímida no curso de Saúde Coletiva e de forma marcada no Bacharelado Interdisciplinar em saúde, estando praticamente ausente nos cursos de Medicina e Enfermagem. Estes dois últimos ainda relutam em superar a educação técnica, voltada à produção de procedimentos, enquanto que os primeiros resistem em ceder às pressões que sofrem para tornarem-se currículos voltados ao mercado de trabalho e à realização de projetos pessoais direcionados à reprodução da estrutura social capitalista. A noção do apoio à RSB como sendo a aproximação entre a formação superior em saúde e os problemas de saúde da população e da determinação social da saúde, despontam como um reducionismo na medida em que não compreendem as leis da realidade e não produzem necessariamente o comprometimento com as forças capazes de transformá-la (PAIM, 1982).

### 4.3 Os obstáculos à implementação de currículos consoantes à Reforma Sanitária Brasileira

A implantação e implementação dos novos currículos não se deu de forma consensual. Haja vista serem expressão do equilíbrio de interesses de forças que se enfrentam no campo científico, a ênfase no ideário da RSB, dentro dos currículos de cada curso, sofreu resistências de diversos atores curriculantes.

Adaptando o modelo de análise proposto por Garcia (1989), em que há uma determinação da sociedade sobre as “escolas de saúde”, e destas sobre o processo de produção de profissionais de saúde, seria de se esperar que as mudanças projetadas na ESS diante da mudança no paradigma da saúde que decorre do movimento sanitarista, provocassem transformações profundas no processo e nas relações de ensino-aprendizagem. Porém, o que se observou foi a resistência das Unidades Universitárias, através de seus sistemas de governo e estruturas administrativas, a todos os currículos projetados. Garcia (1989, p.174), descrevia tal reação institucional desde 1972, afirmando que:

Dado que o modo de formar médicos determina a ordem institucional, é de se esperar que mudanças no primeiro levem a transformações substanciais da forma de organização da educação médica. Contudo, em algumas circunstâncias, uma determinada organização da educação médica pode impedir a passagem de um modo de formação de médicos a outro. Este parece ser o caso em alguns países latino-americanos, nos quais esforços para incorporar o estudante ao sistema de serviços de saúde chocam com a resistência das atuais estruturas das escolas de medicina.

Os grupos de docentes que assumiram a tarefa de transformação curricular em cada Unidade Universitária tinham ciência de que se tratava de um processo não apenas técnico, mas também político. Assumindo que há uma manutenção da ordem institucional em torno da disputa pela hegemonia dentro da universidade, um espaço de produção de ideologias para gerar consciência ou falsa-consciência, como explicita a fala de um deles:

[...] não era um processo técnico nem pedagógico, mas um processo político, de luta de poder dentro da própria escola médica por um modelo muito mais tecnicista, biologicista, especialista e tudo o mais que era o dominante, o hegemônico! E nós éramos uma posição contra-hegemônica nesse sentido. A gente discutia muito isso. (DM1)

A crítica ao modelo médico-hegemônico de atenção à saúde, que trazia consigo caminhos opostos à superespecialização dos profissionais de saúde e à redução de suas práticas a procedimentos técnicos; o estímulo à participação política; além do conhecimento

acerca da determinação social da saúde, tem maior dificuldade de entrada nas graduações de Medicina e Enfermagem, cursos mais tradicionais e, por isso, mais resistentes ao privilégio de um paradigma sanitário (PAIM, 1997) e seus desdobramentos, na educação dos estudantes.

Por outro lado, a graduação em Saúde Coletiva e o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, que já nascem imbuídos da missão de produzir mudanças, sofreram outros tipos de resistências, mais voltadas à tendência da Universidade de reproduzir o *status quo* da sociedade em que está imersa, menos localizadas na oposição ideológica de docentes; porém concentrada nas relações entre agentes de ensino (com pouca governança) e as estruturas administrativas da Universidade. Ou ainda, entre o estudante e o processo educativo, quando solicitava seu retorno ao papel de objeto passivo, determinado pelas forças ideológicas que atuaram em seu longo processo educativo até o ensino médio.

Assim, nesta seção serão apresentadas as resistências e dificuldades que se colocam aos operadores e concebedores na produção dos currículos de cada curso.

#### **4.3.1 Medicina**

O Projeto do curso já traz o indicativo das dificuldades para modificar práticas pedagógicas da Faculdade de Medicina da Bahia, cristalizadas pelos seus mais de 200 anos de existência. Afirma, em seu texto, que:

Às vias de completar seu bicentenário, a Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA tem como encargo histórico o conceito de ser uma das mais tradicionais do país, título que lhe confere solidez e em contrapartida oferece certos entraves a mudanças, pois estas implicam em modificar posturas vivenciadas por muito tempo. (UFBA, 2007, p.9)

Pormenorizando essa dificuldade de mudança, um dos concebedores do PPP explicita o mercado como, tradicionalmente, ordenador da formação médica. O que contribuiu para a impressão de um modelo tecnicista, superespecialista e restrito às determinações biológicas do processo saúde-doença na imagem de médico pretendida pelos docentes e discentes, como se vê nesta fala:

Primeiro que a gente não pode negar a discussão que determina a formação do médico em última instância, que é o mercado de trabalho. Então, hoje, o médico mais valorizado, o que no mercado tem mais valor, é aquele médico altamente especializado, que utilize cada vez mais recursos sofisticados, diagnósticos, terapêuticos e tal... e os estudantes entram na Escola um pouco com essa visão. Não tenha dúvida. E os professores que estão na Escola, a maior parte deles, principalmente os do eixo principal da formação do médico, que é a clínica, que é a cirurgia, os dois grandes departamentos que são os que detêm maior poder, a clínica mais ainda, mas a cirurgia também, também é formada por pessoas que já devem ter na sua história, e com essa história longa da faculdade, não que essas pessoas tenham duzentos anos, mas o que foi se acumulando ao longo do tempo foi esse modelo, tecnicista, biologicista, altamente especializado, que se consolidou com o mercado que requer esse tipo de profissional. Pra esses professores, mudar, formar um médico generalista, um médico que tenha uma ampla visão de promoção e de proteção da saúde que faça a Atenção Primária e até o nível Secundário como a gente propõe nesse Projeto e o mais ele vai se especializar; mas que também tenha no currículo o conhecimento do paciente em seu contexto social, que consiga entender as relações entre as doenças e as relações sociais e a sociedade, quer dizer, que vá trabalhar como clínico geral, que saia dessa graduação pronto pra trabalhar como clínico geral. (DM1)

Uma construção desse modelo do médico de sucesso dentro da Instituição, segundo os docentes, é reprodução da cultura familiar pelos herdeiros de um grupo social elitizado, tradicionalmente frequentadores das cadeiras da Faculdade de Medicina da Bahia. Isso determina, dentro do currículo, uma resistência à ideia do médico que trabalha na APS, que produz ações de promoção da saúde de alguma população, e que encontra opções de atuação que transcendem o hospital, como é afirmado na fala seguinte:

Então, sempre foi tida como uma Escola tradicional pra onde vinham muitos dos filhos dos professores, que também tinha aquele perfil do médico que era o que estava dentro da sua família. Então, isso faz também a restrição do pensamento e das concepções e das atitudes. Eu digo por que eu vivi dos meus 26 anos, a maior parte deles, recebendo das mesmas escolas daqui da Bahia. Muito pouca gente de fora, às vezes da mesma família. Gerações inteiras passando por aqui, ou seja, isso vai consolidando um modelo não só de sociedade, mas também de Universidade e de Faculdade. E as resistências se cristalizam mesmo. Ou seja, você discutir com o aluno uma concepção de médico diferente daquela que ele vê dentro de casa ou que ele vê o pai atuar, ou vê o pai professor aqui atuando... Ou seja, os modelos influenciam muito. (DM2)

Ainda para fortalecer essa imagem do médico, concorrente àquela proposta do novo currículo, o consenso social de que a alta tecnologia e ações baseadas na noção de saúde como produto, tencionam à negação de um currículo que privilegia os princípios da RSB. Sobre isso, um dos docentes afirma que:

[...] existe uma resistência grande, porque a nossa sociedade também impõe um modelo de médico que incorpora muito a tecnologia dura, muito equipamento, muito procedimento, ou seja, nós temos várias influências que fazem com que isso se torne uma coisa cristalizada. É a indústria farmacêutica, é a indústria de equipamentos e tecnologia, é a própria questão ideológica de uma categoria, que está enraizada na sociedade, que faz com que pareça que tem que ser o que manda na equipe, é o melhor da formação, isso tudo ainda não é uma coisa resolvida na sociedade e, claro, que numa escola como essa, isso também não está resolvido. (DM2)

Como observado, o arbitrário cultural hegemônico sobre saúde, que privilegia o modelo médico-privatista e os processos de trabalho baseados na doença, é um grande obstáculo a ser superado se a intenção é propor uma educação pautada pelo direito à saúde como dimensão de cidadania. Além desse, a resistência à ênfase dada à Atenção Primária à saúde surge como fator relevante. Dentre os motivos para isso, é apontada a ideia de que o trabalho nesse nível assistencial é reservado aos médicos que não estudaram o bastante, para aqueles que, por falta de um trabalho mais lucrativo, tem tempo sobrando ou ainda, para aquele que se submete a trabalhar em espaços precários para o atendimento. Uma fala representativa pode ser citada a seguir, sobre a intenção de implantar um internato na Atenção Primária à Saúde, porém essa resistência dos atores curriculantes surge em diversos momentos, desde a construção do currículo até propostas em discussões e fóruns sobre o programa “Mais Médicos” do governo federal para aumentar a carga horária prática em serviços de saúde deste nível da atenção:

[...] você querer implantar um internato no quinto ano, exclusivamente na Atenção Primária, onde é um espaço desvalorizado por uma determinada camada da categoria médica, um contingente muito grande achar que só vai pra ali quem não estudou, quem não aprendeu, quem não teve chance de fazer outra coisa, que aquilo não pode ser uma opção de espaço de cuidado decente e ser resolutivo, é muito difícil! Tanto entre os professores quanto entre os estudantes. (DM2)

Além dessa resistência dentro da FMB às práticas na APS, há uma intensa resistência à presença dos estudantes nos serviços de saúde de base comunitária, dificultando a vinculação da formação à situação efetiva de saúde da população e, com isso, a incorporação do conceito de determinação social da saúde, de forma transversal, à prática da educação médica. Estas oposições surgem dos estudantes, dos docentes e até mesmo das famílias dos discentes, cada um desses grupos com suas razões. As razões percebidas dessa objeção são elencadas como:

a) medo de familiares dos estudantes, e dos próprios estudantes, da realização de estágios e aulas práticas em comunidades da periferia de Salvador, como nota-se a seguir:

[...] eu recebia mães de alunos, era engraçado, parecia ensino médio, que chegavam, dos alunos que estavam relacionados em San Martin, com Unidades de Saúde de lá: “Vim aqui pra falar que meu filho não pode ir prum lugar desse”, tanto que depois a gente até fez uma espécie de uma declaração, como se fosse esse termo de consentimento, colocando que o curso médico não se restringia às paredes da Faculdade de Medicina, mas ele se dava em todo o universo onde existiam serviços de saúde, inclusive os bairro de periferia de Salvador, e tudo mais, sempre acompanhados de professores e tudo, mas que seria inevitável que teriam que trabalhar com isso. Então os alunos ou os pais foram assinar... (DM1)

b) Dificuldades impostas pela administração municipal da rede de serviços de saúde do SUS, que passam pelo rodízio de secretários municipais de saúde e, conseqüentemente, pelo rodízio das equipes que atuam nos serviços, com vínculos empregatícios muito frágeis. Essa vulnerabilidade da relação ensino-serviço às conjunturas locais perdura desde a implantação do currículo até o cotidiano atual de sua operação, conforme se percebe nestas falas:

E aí é um ponto frágil também, que a gente tem. Por causa das dificuldades dessa articulação com os serviços. Nós vivemos, no início da implantação do nosso currículo, um momento muito difícil na gestão dos serviços de saúde. Nós tivemos não sei quantos secretários de saúde naquela desastrosa gestão do prefeito “x” e você não tinha os campos de prática nossos. Nossa ideia é que o aluno entraria num distrito, um grupo de alunos do primeiro ano entraria num distrito, com essa visão muito mais para os serviços. [...] Pra isso houve uma grande dificuldade, porque houve uma rotatividade enorme nessas equipes de Saúde da Família. (DM1)

[...] a cada suspiro que muda um gestor, a gente começa do zero a conversa toda. Você sabe disso. O tempo inteiro. O que a gente faz de negociação para formar ali no espaço, parece que a gente tá pedindo um favor. E a gente oferece o que a gente tem pra oferecer pra eles, que é ajudar na formação de quem tá lá, na organização do serviço... A gente não pode estar trocando isso por dinheiro, até porque a gente não tem condições de oferecer. Então qual é a expertise da universidade Pública quando chega no serviço? É ajudar a consolidar o serviço. Ajudar na formação das pessoas, e esse diálogo, às vezes, não acontece como desejado entre os gestores e as escolas. A cada momento a gente tem que voltar e começar tudo do zero, convencer o que é bom pra eles, o que é bom pra gente, assumir algumas responsabilidades também, junto a eles. (DM2)

c) Os profissionais resistem aos estudantes e às ações propostas por eles. Os relatos dos docentes descrevem o insucesso de algumas atividades realizadas pelos estudantes e apontam como falha a rejeição pelos trabalhadores e a fraca institucionalização da relação entre graduação em saúde e a rede SUS. A preocupação do colegiado do curso com os campos de prática é rotineira e chega a depender “da boa vontade do profissional que esteja naquela unidade” (DM1). Na fala a seguir, salienta-se o sentimento dos discentes e docentes no serviço como “corpos estranhos”, uma alegoria biológica para o conflito que vivenciam nas tentativas de pertencerem ao cotidiano dos serviços de saúde municipais e fazer destes espaços o cotidiano das práticas educativas universitárias:

SUS é uma ESCOLA – escola SUS – você vai pra base dos serviços e não é nada disso. Ninguém se entende como uma escola que tem que também participar do processo de ensino-aprendizagem de alunos. A coisa é complicada, depende de relações pessoais, depende disso. Continua assim, infelizmente, depois de tudo isso que já se desenvolveu de integração docente-assistencial, de SUS é uma escola, de não sei o quê mais lá, eu acho que quando a chega no serviço com os alunos, depois de discutir, de acertar tudo, ainda é uma profunda dificuldade, ainda somos corpos estranhos praquelas pessoas do serviço, ainda é uma questão difícil. Isso é um desafio imenso e sem isso é muito difícil você formar alguém contribuindo pra fortalecimento de Reforma Sanitária, de SUS ou do que quer que seja. Porque ele vai estar sempre como um elemento alheio àquela coisa, aquilo é uma imposição da

formação dele, de um estágio, mas não é uma coisa orgânica, que faz parte. Isso pra mim é um grande desafio. (DM1)

Os docentes entrevistados assumem que, além de ser responsabilidade dos gestores municipais, parte da responsabilidade por essa situação decorre de seu próprio trabalho na graduação, quando afirmam que “A gente também tem uma responsabilidade pelo que está encontrando lá, porque passaram por nós” (DM2). Isso é demarcado constantemente no grupo quando algum professor reclama das equipes dos serviços. Essa reafirmação de que o estudante será o profissional com quem terão que lidar durante as práticas, tem a intenção de motivar os professores a integrarem o conteúdo de suas aulas com a APS, direcionando-os à realidade de saúde das comunidades onde o estudante tem práticas e apresentando este espaço, também, como de produção pedagógica.

Sobre os docentes, nesse sentido, são apresentados como “o nó crítico” para a operação do novo currículo. Há, inicialmente, uma confrontação ideológica à proposta, por ela apoiar as transformações no sistema de saúde brasileiro. Mais adiante, como a tônica permaneceu em assumir os princípios da RSB, as dificuldades impostas pelos professores assumiram um conjunto de atitudes mais disperso nos processos educativos. Os professores entrevistados enumeraram três atitudes principais dos colegas em relação ao novo PPP:

a) Não estão preparados para situações de mudança. A permanência no uso dos mesmos meios no processo de ensino-aprendizagem, e no mesmo modelo de educação é a tendência de suas práticas. Dessa forma, os docentes resistem a que suas práticas se direcionem às propostas do atual PPP.

Se a gente não tem o corpo docente sensibilizado e preparado pras mudanças! Até porque elas devem continuar a acontecer, porque o currículo é dinâmico. A gente não prepara o docente. O docente também precisa ser preparado pra aprender. A gente bota lá no currículo que a gente tem que preparar o aluno pra aprender a aprender, mas o professor também. Eu não tenho nenhum problema, digo isso pra eles o tempo inteiro aqui. A gente tem que estar preparado pra isso, gente. Pra estar um aprendiz o tempo inteiro. Não é achar que já sabe tudo, que só tem que PASSAR pros alunos. “Não. Eu tenho que REPASSAR...” Ah, quando vem com essa conversa, de que eu que sei e tenho que repassar... Não! Aí a conversa rende. (DM2)

b) Alguns professores permanecem em discordância com as atuais políticas de saúde do Brasil e, dessa forma, com as ações do currículo que se direcionam a ações de saúde no nível da APS. Com isso, mantêm em suas aulas a formação baseada nas especialidades, no acúmulo de conteúdos e na repetição de procedimentos, anulando a crítica e a postura ativa nos discentes. Uma das pessoas entrevistadas, atuante na operação do curso, afirma que esta concepção de educação, em parte do corpo docente, produz um barramento no avanço das

mudanças propostas no PPP, bem como a manutenção da cultura do especialista entre os estudantes. Como nota-se no trecho a seguir, o direcionamento do PPP pelos princípios democratizantes não é consenso na FMB:

Atrás disso, da questão do mercado, tem a questão ideológica mesmo, que nem todos na Faculdade são adeptos dessa mudança tão profunda na própria assistência de saúde no Brasil. Isso não é uma unanimidade. Então há dificuldade de você convencer especialistas, tanto cirurgiões como clínicos a ter essa outra visão, é um enfrentamento muito grande. (DM1)

c) Aliado a esses fatores, a docência na FMB é, geralmente, uma atividade secundária entre os vínculos de trabalho dos docentes. Com isso, o tempo necessário ao planejamento de atividades em conjunto, como previsto no PPP, que direcionem a prática pedagógica para a problematização de situações reais encontradas nos Distritos Sanitários do município e, a partir delas, a articulação do conhecimento entre os componentes curriculares é prejudicada. Isso redundando na transposição do ensino das especialidades, funcionando como as anteriores disciplinas, em alguns módulos que deveriam ser integrados. Estes fatores produzem uma introversão dos conhecimentos em disciplinas, em que o importante para o docente é cumprir toda a ementa de seu próprio curso, mesmo alheio às demandas geradas pelos estudantes e afastando-se de qualquer significância para estes. De forma sincrônica, reforça a ideia de que a educação médica direcionada para a democratização da saúde é secundária em relação às imposições do mercado.

Nos trechos de entrevistas a seguir, pode-se notar a atitude do professor se ensimesmar em sua especialidade:

Nosso currículo é integrado, baseado em módulos interdisciplinares. Então um módulo é Medicina Social e Clínica. – Vamos misturar isso aí, vamos fazer esse módulo juntos!”. Aí, quem é de Clínica diz: “Peraí, eu tenho aqui meu programa da aula tal, de tal e tal forma. Não dá pra misturar”. Vamos misturar Clínica com Cirurgia. Ao mesmo tempo em que você estuda o aparelho locomotor, que você vê do ponto de vista clínico, você também, ao mesmo tempo, junto e misturado, você vai discutir cirurgicamente o que é que você vai fazer no aparelho locomotor. “Não, a cirurgia tem sua especificidade, tem sua especialidade. Não vamos misturar isso”. Há um mercado que determina, há um certo poder das pessoas sobre aquele conhecimento cristalizado, há um certo conforto de você não sair daquilo que você faz há muito tempo pra você ir sentar junto com uma pessoa de outro departamento, ou de outra disciplina ou de outro campo disciplinar, pra discutir juntos como bolar uma disciplina. Há essa coisa de não querer sair de sua zona de conforto. Até porque a vida do médico, em sua maioria, que são também professores, ser professor é uma parte da atividade deles e, geralmente, não muito grande. Então, mudar, mexer em horários, mexer em formas de trabalhar, ter mais tempo que você precisa pra planejar junto, pra avaliar junto, é sair daquilo que você recebe no primeiro semestre: uma programação onde um vai dar aula tal dia de tal especialidade que é a sua, outro vai dar disso, outro vai dar daquilo. (DM1)



[...] muitos não se sentem comprometidos com essa mudança. Aí, por exemplo, a questão dos módulos clínicos ainda é um problema pra gente, porque nem todos os professores incorporaram a questão do módulo como ele foi pensado no Projeto Político Pedagógico. Aham que é só ir lá e dizer o que ele acha mais importante, da especialidade dele, dentro do módulo. (DM2)

Além desses movimentos, outro problema é a quantidade insuficiente de docentes no quadro efetivo para dar materialidade à proposta de integrar os módulos em torno dos eixos transversais (técnico-científica, ético-humanística e de formação em pesquisa). Uma opção aventada pela DM2 seria a participação de professores do Instituto de Artes e Humanidades Milton Santos, onde o colegiado do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde está alocado. Sua ideia seria ter alguns componentes oferecidos por este Instituto, facilitando a efetivação dos módulos integrados, além de favorecer a passagem do Bacharel em Saúde para o curso de Medicina como segundo ciclo da formação. Porém a FMB não participou do planejamento e da concepção dos BI, recebendo, segundo o docente entrevistado, o projeto pronto e a missão de “colar um curso no outro”.

A Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas também não pôde contribuir com a oferta dos componentes do eixo ético-humanístico, justificando-se pela falta de estrutura física e de quadro docente suficiente, para a oferta desses eixos, restando à FMB montar dentro de seu quadro a equipe de docentes responsáveis, por exemplo, pelo eixo ético-humanístico composto por oito componentes curriculares.

Percebe-se nas análises dos entrevistados que o poder para tomada de decisão dentro da FMB é diluído entre os seus departamentos, deixando a diretora da faculdade com poucos recursos de poder institucional. No jogo de correlações de forças, o grupo pró-mudança se aliou a este ator, atuando em conjunto para agregar os departamentos em um movimento político de conquista dos recursos de poder dentro da Unidade. O que constitui grande complexidade:

Eu sei que a direção atual, que também é do nosso departamento, comunga completamente com isso aqui [mostrando o PPP impresso], participou de vários momentos desse processo aqui. Mas a direção em si, tem um poder político de ajudar, de incrementar, de catalisar. Mas, na verdade, dentro da Universidade, a unidade de poder, de força que leva a uma escolha de gestão, é o departamento. São os departamentos. E é até muito bom que seja assim, porque isso é um processo democrático. Não é a diretora que baixa um decreto e isso acontece. São os departamentos, que têm o seu corpo docente, que têm o poder de decisão dentro da universidade. Você imagina que é um jogo de forças. Você imagina uma faculdade grande como é a de Medicina, cento e tantos professores, não é uma coisa simples não é uma coisa fácil. (DM1)

A estrutura administrativa da Universidade também é apontada como intransigente nos processos de mudança, na medida em que mantêm sua estrutura educacional centrada na oferta de disciplinas. A proposta original de um currículo integrado organizado em torno de eixos temáticos, que tinha a intenção de cultivar uma compreensão das relações complexas que compõem o real, não pôde ser projetada, pois não se encaixava no formato adequado ao sistema disciplinar, conforme conta DM2:

[...] o sistema da Universidade não permite determinadas mudanças. Ele é desenhado de tal forma que até você conseguir mexer na estrutura de um sistema acadêmico, por exemplo pra matrícula, pra fazer essas... se não tiver dentro daquele desenhinho que ele estabeleceu pra todos os curso da mesma forma na Universidade, a gente fica à margem. Isso vale pra gente, vale pra Música, vale pra Arquitetura, que, na época, estavam com os mesmos problemas da gente. Ou seja, a gente terminou coletivizando um pouco a dificuldade, porque eu lembro que eles estavam em Arquitetura colocando o ateliê como final de curso, como disciplina integradora, e eles não tinham como contemplar isso no Sistema Acadêmico. E a gente estava criando eixos com componentes curriculares e não tinha como fazer a conexão desses eixos, tinha que trabalhar como disciplinas isoladas ou então módulos. Aí por que uma das formas que a gente construiu no currículo era disciplinas e módulos. Onde módulos seriam um conjunto de saberes que poderiam vir, por exemplo, das especialidades clínicas.

Algumas dessas resistências têm sido superadas, outras acabam por suplantarem a mudança e definir, na disputa, um currículo permeado por permanências, conforme ilustra este trecho:

Algumas coisas estão bem diferentes do que a gente queria e já estão, de certa forma, consolidadas. O pessoal já conseguiu imprimir aquela marca que já tinha e não arredou pé. Essas coisas que estou te falando, por exemplo, integração da clínica com a cirúrgica, nós não conseguimos. Já se consolidaram. Hoje já temos dois departamentos de cirurgia na Universidade em que eles já se especializaram mais ainda. Um de “cirurgia não sei quê lá”, e outro de especialidades cirúrgicas. Então, isso tende a você fragmentar mais ainda, na minha concepção. (DM1)

A expressão do currículo oculto é resultado de uma dinâmica de forças que se enfrentam na disputa pela autoridade científica. Nesse curso, o ideário da RSB disputa com diversos outros pela hegemonia na educação médica, condicionando a existência de um currículo expresso que é híbrido em rupturas e permanências. A tensão exercida por docentes, discentes, sistemas de governo da instituição e da estrutura administrativa, como se observa, é pela permanência do currículo anterior. Nesse sentido, as práticas que pretendem ser transformadoras mostram-se sempre em cenários de enfrentamento e resistência, não atingindo estabilidade ou avanço caso os vetores que as sustentam cessem. As permanências, dessa forma, se adequam a um cenário de poucas transformações e ganham estabilidade ao se naturalizarem.

### 4.3.2 Enfermagem

O processo de mudança na Escola de Enfermagem é complicado, especialmente, pelas disputas entre grupos de docentes. Parece haver uma cisão na Escola de Enfermagem em dois grupos principais: um que apoia o grupo gestor da Unidade e outra que, para dizer o mínimo, não apoia. Com isso, o PPP, pensado mais especificamente pelo grupo que está na gestão atual, sofre as resistências políticas dessa concorrência pelo direcionamento do currículo.

Após exemplificarem algumas atitudes dos docentes, que vão de encontro ao que foi projetado para o curso, as entrevistadas acreditam que “houve resistências políticas que não concordavam com essa mudança, que queriam o currículo antigo, que ele estava melhor, que não queria sair do comodismo” (DE1). Além disso, o colegiado não tinha clareza sobre um plano de trabalho com os docentes para que refletissem sobre os direcionamentos propostos e construíssem ações integradoras entre componentes curriculares. As estratégias citadas foram, em maioria, baseadas na compreensão individual do PPP por cada docente. Em resposta à pergunta se os movimentos de aderência ao projeto são realmente individuais e sem um trabalho de apoio do colegiado, uma das entrevistadas responde que:

Acaba sendo... E político também. Política está em tudo. Então, às vezes, a política estraga um pouquinho. O envolvimento com a política do momento: quem está muito envolvido com o grupo que é gestor, vai beber também. Quem não está, bebe só um pouquinho. Só quando precisa. Não sei se fui clara...[risos e expressão de quem não vai falar mais sobre isso]. (DE2)

“Beber do currículo” foi a expressão usada pela entrevistada para referir-se à ação individual do professor ler o PPP e assimilá-lo à sua prática docente. No entanto, o Núcleo Docente Estruturante (NDE) implantado no início de 2013, é destacado pela entrevistada DE1 pela articulação entre as práticas dos docentes e o PPP. De acordo com o Regimento Interno de 2013, este Núcleo integra o colegiado de graduação do curso. O que apresenta uma contradição entre as entrevistadas e, possivelmente, entre os demais docentes. DE1 diz o seguinte sobre o NDE:

Agora mesmo a gente está instituindo, a gente conseguiu duas coisas: organizar um Núcleo Docente Estruturante, que é pra acompanhar toda a operacionalização do currículo, todas as avaliações, pensar nessas coisas, de como é que está este currículo, como é que está se dando, o que é que está se fazendo. E tem um grupo, articulado a esse outro grupo que nós estamos fazendo o que a gente chamou das Quintas Pedagógicas [...] Ele é vinculado, é de apoio ao Colegiado de Graduação.

Atualmente ele está com nove componentes, esses professores são... não precisa ser do ponto de vista formal não, são professores que têm interesse em estar discutindo a formação, são pessoas preocupadas com isso, e a gente tentou contemplar as diversas áreas, então, no Núcleo Docente Estruturante têm professores da área da saúde coletiva, da área de gestão, da educação permanente, tem representantes do colegiado, tem professores que têm formação... que é pedagoga e que virou enfermeira, então, quem tem essa afinidade com a questão da formação, quem está discutindo a formação e que quer voluntariamente, agora ele é institucionalizado. [...] É uma ação pedagógica que a gente acha para os docentes, para capacitá-los enquanto formadores, não é? Em metodologias, mas é uma ação pedagógica também que repercute na questão da formação, de como a gente faz essa discussão, são espaços criados que permitem a gente sair um pouco da grade curricular, pensar essa formação para além de uma formação técnica. (DE1)

DE2, por outro lado, afirma que o colegiado não tem pensado meios para estimular o direcionamento da formação pelos princípios da RSB e do SUS, conforme projetado no PPP:

Agora que a Escola, coisa que não é do colegiado, é uma coisa mais do Núcleo Docente Estruturante e da própria direção, tem os encontros pedagógicos – que são reuniões que fazem discussões sobre o planejamento, de como pode ser um planejamento de aula, das atividades que você faz. A Escola tem feito atividades pontuais em relação a isso. O colegiado em si, a gente leva essas discussões no momento das reuniões, que é sempre mensal. Mas fizemos também algumas oficinas de integração no início do semestre para planejar o semestre conjuntamente, mas nenhuma outra atividade tem sido feita não. (DE2)

Como se percebe, há uma desarticulação entre as ações tidas como “da direção” e as tidas como “do colegiado” para operação do currículo. Além disso, as ações de uma das dirigentes para estimular os professores a aderirem ao PPP concentram-se em, individualmente, direcionar sua própria prática em acordo ao Projeto. Como uma forma de dar o exemplo, conforme expressa neste trecho:

[no cargo que ocupo] eu queria fazer, mas não podia. Porque meu colega não pensava da mesma forma que eu. Então eu tinha que me recolher um pouco e respeitar, talvez fazendo e ela vendo que DE2 fez e deu certo... “Então eu também vou fazer!” Então eu vou tentando de um lado e de outro. (DE2)

Esse tipo de abordagem pautado por exemplos individuais pode se constituir um problema à medida que desencoraja construções coletivas sobre o fazer pedagógico e pode ceder espaço a interpretações que descaracterizam as propostas da RSB e mesmo do SUS.

Nesse sentido, as falas da docente afirmam que, no currículo, a técnica e o hospital são polarizados em um lado desprestigiado e o conhecimento crítico e científico, algumas vezes usado como sinônimo para o campo da Saúde Coletiva, junto ao conceito de Determinantes Sociais da Saúde e da organização política pela democratização da saúde, absolutos em outro polo. Crítica, dessa forma, que o PPP tenha assumido os princípios da RSB como tônica do processo de ensino-aprendizagem e refere-se a este fato como “cobrir um santo e descobrir o outro”. Nesse tema, elenca alguns motivos pelos quais a técnica, a

clínica e a cura não deveriam ser desprivilegiadas no processo de produção de enfermeiras, como afirma ser característico no currículo novo. A seguir, explicitados por trechos da entrevista, os argumentos que compõem sua justificativa:

a) A tradição da Enfermagem:

Agora negativa, ainda é essa fragmentação de negar uma origem do enfermeiro. O enfermeiro tem uma origem lá em Florence que já trazia isso de pensar o cuidado e a importância da sustentabilidade. A negativa ainda é descolar esse enfermeiro da sua tradição e esquecer que ele é um bom técnico, mas pra ser diferente do técnico de enfermagem, ele tem que ser embasado em teorias, com muito estudo, e é um técnico que tem um conhecimento crítico, que sabe se impor enquanto profissional no processo de trabalho, ele entende sobre esse processo de trabalho, mas falta essa articulação. (DE2)

b) Concepções equivocadas sobre a RSB na construção do currículo:

E muito voltado para essa questão de como eu entendo a Reforma e como eu entendo o próprio Sistema Único de Saúde. Como eu entendo que a saúde Pública não está em lugares estanques, como por exemplo: Eu só faço Saúde Pública se eu for para a Atenção Básica. E eu vejo que tem muitos discursos ainda, que acabam sendo dessa forma. A Saúde Pública está em todo o lugar. Eu posso estar em numa Unidade hospitalar e eu fazer muito bem a Saúde Pública acontecer ali dentro. E eu não vejo isso na prática. Então, o pensamento do currículo é voltado muito pra isso, mas a forma de operacionalizar não está sendo feita dessa maneira. Então, eu acho que a gente não sabe. Não culpo ninguém; eu culpo a mim também. Acho que a gente não sabe fazer ainda. Porque a gente se envolve tanto e é muito mais fácil você fazer só um fragmento do cuidado do que você ver o cuidado de uma forma mais ampla e você chegar na ponta e realmente prestar aquele cuidado daquela maneira. (DE2)

c) As exigências do mercado de trabalho:

Se ele está no contexto hospitalar, ele tem que puncionar veia. Ele tem que aprender tudo o que ele precisa saber para se inserir em algum serviço. Porque eu posso formar, e ser muito mais pra área de atenção básica, ser melhor nessa área, do que outra. Só que quando eu formei, isso é só um exemplo, só tive emprego no hospital. Eu preciso trabalhar? Preciso. Mas e os meus valores? Os seus valores tem um limite. Tudo na vida tem um limite, inclusive os valores da gente. A gente não pode passar por cima dos valores na questão mais ética mesmo, eu me violentar... isso aí eu não posso. Mas meus valores tem que estar muito junto às minhas necessidades, humanas básicas inclusive. Eu preciso comer, eu preciso dormir, eu preciso pagar minhas contas. Eu só consegui um emprego ali, eu vou dar o melhor que eu tenho pra estar ali. Então, o enfermeiro, precisa saber puncionar uma veia, passar uma sonda. Nem tanto o sol, nem tanto o mar, é o equilíbrio. Eu tenho que ensinar ele a passar uma sonda, não por passar a sonda. Tenho que ensinar a passar uma sonda, entendendo qual é o procedimento, e vendo aquela sonda naquele contexto sociocultural daquele indivíduo político em relação à questão do Sistema Único de Saúde. Eu acho que é por aí, e isso não acontece. (DE2)

d) Avaliações externas da qualidade do curso:

A gente recebeu aqui o INEP<sup>18</sup>, que fez uma avaliação: uma nota 5. Mas uma das coisas que me chamou a atenção é que a gente que está aqui não enxerga, mas quem vem de fora, que vê o todo, vai enxergar coisas que a gente não enxerga. Porque nativo não enxerga mesmo o que está errado. [...] A gente não deve vestir um santo e “desvestir” outro, como se diz no interior. Ou seja, a gente não deve dar conhecimento para o estudante, ou melhor, fazer com que ele busque, com que ele construa seu conhecimento, somente voltado para esse lado mais político e esquecer que o enfermeiro também tem sua porção técnica, então elas apontaram isso, a fragilidade ainda voltada para a questão clínica. (DE2)

e) O SUS não se preocupa com a recuperação da saúde:

Quando a gente fala de clínica, a gente pensa logo em cura, que não é a proposta do Sistema Único. O Sistema Único tem uma proposta muito mais voltada para a promoção da saúde, para a vigilância... mas a gente sabe também que a gente vive em um país que é muito difícil as pessoas não ficarem doentes, que existem doenças que vão acontecer, fatalmente. [...] Eu acho que isso é um ponto frágil que a Escola precisa atentar e buscar e correr atrás. (DE2)

Por outro lado, a cultura institucional é apontada desde o início como hospitalocêntrica, centrada no cuidado individualizado e na técnica. Aspectos que são reiteradamente explicitados como difíceis de superar, mesmo após anos de trabalho na operacionalização do novo PPP, como pode-se perceber neste fragmento:

Então eu peguei esse movimento de implantação de um currículo. O que é uma coisa muito nova e, posso dizer, muito difícil. Porque é muito cultural. As pessoas já tinham um pensamento muito hospitalocêntrico, muito do cuidado individual. (DE2)

A dificuldade de produzir mudanças, quaisquer que sejam, é presente tanto nas entrevistas deste curso, como nas do curso de Medicina, tradicionais no contexto brasileiro. E o professor sobressai como o ator curricular que tem grande influência sobre a morosidade na efetivação de propostas inovadoras para o currículo. Sobre isso, no curso de Enfermagem, os componentes curriculares oferecidos no Instituto de Ciências da Saúde aparecem como os mais difíceis de integrarem as propostas do PPP de, em módulos de componentes, dispararem suas aulas a partir da problematização da realidade dos locais onde os estudantes têm práticas e estágios. Sobre isso, uma das dirigentes entrevistadas diz o seguinte:

[...] uma vez por ano a gente faz avaliação sistemática dos componentes, do semestre, a gente faz planejamento conjunto do semestre, nem todos os professores de fora vêm, é a nossa grande dificuldade, porque o planejamento é conjunto, a gente não consegue tirar unzinho do ICS... (DE1)

[...] quando a gente desenhou, desenhou com professores do ICS, então, quando a gente desenhou, por exemplo: nesse semestre começam os Fundamentos de Enfermagem para o Cuidado Individual, a gente pensou que para este cuidado a gente trabalharia junto anatomia, junto com fisiologia, junto com histologia, pelo menos essas coisas bem articuladas... aí, os professores até fizeram os programas de disciplinas, eles davam as unidades, casavam um pouco com o que a gente estava

<sup>18</sup> Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

discutindo... Mas aí muda. É professor substituto, sabe? Qualquer currículo depende muito de professor, não é o fato de estar aqui registrado que você garante. Não é o fato de ter as ementas, porque a gente tem todas as ementas, temos todos os programas articuladinhos e bonitinhos. Mas, quem faz o currículo é a prática curricular, e quem está na prática são os professores e os estudantes. Então, é essa nossa grande dificuldade dessa articulação. É uma das coisas que eles mais apontam. Eles reclamam também, gostariam de mais flexibilidade, ainda tem muito conteúdo. Tem professores que fazem articulação perfeita com a prática, com os projetos estruturantes, os alunos percebem muito bem onde se inserir. Tem outros [docentes] que não. Essa articulação com a prática, que é fundamental pra gente, nem sempre está se dando como a gente queria. (DE1)

Entre os professores da Escola de Enfermagem, a transposição da lógica da especialidade para o novo currículo, fazendo com que algumas mudanças permaneçam apenas no documento ou nos nomes dos componentes, da mesma forma que foi descrito na década de 1980 pelos participantes da Conferência Nacional de recursos Humanos em Saúde (BRASIL, 1986). É um obstáculo à integração entre a educação e o contexto social onde o complexo saúde-doença-cuidado se dá. Os professores ainda atuam para ensinar a disciplina para a qual foram contratados, preocupando-se com o conteúdo de determinada especialidade, tais como Saúde da Mulher em maternidade ou Saúde da criança hospitalizada.

Os nomes dos componentes curriculares, expressos na matriz curricular, reforçam essa lógica e não desafiam os docentes à superação do conhecimento compartimentalizado. Uma das dirigentes explicita que, apesar de haver o discurso da formação de uma enfermeira generalista, cada professor conduz metodologicamente as aulas de forma a tencionar a transmissão de todos os conteúdos de uma especialidade. Em suas palavras:

A primeira coisa... não sei se é primeira, é a coisa da transposição do conhecimento disciplinar, leia-se especialista. É como se acordamos em formar o generalista e todo mundo quer dar o seu conteúdo todo. E há dificuldade de você articular os programas, os conteúdos em torno de uma nuclear; há dificuldade dessa concepção de práticas de enfermeira; há dificuldade de concepção de promoção da saúde, de compreensão do SUS, essas coisas que a gente tinha dificuldade. A outra coisa era a flexibilização do currículo. Quer dizer, todo mundo muito amarrado com pré-requisito. E o conteudismo também. Quer dizer, as metodologias pedagógicas. (DE1)

A dificuldade de mudar decorre marcadamente da formação do docente para a educação superior. A preocupação na seleção de professores, como observado em baremas de concursos realizados na Escola de Enfermagem nos últimos três anos (UFBA, 2014), é explicitamente a superespecialização. Sobre a formação do docente para a educação superior, afirma-se:

[...] mas, sobretudo, uma das dificuldades foi, de fato, porque nós, professores do 3º grau, nos tornamos professores porque fizemos um concurso. Ninguém tem preparo pedagógico. É claro que você resiste quando não tem preparo pedagógico, que tem todo um discurso de que um currículo desses, voltado para as reais necessidades de

saúde da população... Necessariamente, você tem que ter uma certa pedagogia, exige interdisciplinaridade. Exige mudanças muito grandes. Então, todo mundo estava muito acomodado na sua... Pra romper, para articular com os demais, não só em cada unidade, mas entre. Essa ainda é uma dificuldade (DE1).

Essas disparidades entre o trabalho do professor e o currículo que tem ganhado materialidade na Escola de Enfermagem têm como justificativa, além do aspecto da fraca educação de enfermeiras para a docência, a sobrecarga de trabalho a que o docente é submetido. A obrigatoriedade de realizar ações de ensino-pesquisa-extensão são evocadas como um impedimento à produção de mudanças no currículo. Articular conhecimentos com outros docentes de outros componentes curriculares, refletir acerca de metodologias de ensino-aprendizagem no Núcleo Docente Estruturante, reformular aulas e métodos que já estão prontos, além de redirecionar a educação do conteúdo para outra que problematiza realidades de saúde, são atividades que exigem tempo. O que é um recurso escasso, segundo uma das docentes participantes do estudo. Conforme afirma ao longo da entrevista:

A Universidade exige muito do professor. Ensino, pesquisa e extensão. A tríade o tempo inteiro [risos], tem que se envolver, gostar muito, estar totalmente disponível. Cada um tem sua vida pessoal também... (DE2)

Atividade assim [de discutir o PPP e pensar ações para implementá-lo], do dia-a-dia, não. Porque todo mundo é muito envolvido com muitas coisas. Então, ninguém tem tempo. (DE2)

Mas fizemos também algumas oficinas de integração no início do semestre para planejar o semestre conjuntamente, mas nenhuma outra atividade tem sido feita não, por conta da demanda. É muita coisa! São 500 estudantes! No dia que eu não venho, ou só venho um turno, eu me arrependo porque no outro dia é uma pilha de coisas pra fazer. (DE2)

Soma-se a esses aspectos limitantes o fato da UFBA não assimilar ao seu sistema curricular o modelo de currículo integrado, oferecendo aos dirigentes deste curso, à época da produção do PPP, apenas a opção de “matrizes curriculares basicamente por disciplinas” (DE1). No entanto, o currículo permanece assumindo a prática profissional e os problemas sociais como orientadores da integração entre realidade e teorias, experimentando uma organização de integração a partir de núcleos integradores, com componentes curriculares determinados como nucleares de cada semestre. Uma das dirigentes descreve essa readequação:

A gente não conseguiu fazer um currículo integrado. A nossa pretensão e intenção era um currículo integrado e você que analisou isso viu que, já que não era possível o currículo integrado por causa do sistema da UFBA, a gente fez um currículo, um desenho onde a gente tinha componentes curriculares nucleares, exatamente para ele tentar fazer essa integração na prática. E aí, se você olhou os princípios norteadores desse currículo, que tem a ver com o SUS e tal, então a gente tentou reverter essa dicotomia de ciclo básico e ciclo profissionalizante, a gente começou a tomar a prática do profissional como eixo, quer dizer, o que é mesmo que o enfermeiro... que



capacidades [são necessárias] para intervir no SUS e nas necessidades. A gente tentou fazer um currículo mais flexível, a gente conseguiu pouco porque há muita dificuldade com o Instituto de Ciências da Saúde, com as [disciplinas] básicas, porque eles não abriam mão de carga horária, as disputas de professores que ficam com carga horária... porque todo mundo acha que, estendendo carga horária é o que vai assegurar formação. (DE1)

Nota-se que uma das consequências negativas da manutenção da disciplina no PPP é a permanência da lógica disciplinar fragmentada no currículo e o enfraquecimento da proposta de componentes nucleares dentro da matriz curricular, prevalecendo a integralização do conteúdo de cada disciplina ao invés da problematização como mote para integração entre os componentes curriculares.

Outra dificuldade para integrar a educação das enfermeiras aos serviços de saúde, o que possibilitaria de maneira mais efetiva a identificação, nestes espaços, dos temas geradores para as aulas é a competição entre faculdades de Enfermagem pelos campos de prática. O aumento do número de escolas privadas e a mercantilização da graduação em saúde afetam inclusive a premissa do SUS como ordenador da formação em saúde. Esta não é apontada como uma limitação de grande relevância na afirmação do novo currículo, como indica a fala a seguir:

Melhoramos muito na articulação ensino-serviço. Nisso teve um avanço, apesar de todas as dificuldades políticas que a gente tem, por exemplo, com a Secretaria Municipal de Saúde, que houve uma época que mudava de secretário a cada 3 meses. Quando a gente estava articulando... toda a articulação, quando estava tudo certo para o projeto estruturante mudava o secretário, mudavam os gerentes, aí tinha que começar tudo de novo. A gente tem muita dificuldade na prática porque como proliferaram muitas escolas, então, a gente chega nos campos de prática e há uma competição pelos espaços. Embora a gente tenha toda uma negociação de regulamentação do campo de prática, a UFBA tem prioridade em alguns distritos, mas ainda assim, tem todas as questões de profissionais que são pagos pelas privadas, então eles têm mais boa vontade com as privadas do que com a pública, então, tudo isso a gente vive. (DE1)

Nesta Unidade, o currículo também se expressa no cotidiano das relações como um misto de permanências e rupturas, tendendo à permanência. As resistências ao grupo que concebeu o novo currículo, a pouca disposição para a mudança por parte das docentes aliadas à sua acomodação ao modo de fazer educação tradicional, as dificuldades impostas pela estrutura administrativa da UFBA às modificações propostas pelo PPP e a estrutura produtiva do setor saúde, ainda regido pelo mercado e pouco afetado pelas necessidades de saúde da população, acabam por determinar uma prática pedagógica distante do plano delineado no PPP.

### 4.3.3 Saúde Coletiva

O Projeto proposto para o curso já é redigido com limitações impostas pela Universidade, desde a estrutura curricular, número e habilitação de pessoal, até a estrutura física que receberia os estudantes deste novo curso. A pretensão do grupo que concebeu esse curso era organizar a formação em um currículo modular e integrado, voltado para a ampliação do repertório de conhecimentos envolvidos no estudo de questões relacionadas à saúde. Porém, essa proposta de estrutura não encontrou respaldo no sistema acadêmico da UFBA, baseado em disciplinas. O desafio que se impôs já na concepção foi o de pensar um documento que fosse acolhido pela burocracia institucional, atendendo às normas quanto ao desenho da matriz curricular, mas que possibilitasse uma prática que excedesse a compartimentalização das disciplinas, como se percebe no trecho desta entrevista:

O maior enfrentamento na concepção do currículo estava relacionado com a maneira como a própria UFBA aceitava os projetos dos novos cursos. É um sistema extremamente formalizado de registro de componentes curriculares. Um formulário padrão, sem nenhuma flexibilidade, e tendendo à fragmentação. Não havia negociação possível na época para que a UFBA entendesse e aceitasse qualquer outra coisa que não fosse uma estrutura “disciplinar” mais tradicional. Foi um aspecto e, por uma questão muito mais de praticidade e de oportunidade, nós resolvemos aderir a esse modelo sob o entendimento que uma coisa é aquilo que você registra e outra é a prática. Você pode ter um modelo formal, tradicional, registrado por conta do sistema de registro de componentes, e pode fazer uma prática diferenciada, em que as fronteiras e os limites entre esses componentes desapareçam ou se integrem por completo. [...] Fazer um curso novo em uma universidade velha tem dessas limitações. Mais do que uma universidade velha, uma universidade com mentalidades velhas. (DSC1)

O educador requerido para operar nesta lógica de integração entre os limites disciplinares é um ator escasso, segundo os entrevistados. A lógica que predomina ainda, diante da pouca profissionalização dos docentes em saúde, é a repetição de métodos e perspectivas aprendidas em sua própria graduação. Como é possível notar no trecho reproduzido a seguir, o professor é um ator curricular<sup>19</sup> de reconhecida relevância, tanto para o apoio como para o impedimento do avanço de um projeto inovador:

Quando você olha nosso quadro curricular [com o quadro nas mãos], embora ele, aparentemente, seja do tipo tradicional, mas ele foi organizado em cinco eixos: eixo de educação e comunicação em saúde, de ciências sociais em saúde, de

<sup>19</sup> Macedo (2011) define atores curriculares como sendo os sujeitos que criam os atos de currículo, que vivenciam o conhecimento eleito como formativo, desenham percursos, criam estratégias e condutas para se sobreporem no contexto institucional.

epidemiologia e informação, de vigilância e promoção e de Política, planejamento e gestão. Ora, até mesmo horizontalmente, os professores de cada uma das quatro etapas do eixo não querem abrir mão, ou não abrem mão com facilidade, da concepção de que precisam cumprir um certo programa com certo número de conteúdos, um pouco porque é isso que eles sabem ensinar, o que está na ementa – “Não, porque eu tenho que cumprir a ementa e tal”... isso horizontalmente, quando na verdade, a ideia era de que essas quatro etapas da epidemiologia e informação fossem indistintas e que você fosse desenvolvendo ciclos de formação desde o primeiro ano, até o quarto. Isso horizontalmente. Verticalmente, nunca pensamos na possibilidade de que, quem ensinasse Educação e Comunicação em Saúde não dialogasse com quem estivesse ensinando Epidemiologia e Informação. Muito pelo contrário. A ideia é que esses cinco eixos planejassem as atividades de cada semestre, de maneira interdisciplinar e em conjunto, e oferecessem, realizassem as atividades em conjunto. Isso também esbarra na mesma questão que eu trouxe anteriormente: Uma pessoa pra isso precisa deixar de lado as suas concepções tradicionais de ensino e articular as coisas de outra forma. Você começa aí a lidar com algumas questões que, em algum momento, são também corporativas no sentido de que “eu tenho o compromisso pra ensinar a MINHA área”, é a defesa da MINHA área, como se fosse “A área”.

O resultado disso é que os limites entre os componentes são reforçados, ao invés de serem indistinguíveis no processo educativo. Inicialmente previu-se um tempo de “recondicionamento”, como afirma um dos entrevistados, ou de desfamiliarização à forma disciplinar de educação, para posterior familiarização a este modelo pedagógico de integração entre conhecimentos científicos, conhecimentos dos estudantes e aqueles produzidos nas atividades em comunidades. A limitação que se coloca aí é a do tempo. Em dois aspectos principais:

a) o tempo para aproximação do docente com a proposta curricular de um curso novo, como expresso a seguir:

os professores são formados numa lógica de componentes estanques e com forte viés disciplinar, e eles chegam, mesmo novos e jovens, chegam ao Instituto de Saúde Coletiva com essa bagagem. E isso é o que eles sabem fazer, é o que eles aprenderam. Nós tínhamos uma ideia de que essas vagas docentes seriam liberadas pelo menos 01 ano antes do início do curso, tal que nos permitisse trabalhar com esse grupo de professores. Não só para que eles contribuíssem mais na formulação dos programas, do currículo e dos conteúdos, mas também para que houvesse um aprendizado, um recondicionamento para um outro modelo que não era aquele que cada um experimentou em sua escola de origem, em sua formação de origem. É muito fácil a gente falar que pode estruturar um curso em módulos com professores que nunca viram isso, que não estudaram dessa maneira e que não sabem como fazê-lo. Então, é preciso recondicioná-los, é preciso que reaprendam a ensinar de uma maneira diferente. Isso não foi feito porque não houve tempo hábil. As vagas só foram liberadas no início de 2009. Nós fizemos o concurso e eles chegaram já pra começar em março o curso regular. (DSC1)

b) O tempo para que, no decorrer do curso, os docentes reflitam sobre sua prática pedagógica, discutam no cotidiano de trabalho as intenções de suas escolhas metodológicas e construam movimentos de mudança em direção à educação emancipadora e crítica, tal como proposto no PPP. Este obstáculo é evidenciado na fala que segue:

Você tem problemas relacionados ainda à disponibilidade de carga horária docente: o mínimo de carga horária é oito horas e os docentes do Instituto de Saúde Coletiva costumam dar dez, doze horas por semana. Raríssimas vezes tivemos um caso de oito horas, todo mundo dá dez ou mais horas, mas você tem uma pressão muito grande para a realização de atividades de pesquisa e uma pressão grande para realização de atividades de extensão. Até porque você tem que juntar pontos para a progressão funcional e etc. Então, você não pode dedicar vinte horas ao ensino de graduação porque senão você não publica, não tem tempo, por exemplo, para assumir cargos administrativos, considerando que somos poucos. Pra você pensar uma outra lógica, você deveria, necessariamente, ter um corpo de professores muito maior do que o nosso, de tal forma que pudesse dividir tarefas e assegurar a produção, assegurar a pós-graduação e, ao mesmo tempo, possibilitar que esses professores tivessem tempo pra sentar, pra discutir, pra formular juntos, pra dar aulas juntos e coisas do tipo. De novo aquela história de que falar é muito bonito, muito interessante, mas a realidade traz limites que estão fora da nossa governança. Você pede a um professor para ele dar quinze horas, vinte horas de aula, ele diz “tá! Tudo bem. Então eu não vou participar do colegiado, não vou publicar, não vou pra pós-graduação e também não vou pra reunião do ISC”; É óbvio que aí tem uma questão que é das relações de trabalho, das relações funcionais, das remunerações, e que se rebata sobre a necessidade de que nós tivéssemos muito mais professores. Pra eu te dar uma ideia, do quantitativo original de vagas docentes para o curso de graduação em Saúde Coletiva do REUNI, ainda faltam quatro. Ainda faltam quatro professores em dedicação exclusiva, vagas que ainda não foram abertas, liberadas pela República, pelo Estado Brasileiro, pra ninguém. Então, o que seria nove professores ou dez professores, foi reduzido para seis.

Acompanhando as limitações concentradas no âmbito administrativo que repercutem na qualidade do currículo, a inexistência de trabalhadores do setor técnico-administrativo no início do curso contribuiu para o consumo do tempo de trabalho dos docentes. Isso é evidenciado nesta fala:

Isso não evitou que a gente iniciasse o curso. Evidentemente, contando com o “sobretalho” ou a militância de alguns apaixonados pela Saúde Coletiva, você termina fazendo. Mas, por exemplo, nos primeiros quatro anos do curso não havia sequer qualquer apoio administrativo à noite no curso. Então, como é que você desenvolve um curso sem apoio administrativo? Você só tinha um vigilante ou porteiro, porque as vagas de pessoal técnico administrativo não apareceram. Só recentemente a UFBA começou a ter vagas de pessoal técnico-administrativo, mas pra isso já se vão aí mais de cinco anos de implantação do curso. Então essas condições objetivas que terminam refletindo sobre a qualidade do curso, refletindo sobre a satisfação dos alunos...

Além disso, as perspectivas de expansão do número de egressos do curso se reduzem diante da restrição no número de professores, de apoio administrativo e, salienta-se, de espaços para realização das aulas. Tanto as práticas, como os momentos teóricos do curso fragilizam-se pelos seguintes fatores:

a) sem salas de aula disponíveis, o curso foi alocado no turno noturno e teve o número de vagas reduzido:

Só que esses investimentos em infraestrutura precisam de tempo, no caso da UFBA, de um tempo maior que o normal. Muitas estruturas ainda estão sendo feitas. Então, nós tivemos que criar um curso porque era decisão do grupo, dessa unidade, de criar

o curso de graduação em Saúde Coletiva, mas as condições objetivas para a criação desse curso não estavam dadas. Um tanto por isso que o curso foi instalado no período noturno. A proposta inicial era de 90 vagas e foi reduzida para 45, e isso justamente por conta das limitações tanto de infraestrutura quanto de vagas docentes, e continua com 45. O projeto só foi aprovado com 45 vagas. Quando você lê o parecer, a decisão final do Conselho Universitário, isso está lá dito com todas as palavras: Tinha que ser noturno porque durante o dia não havia salas de aula e laboratórios disponíveis, e não podia ter 90 vagas porque não um número de docentes suficiente para 90 vagas. Então, você criar um curso e implantá-lo com esses condicionantes [risos] é uma coisa que você faz porque tem que fazer, na verdade está longe das condições mínimas. A Universidade tinha um pavilhão de aulas inacabado naquela época, o pavilhão de aulas do Canela, sem laboratório, sem equipamento áudio visual nas salas, o nosso segundo pavilhão de aulas, que deveria ser o prédio da Escola de Música aqui ao lado, ainda não foi liberado porque a nova Escola de Música ainda não foi construída. Está sendo construída há quatro ou cinco anos, lá em Ondina. Eu não sei quando é que vai acabar... e o próprio Instituto de Saúde Coletiva que sempre se dedicou à pós-graduação, não tem uma estrutura de salas para uma turma de 45, depois para uma turma de 90, porque a cada ano, novos 45 alunos entram. (DSC1)

b) Por ser um curso noturno, as opções e o número de campos de prática são, também, reduzidos. O que limita a experiência de alguns estudantes do curso, caso trabalhem durante o dia. Nas palavras de um dos docentes:

Eu acho que um dos pontos de dificuldade, que sempre volta nas discussões, está relacionado ao horário de funcionamento do curso. O curso é noturno e isso acaba nos trazendo alguns desafios. Você tem que fazer práticas à noite. A identificação de supervisores pra atividade práticas ou pra estágio noturno não é tão simples. Não é que é impossível. A gente executa algumas atividades dessas a noite, mas na medida do possível a gente tenta negociar com os alunos pra realização de estágios ou de práticas no horário, no turno oposto, de manhã ou pela tarde. A gente tem sido bem sucedido em fazer essa negociação. Eles entendem realmente que algumas das atividades só eram mais proveitosas se feitas de dia. A gente tem conseguido conciliar isso, mas é um desafio. Os alunos trabalham. Alguns alunos não conseguem organizar bem a vida e acabam faltando às atividades programadas em outros horários e isso, sem dúvidas, é um desafio. (DSC2)

Outro fator que colabora para a redução do número de egressos é a pouca entrada de estudantes no curso. Mesmo as 45 vagas oferecidas ainda não são completamente ocupadas. Dentre as razões para isso, os entrevistados citam o fato de ser um curso novo ainda, de ter sido reconhecido pelo Ministério da Educação há pouco tempo e de ter ainda pouco prestígio social, haja vista sua incipiente inserção nos espaços de trabalho. Com isso, apesar das estratégias de divulgação aos potenciais graduandos, a procura pelo curso ainda é pequena, como evidencia um dos dirigentes:

As pessoas na sociedade, em geral, não conhecem bem o que faz um sanitarista e isso gera primeiro: um dos pontos que a gente identifica de forma bem visível é a dificuldade de atrair alunos pro curso. Então, desde o seu surgimento tem sobrado algumas vagas pra entrada no processo de seleção. A gente não completou ainda nenhuma turma. A gente oferece 45 vagas por ano e nenhuma dessas turmas foi completa. (DSC2)

Os estudantes que ingressam no curso também têm diversas expectativas, construídas em seu cotidiano de vida, e que influenciam no currículo em uma produção dialógica com o PPP, barrando algumas intenções, transformando-o e redefinindo-o a partir da realidade objetiva onde este se produz, conforme se vê a seguir:

Ele [estudante] também tem expectativa, e o curso tende a atender uma certa expectativa para a aula expositiva, para a abordagem mais tradicional, porque é isso que ele espera da Universidade, é isso que ele espera do professor; ele tem uma certa ansiedade de que, se ele não for instrumentalizado, não vai passar no concurso, não vai conseguir emprego, então cadê a técnica? Cadê a fórmula? Cadê o programa de computador? Só tem o aqui pra aprender, só tem o hoje pra aprender. Se isso cair na prova do concurso, eu não saber, não vou passar. Ele exige da instituição o viés da instrumentalização, muito mais vezes do que a formação teórica, a formação reflexiva. É natural que seja assim, porque eles estão aqui aprendendo Saúde Coletiva, mas sob o peso, a pressão da empregabilidade, sob o peso e a pressão que a família faz, da necessidade de obter um emprego, ganhar um dinheiro e ajudar. Não há como ignorar essas questões. Você propõe novidades, você estimula os professores a adotar abordagens inovadoras e, às vezes, até bastante inovadoras, mas você precisa considerar que se tem que atender também a uma série de expectativas do alunado. (DSC1)

Nas palavras já citadas do docente: “Fazer um curso novo em uma universidade velha tem dessas limitações [...]” (DSC1) e as limitações seguem reconfigurando o currículo à medida que produzem frustração diante das capturas de parte das inovações propostas. A correlação de forças no espaço social que determina as limitações da RSB também afeta um curso que se produz tendo como substrato esses valores reformistas.

Em seu Plano de Diretor (ISC/UFBA, 2009), o ISC/UFBA reitera seu compromisso ético-político com o projeto da RSB e afirma-se como instituinte de saberes, valores e práticas para o avanço deste processo democratizante que é a RSB. Por outro lado, o dilema apresentado por um dos dirigentes entrevistados desvela uma frustração diante da morosidade de avançar em um espaço de disputas onde o que é socialmente hegemônico adentra os processos de contra hegemonia insinuados na Universidade. Em suas palavras:

[...] nós estamos ensinando para uma Reforma, com uma certa boa vontade, incompleta. Então, você ensinar algo que não existe, é um pouco complicado. Então, quando você sai da sala de aula, dos livros e das publicações e vai para a prática de promoção da saúde, por exemplo, o papel das organizações sociais em saúde... Quando você vai para a prática política em saúde, do legislativo em saúde, o que você vê é o tradicional, o de sempre, inclusive, o que tínhamos antes do SUS. Então, o aluno fica um pouco agoniado. É um país que não fez uma opção preferencial por uma verdadeira Reforma Sanitária. Algumas coisas aconteceram, outras não aconteceram e provavelmente não acontecerão, e o que temos é o SUS. Talvez não da maior parte, porque mesmo as ações de promoção da saúde não chegam a ser aquilo que a reforma Sanitária apontou como necessidade (DSC1).

Neste curso, as resistências ideológicas à proposta de uma prática pedagógica orgânica à RSB são inexistentes nos relatos e documentos analisados, indicando uma sinergia

desde a concepção até o processo de implementação atual do currículo, inclusive, no enfrentamento às limitações impostas pela UFBA.

#### **4.3.4 Bacharelado Interdisciplinar em Saúde**

Os fatores de barramento ao BIS concentram-se em duas raízes principais: 1) a resistência da Universidade ao modelo de formação com um ciclo comum para todas as profissões de saúde e 2) a grande concorrência dos estudantes para o ingresso no curso de Medicina como segundo ciclo de sua formação. A resistência da Universidade, na verdade, se estende ao projeto dos quatro Bacharelados interdisciplinares no bojo do Programa “UFBA Universidade Nova”, uma dificuldade prevista desde sua idealização (ALMEIDA-FILHO, 2007). Essa oposição, algumas vezes velada, outras explícita, se manifesta desde a pouca oferta de vagas nas diversas Unidades Universitárias, até a resistência por parte de professores dos cursos lineares no trato com estudantes dos BI.

Iniciaremos pelos problemas relativos à recusa ao BIS como primeiro ciclo da formação superior em saúde. A universidade, dentre outros fatores determinantes dessa reação contrária, essencialmente reproduz o discurso social capitalista de valorização do técnico e de desvalorização da formação intelectual e crítica na educação dos trabalhadores. Isso é percebido pelos dirigentes do curso, que afirmam:

O que eu diria que não tem sido colaborativo nesse processo é o fato de ainda termos uma cultura antiga na Universidade que não compreende, a depender de qual seja o setor ou de qual seja a unidade. Temos uma divisão entre um modelo de formação estritamente profissionalizante e especializado e uma cultura, como esta que se implantou, de uma abertura, de uma flexibilização, de uma ampliação dessa formação. Essas duas culturas existem, convivem às vezes harmonicamente, às vezes competitivamente. (DBIS1)

Como a proposta da do Programa “Universidade UFBA Nova” era ter os BI como entrada única para todos os cursos profissionalizantes, o que aumenta o acesso à Universidade, uma explicação para esta tendência percebida pelas docentes de a Universidade permanecer tradicional, avessa às mudanças é apresentada assim:

Com a adesão ao REUNI, com o programa de Cotas, pessoas de outros segmentos passam a ingressar na Universidade e, claro que existem algumas Unidades, alguns cursos, que estão tradicionalmente sustentados por uma entrada de alunos de segmentos apenas mais favorecidos, então, sem dúvida que essa questão de democratizar ou não... até quando essa mudança de perfil de pessoas, de estudantes na universidade? As tensões que existem aí, são esses grupos, contribuem para favorecer ou não favorecer essa possibilidade do BI ser a porta de entrada pra todos os cursos. (DBIS1)

Esse discurso retrata a Universidade enquanto eixo de um campo concorrencial (BOURDIEU, 2011a) pela autoridade científica do que seja o modelo de arquitetura acadêmica adequado à sociedade deste país. Além disso, tem acordo com a ideia de que a Universidade é um aparelho de reprodução social que assume os interesses hegemônicos das elites (SILVA, 2011), bem como apresenta a origem social dos estudantes como uma variável determinante para seu sucesso na carreira escolar. Sobre esse aspecto, um exemplo incisivo do tipo de seleção que a universidade faz para determinar quem ascende aos espaços de maior privilégio social (BOURDIEU; NOGUEIRA; CATANI, 2012), mesmo em pontos ocultos aos documentos e ao processo educativo, é apresentado a seguir:

Os próprios funcionários! É interessante: esses dias, veio uma menina muito pobre, MUITO. Aparentemente uma pessoa que tem muita dificuldade. Já foi minha aluna, foi reprovada, ela não entendia absolutamente nada em sala de aula, e ela tem que vir todo semestre, todo mês, ela precisa de uma declaração porque a prefeitura da cidade dá uma bolsa pra ela poder estudar. Então, ela precisa desse documento. É interessante: TODO mês existe um problema. Ela é muito maltratada pela funcionária. Aí eu vejo. Eu já vi! O modo como ela trata alguns alunos que são muito humildes, que mal sabem se expressar, que não sabem nem chegar, um certo medo de chegar na secretaria. Com esses meninos que transitam ali, que sentam na minha mesa, que entram no computador... às vezes eu fico até assustada como é que eles estão por toda parte, essa participação e, de alguma forma, ele conquistou porque ele transita, fica amigo da secretária, fica amigo da coordenação, fica amigo do diretor. Quando eu cheguei no IHAC, os alunos estavam sentados na mesa do diretor conversando com ele. Eu achava aquilo esquisitíssimo, de onde eu vinha jamais aquilo aconteceria, mas eles tinham livre acesso à mesa do diretor, ao diretor. Enquanto uns mal sobem ao terceiro andar. Você vai ver isso aqui. E, efetivamente, esses que sentam na mesa do diretor, eles tem um passaporte [garantido para cursos de maior prestígio como Medicina e Engenharias]. Têm! (DBIS2)

A Universidade, determinada pelo espaço social mais amplo, é tão hostil quanto mais humilde for a origem do estudante. Conforme afirmam Bourdieu et al. (2013), o léxico e a gramática das faculdades são próprias da classe hegemônica e estranhas às classes exploradas, haja vista a dificuldade da estudante que protagoniza a narrativa em comunicar-se com os outros atores curriculares.

O BIS, enquanto proposta de transformação da maneira de fazer educação universitária em saúde, de permitir a ampliação do repertório de conhecimentos para solucionar ou refletir sobre problemas de saúde, ou ainda de contribuir para democratizar o



acesso ao ensino superior, sofre diversos impedimentos, velados ou explícitos, à sua implementação. Como exemplo, cita-se:

a) restrição do acesso dos estudantes do BI aos componentes curriculares de alguns cursos lineares:

Por exemplo, algumas Unidades [Universitárias] de saúde oferecem poucas chances, poucas oportunidades do aluno do BI poder estar fazendo disciplinas naquelas Unidades, a exemplo de Medicina, a exemplo de Odontologia, de Enfermagem, poucas vagas disponibilizadas, oferecem poucas chances do aluno do BI estar transitando por estas unidades e fazendo parte da sua formação com componentes curriculares desses outros cursos. (DBIS1)

[...] a gente tem uma Universidade que resiste muito a fortalecer o IHAC<sup>20</sup>, a ideia dos BI, e isso dificulta muito o trânsito dos estudantes, porque se você não oferece os componentes curriculares de toda a Universidade, você inibe a possibilidade dos estudantes de transitarem, de conhecerem os cursos, de ver se é isso [escolher uma profissão da área da saúde] mesmo. (DBIS2)

b) A tentativa de retornar o BIS às normas e padrões dos cursos lineares, barrando processos administrativos ou submetendo a formatação de uma proposta inovadora, como é este curso, à formatação dos cursos profissionalizantes:

O que dificulta também operacionalizar de uma forma específica, pra um curso que tem uma outra forma de funcionamento. Como se existisse uma cultura que fosse padrão pra todos os cursos e essa cultura quisesse se manter assim, padrão, para tratar de todas as outras demandas dos outros cursos. Como aqui no instituto temos uma outra forma, uma outra concepção, uma outra estrutura, nem sempre essa forma padrão atende às questões que são demandadas daqui e isso acaba criando alguns conflitos na relação com outros setores, com outras unidades. O ideal seria que essa formação aqui fosse o primeiro ciclo, de fato, para toda a universidade. (DBIS1)

c) O esforço e o tempo usado para se adequar às normas das graduações profissionalizantes restringe o tempo necessário aos professores para discutirem o PPP e fortalecerem os princípios propostos para o BIS:

Quando a PROGRAD diz coisas sobre nós, que a gente não faz o que a gente faz muito. Porque a gente trabalha muito pra fazer, e diz que a gente não faz, que o problema é nosso, não é do Sistema que não funciona... Essas coisas pegam muito, porque isso inclusive nos enfraquece muitas vezes. A gente acaba colocando pro lado a coisa que devia ser a coisa mais importante. (DBIS2)

d) Docentes da Universidade produzem um discurso de oposição que, de forma descuidada, é lançado cotidianamente aos estudantes do BI. Um exemplo emblemático pode ser visto no trecho a seguir:

[...] os meus bolsistas, de um projeto que eu tenho no Iguape com os quilombos, eles estavam lá e tinha um ônibus da UFBA com uma professora de Educação, com

---

<sup>20</sup> Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos.

alunos de Educação. E esses bolsistas estavam lá fazendo um trabalho de Campo, e essa professora falou assim com eles: “Você é de onde? Você é da UFBA? Você é do IHAC? Eu odeio o IHAC!” E essa professora começou a falar horrores pra aluna, que isso, que forma aquilo... um horror! Isso é um absurdo! É antiético, nem sei como uma professora de Educação faz uma coisa dessas. Nenhum professor, mas de Educação, menos ainda. (DBIS2)

A partir das falas dos dirigentes entrevistados, percebe-se que a tendência é que, enquanto outras maneiras de ingresso nos demais ciclos continuem vigorando, o BI permaneça como uma forma de admissão considerada marginal por outras Unidades Universitárias. Nesse cenário, o BIS permanece sendo ano após ano desconectado dos cursos de segundo ciclo, enfraquecido em suas propostas e princípios, e assumindo uma conformação que tende a assemelhar-se a qualquer outra graduação. E, salienta-se, com a desvantagem de não encontrar boa inserção no âmbito macroeconômico. Destaca-se este trecho de entrevista como exemplo da desesperança que circula entre os dirigentes do BIS:

Não foi um consenso. Acho que existem mesmo diferentes visões sobre a formação. Acho que há grupos que defendem mesmo uma formação mais tradicional e grupos que defendem essa formação mais aberta, mais ampliada e, na impossibilidade do consenso, ficaram as duas coisas. Sempre há possibilidade de mudança, mas eu não sei... até o momento a gente não vê... existe alguma demanda, algum sinal da estrutura geral, da Pró-reitoria de Graduação, por exemplo, de estimular pra que haja esse debate, que novamente se debata sobre isso e que se veja a possibilidade de se criar grupos de trabalho com professores do BI, professores de outras Unidades, pra poder pensar esse ingresso para os outros cursos pelo BI. Eu diria que ainda é uma questão que ainda está no ar. Não está resolvida, mas não está esquecida. Ela está no ar. Existe aí. E quando se toca nisso, de vez em quando surge alguma reunião pra falar sobre isso, mas ainda não houve um trabalho que, de fato, fizesse isto avançar na direção de uma implantação do primeiro ciclo dos BI pra todos os cursos. Não houve ainda um trabalho que de fato redundasse nessa implantação. (DBIS1)

Esse barramento dos estudantes a componentes curriculares de outros cursos, limitando a oportunidade de conhecer os espaços de profissionalização e as diversas maneiras de atuar no setor saúde, acaba por fortalecer outro problema base para o projeto desse curso: a marcada concorrência pelo ingresso no curso de Medicina. O mercado ainda é um ordenador forte da graduação em saúde, como indica uma das docentes:

[...] obviamente que nós operacionalizarmos isso, implica um mercado que diz que ser médico ganha bem, que é muito interessante, um desejo antigo da família, uma questão de status forte. (DBIS2)

o que se traduz em comportamentos por parte dos estudantes que são modulados quase que exclusivamente pela aquisição de boas notas, bons scores e maiores chances de entrar no curso de maior concorrência. E por parte dos dirigentes do curso, ações para impedir que os discentes burlem regras para ingressarem no curso de Medicina. Como exemplos desses comportamentos, cita-se:

a) A competição leva a uma relação de sabotagem entre os estudantes, para que um não tenha o coeficiente de rendimento maior que o outro:

Mas no caso do BI Saúde, os alunos tem querido, quase que maciçamente, fazer o curso de medicina, e aí o número de alunos que pleiteiam é maior do que o número de vagas e acontece essa competição acirradíssima entre eles, a ponto de eles terem problemas de relacionamento entre eles em decorrência disso... às vezes ouço dizer que dão informações errôneas uns para os outros, seja para prejudicar colegas, tirar colegas do páreo, seja para os colegas pensarem que ele vai fazer outra coisa. (DBIS1)

b) Ingressar no BIS depois de graduado, para “limpar o currículo”, conforme descrito:

Tem muitas questões aí muito mais sérias que são tentativas de burlar a forma como é medida essa pontuação. Tem alunos que saem do curso, depois entram de novo no curso, pedem aproveitamento só dos componentes em que tiveram boas notas, pra limpar o histórico. Tem vários problemas aí que surgem em decorrência dessa concorrência acirrada pelo score pra entrar no curso de Medicina. Esse é um problema. (DBIS1)

c) A escolha dos componentes curriculares deixa de ser feita a partir do desejo por um currículo próprio, que desperte o interesse do estudante e reflita um direcionamento em sua carreira acadêmica e passa a ser realizada pela possibilidade de obter boas notas:

Ele [estudante] escolhe o professor que ele sabe que vai ter nota. Tem o ranking do professor que ele sabe que vai ter mais chance de passar com boa nota. Ainda bem que tá gravando. [muitos risos]. Eu sou uma das que acha o estudante que quer nota, enjoado. (DBIS2)

d) Os comportamentos na relação com o professor são pautados, em geral, pela possibilidade de ter boas notas. Alguns estudantes sequer questionam atitudes dos professores, que consideram injustas, mesmo que o façam no colegiado, para não se indispor e abrir a possibilidade de terem suas notas reduzidas, conforme nos informa a participante DBIS2:

Esse menino vai pra medicina. Esse menino tá preocupado com nota sim, faz tudo direitinho que o professor manda. Em geral ele é muito submisso ao professor. Em geral, aquele que se rebela, que é o chato, é aquele que sabe que tem chance de não ir. Porque tem esse grupo que sabe que vai, que tá com o score lá em cima: 9,7. Ele vai fazendo tudo o que mandam direitinho e já está quase que com o lugar assegurado. Tem esse outro grupo que tem assim 8,0 ou 8,7 que pode ir, tem grande chance, mas tá a perigo. Então ele também vai usar alguns artifícios ou ficar ali no pé do professor, como eles falam: “chorar no pé do caboclo”. Eles falam assim, “chorar no pé do caboclo” pra ver se resolve minha situação. Muito interessante. Esse tá ali e usa muitos artifícios pra tentar, pra ter chance. E tem uma grande maioria, grande, que sabe que tem pouquíssimas condições. Que almeja muito ir pra Medicina, mas ele sabe que vai ser difícil, então ele já começa a pensar em outras possibilidades como o ISC, que tá mais próximo do que ele viu aqui. O ISC também oferece muitos componentes curriculares pra nós, então ele já fez coisas lá, não é um mundo desconhecido pra ele. (DBIS2)

e) Alguns estudantes não valorizam aquilo que os dirigentes lutam para garantir no curso, como a orientação acadêmica, as vagas em componentes curriculares em diversas Unidades Universitárias, a possibilidade de escolher componentes que considerem relevantes para seu crescimento pessoal ou a possibilidade de vivenciar outras propostas educacionais. Direcionam seu currículo apenas para a possibilidade de ingressar na graduação em Medicina:

[...] veja o que eu sempre penso: Hoje, isso me incomoda às vezes... Bastante! Eu tenho pensado muito sobre isso, especialmente nesse momento e vou te dizer por quê. Ele vem, ele tem essa amplitude de possibilidades, um outro discurso, outras experiências, essa diversidade de colegas, de propostas... ok. Muitos deles acham tudo isso um saco, eles não falam, mas não veem a hora de acabar tudo. Eu dei aula num curso no diurno que eu não tenho dúvida que boa parte estava ali achando um porre tudo aquilo, louco pra sair dali e pra ir pra Medicina, inclusive, como o diurno tem muita gente que tem grande condição de ir pra Medicina porque tem chance de estudar, tem melhor score e tudo mais, isso é muito comum. Você tem salas inteiras de gente que está ali, mas querem estar em Medicina. Estão ali brigando entre si. (DBIS2)

Essa demanda dos estudantes pela Medicina entra em conflito com o esforço dos dirigentes para operacionalizar aquilo que assumem como missão do BIS, que é a transformação da educação universitária em saúde das práticas bitoladas, reducionistas e tecnicistas, para outras que assumam a complexidade e a ampliação do fazer do trabalhador em saúde. Os docentes se afetam negativamente ao focarem seu trabalho na tarefa de descobrir maneiras de coibir as manobras feitas para burlar algumas normas para o acesso ao curso de Medicina, como expresso nesta fala:

Então, eu estou muito desesperançosa, apesar dos textos de Naomar Almeida-Filho, esperançosos, eu estou muito desesperançosa. Às vezes me sinto assim, nesses momentos, nas reuniões, quando está com a equipe, as congregações, situações que a gente vive: aluno que já se formou, mas entra no BI de novo porque não foi pra Medicina, aí tenho que fazer aqueles processos burros, sabe?! Ai. Essa parte da administração é muito burra, arcaica, não é inteligente. Eu me sinto muito ruim, muito mal como professora, de fazer essas coisas. [...] Porque essa parte quando a gente se depara, quando estamos numa reunião pra pensar um documento que restrinja a possibilidade dos alunos de usar esse artifício pra ir pra Medicina porque ele tá fazendo isso pra se dar bem. Isso acaba com a gente. (DBIS2)

Além disso, os docentes se veem sem tempo para reuniões onde possam discutir o PPP, refletir sobre as propostas do BIS e as intenções que redundaram na sua criação. Os dirigentes do curso afirmam que essa é a parte “mais importante” e eles não tem a chance de afinarem as ideias, os discursos e menos ainda as práticas. Afirmam que, por conta disso:

[...] tem muita gente fazendo muitas coisas, cada um no seu mundo, cada um com seus interesses, gente criando coisas aqui dentro, tentando: “Como eu não consegui coisas lá fora, fazer isso lá fora, então quero fazer aqui”. Então, não sei que bicho vai dar isso. Se não tiver algum momento em que diga: “olha: Nós fazemos essas coisas”. Não é um bando de coisas, cada um faz o que quer. E aquilo que é central, do projeto, tem se perdido. Isso é sério que eu tô falando. Não é que tem que estar

preso ao que foi pensado inicialmente, quase como uma coisa religiosa. Não é isso. Mas aquilo que foi pensado teve um porquê de ser pensado. Então, orientação acadêmica? Ninguém quer fazer orientação acadêmica. Não há um sentido pra orientação acadêmica. As contemporaneidades? ninguém quer dar. Quem dá é substituto. Ninguém quer dar! É uma briga, e isso é central na proposta. As oficinas, o eixo de linguagens ninguém quer discutir, ninguém tem interesse. E aquilo que é nosso, aquilo que tem as Letras que dá dois componentes obrigatórios do eixo de linguagens. E as oficinas? Ninguém quer dar oficinas de textos, por n justificativas. Entenda o que eu tô dizendo: Isso é muito comprometedor porque isso é central. Ninguém quer dar. “n” justificativas... uma das principais é que cada um vem de um lugar, não se sente apropriado com aquele conteúdo, com aquilo que foi proposto, com aquelas temáticas, não se sente pra falar daquilo. Claro que isso exige de nós, de fato, um estudo, dedicação, interação... justifica, mas ao mesmo tempo isso tá sendo totalmente negligenciado. (DBIS2)

Essa afirmação surge diversas vezes na entrevista como algo que compromete a operacionalização da proposta feita no PPP para o curso. Como os professores pouco se encontram para discutir a direção do curso, ou seja, a pedagogia para uma proposta de transformação, cada professor segue fazendo o que fazia antes de ser parte do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos. Como exemplo, este trecho de entrevista a seguir demonstra a preocupação em fazer diferente por estar em um curso que se propõe transformador:

[...] as reuniões do NDE<sup>21</sup> são mais reflexivas, são pra gente pensar o projeto, mas são poucas. Uma manhã no mês, quando a gente consegue fazer acontecer. A gente tem aquele horário, mas às vezes a gente tem tantas outras coisas que quer falar, que a gente não consegue fazer o que tem que fazer. Isso acontece muito. Mas por que eu estou dizendo isto? Porque o que eu sinto e senti isso em quase todas as experiências que eu tive. As pessoas entram na Universidade e elas fazem ou o que querem fazer ou o que já faziam, independente de onde, e isso também acontece aqui. Não é diferente de nenhum outro curso. O que muda é: “você entrou no curso de nutrição pra dar... ou no curso de odonto você vai ser da cadeira de odonto social, tudo bem. Eu fiz o concurso, passei, até porque eu tenho minha trajetória na odonto social. Tá. Pode até mudar depois, você vai dar outras disciplinas, vai ter que cobrir outras coisas, mas assim: você entrou pra isso e você vai ter que estruturar essa cadeira, sei lá. Aqui também acontece. Embora a seleção é: “bom, você vai ter que discutir esses pontos.” A gente está tendo concurso agora e colocou pontos bem amplos, sempre pensando a contemporaneidade, sempre pensando em outra formação, sempre pensando a interdisciplinaridade, como ela vai ter que estar recortando, entremeando todos estes assuntos. Mas, efetivamente, eu acho que a gente acaba, quando entra... claro, dando conta do que a gente precisa fazer, então, eu entrei pro BI saúde, eu vou ter que dar as disciplinas obrigatórias que eu já sei, algumas optativas que têm mais a ver com coisas que eu faço, afinadas com o que eu sou mais capaz de fazer, que eu sou capaz de oferecer. Mas, para além disso, e também as nossas ações, as nossas metodologias elas acabam... não há uma discussão, que tenha de fato que pensar: bom, este é um outro lugar, este não é um curso de progressão linear, este não é um curso de enfermagem, não é um curso de TO<sup>22</sup>! é um outro curso. Então, a gente teria que pensar sobre o que nós fazemos, tanto as ações que a gente desenvolve, extensão, de pesquisa, etc. [...]Eu não sei se é

---

<sup>21</sup> Núcleo Docente Estruturante

<sup>22</sup> Terapia Ocupacional

correto dizer isso, mas, eu ainda acho que cada um de nós tem feito aqui aquilo que tem interesse de fazer ou que já fazia. (DBIS2)

A sobrecarga de trabalho é, também nesse curso, motivo para que o PPP e a proposta de mudança na estrutura educacional sejam sempre pensados quando sobra algum tempo, o que raramente acontece, conforme se vê nesta fala:

Exatamente discutir isso: interdisciplinaridade. Um momento como se fosse o Grupo de Estudo do grupo. Mas iam uns gatos pingados. Não vingou. Mas era exatamente por isso: muita gente entrando, formações muito diferentes, com desconhecimento total do que era a proposta [dos BI]... e entrando! Quer dizer, a gente precisa afinar aí os nossos pontos. Era fundamental realmente. Mas aí cada um entra, aqui o trabalho é muito, porque são muitos alunos. A gente tem uma carga horária de aula que, nem sei se é tanto assim porque já foi mais, não tá tanto assim como quando eu entrei. Em Saúde a gente dava três componentes lotados, com cinquenta... cento e cinquenta alunos só de graduação. Eu já tive essa situação aqui. E ter que fazer pesquisa, ter que fazer extensão. Como somos poucos, nós de Saúde, quase todos temos cargos. Pouco tem alguém com nosso compromisso, o jeito da gente trabalhar. Então, tudo, essa coisa que é necessária, fica secundária. (DBIS2)

Em decorrência disso, quando perguntados sobre as metodologias utilizadas no curso, que inovações eram utilizadas, ou criadas para as aulas ou para avaliar a aprendizagem, os docentes citam sempre estratégias pedagógicas antigas, velhas conhecidas de qualquer estudante de Medicina, Enfermagem ou Farmácia, como trabalhos em grupo, fichamentos, aulas expositivas, seminários ou provas escritas. O PPP do BIS prevê a superação de práticas avaliativas tradicionais, porém as avaliações e os tipos de aulas se mantêm as mesmas, centradas na nota e reforçadoras da competição.

#### **4.4 Estratégias para a operação dos currículos**

Como ações de enfrentamento aos obstáculos que se apresentaram à implementação do currículo, ou mesmo de antecipação a estes, os dirigentes de cada curso construíram estratégias para agregar recursos de poder à proposta do PPP. Esses atos de currículo pela inserção da RSB na trama do currículo se desenham tanto a partir de posições políticas como de estratégias pedagógicas que viabilizem os projetos de transformação e implantação dos cursos.

A partir de agora, o texto tratará das ações efetuadas em cada curso na tentativa de superar as capturas.

#### **4.4.1 Medicina**

O curso foi contemplado pelo Programa Nacional de Reorientação da formação Profissional em Saúde (Pró-saúde), programa vinculado ao Ministério da Saúde, e conseguiu recursos financeiros para viabilizar ações estratégicas na operação do novo currículo.

O intercâmbio com outras Faculdades de Medicina, onde as reformas curriculares estavam em estágio mais avançado, foi uma atividade realizada por meio do Pró-saúde. Com essa interação, os docentes da FMB puderam comparar realidades e agregar experiência ao seu trabalho na produção e implementação do PPP. Além disso, a aproximação com os serviços era facilitada diante da possibilidade da oferta de salas de apoio docente-assistencial, pelo menos quatro, para reuniões e aulas nos locais onde as práticas ocorreriam. Melhorias na estrutura física da FMB também foram realizadas como a compra de materiais para os laboratórios de habilidades. No entanto, o maior ganho com este Programa, segundo um dos docentes entrevistados, foram as oficinas de trabalho com docentes de outras Unidades Universitárias. Uma descrição do uso desse recurso pode ser vista a seguir:

Nós nos candidatamos em 2005, conseguimos, acho que foi a única escola da Bahia a conseguir em 2005, apesar de os recursos só começarem a chegar em 2007, mas isso foi mais um incentivo, porque isso deu pra gente uma segurança de poder contratar duas pessoas, uma delas da Escola de Enfermagem que tem uma boa bagagem na área de currículo, ela fez a tese dela na formação de pessoal e outro, professor da Faculdade de Educação, da FAGED. Conseguimos trazê-los pra agregar ao nosso grupo como consultores e começamos esse grupo representativo de professores e estudantes a escrever esse Projeto Político Pedagógico, que é esse que finalmente está aqui. [...] O Projeto pró-saúde ajudava a financiar. Nós conseguimos por exemplo, ir, mandar professores, a outras Escolas em que as reformas no curso médico estavam mais adiantadas pra verem realidades de outros estados como Ceará, Pernambuco, enfim. Conseguimos trazer professores de lá pra cá, conseguimos ter monitores do Pró-saúde, alunos que se destacaram e que, com a gente, ajudaram na própria elaboração do projeto e no acompanhamento. Eram uma espécie de lideranças que trabalhavam com a gente no Pró-saúde. Ou seja, deu um impulso muito grande nesse processo todo. Porque era pra isso que existia esse processo, o Pró-saúde, e nós tínhamos projeto de capacitação de professores pra poder trabalhar essa questão metodológica, essa questão de processos avaliativos e tudo mais. Tudo planejado, com recursos previstos e tal. (DM1)

A possibilidade de aproximar sujeitos interessados na transformação curricular foi um ganho significativo para o processo. No entanto, o encerramento abrupto da transferência desse recurso significou uma limitação na continuidade das ações planejadas para a implementação do novo currículo, como exemplificado a seguir:

O Pró-saúde [assovia] acabou. Teve o Pró-saúde depois, que foi esse integrado entre as Escolas todas, que Enfermagem entrou e tudo mais, o Pró-saúde II, o nosso era o Pró-saúde I, foi a primeira leva do Pró-saúde. Eles simplesmente acabaram o projeto, sem UMA satisfação. Mandamos várias cartas, o projeto todo estruturado com recursos pra fazer capacitação de professores, que era um desafio no qual a gente queria investir a partir daquele momento, já nessa fase de 2009, quando o projeto estava em andamento. Quer dizer, politicamente havia-se conseguido botar a coisa na prática, o que é que você precisa agora? Aperfeiçoar; romper determinadas barreiras e tudo. E as estratégias são essas: trabalhar a articulação com os serviços – fizemos várias oficinas e tal – e trabalhar a formação dos professores. E a formação dos professores ficou completamente prejudicada porque aí: através da Escola? Ficou sem nenhum recurso pra poder fazer isso. Aí teria que trazer pessoas, a gente teria que discutir como seria essa formação até por conta de questão de horários, que é muito difícil você trabalhar com professores que são médicos, porque a maioria do tempo ele está fora da Escola, está no consultório dele. (DM1)

Ainda que tenha sido interrompido de forma prematura, o Pró-saúde significou um acréscimo de força política, enquanto capacidade de agregar sujeitos identificados com o currículo proposto, ao grupo de docentes. No entanto, o currículo segue como campo de disputas e se conforma a partir da síntese dos movimentos opositores que atuam sobre ele. Nesse sentido, as docentes participantes deste estudo afirmam que no momento de iniciar a implementação do PPP, fizeram da forma que era possível fazer, diante das resistências e dificuldades impostas. A estratégia, nesse caso, consistiu em reconhecer os limites de suas propostas naquele contexto objetivo, e executar o mais rapidamente o possível aquilo que é essencial, para, posteriormente, continuar provocando as mudanças que não conseguiram superar a oposição. No trecho a seguir, a docente chama esse movimento de fazer as recosturas, ou seja, depois de conseguir a aprovação do projeto maior, mesmo com restrições, permanecer produzindo tensões para melhorias em relação às aproximações com o processo de RSB:

Nos conteúdos que estão previstos lá pra algumas disciplinas, em alguns módulos, eu acho que a gente já precisa rever. Foi o que a gente fez naquele momento! Tanto que na hora que se discute com o departamento, a gente já tá propondo isso: não necessariamente ser o que está ali [no PPP] escrito. Por exemplo: tem um módulo de plástica reparadora, não era pra estar daquela forma. Na verdade aquilo foi uma acomodação feita pra o que foi possível no momento. Mas a gente precisa fazer aquilo de outro jeito. [...] essas correções a gente está tentando fazer aqui no percurso, porque a força política que a gente teve pra fazer isso e implantar em 2007 foi aquela, agora a gente está fazendo as recosturas. (DM2)



O momento dentro da FMB/UFBA, em 2007, era favorável ao novo currículo, porém não se conseguia celeridade nos trâmites burocráticos com o Sistema Acadêmico para aprovação do PPP. Além disso, a proposta ainda estava incompleta no que se referia ao desenho dos internatos. Prevendo uma desmobilização com o movimento de mudanças, o grupo gestor decidiu iniciar a implementação do PPP mesmo sem aprovação oficial pelos conselhos da Universidade. O que foi uma oportunidade de, além de não perder o momento de adesão pela maior parte dos professores e conta com o apoio dos estudantes, poder avaliar e melhorar a proposta em processo, com a liberdade de reformular módulos e realocar componentes curriculares. A participação dos estudantes e dos professores nas avaliações constituiu-se também como uma estratégia de aproximação e comprometimento destes atores curriculares na feitura do currículo. Esta decisão de iniciar extra oficialmente a efetivação de mudanças pode ser vista neste trecho de entrevista:

[...] no sentido da direção da Escola estar apoiando, de uma parte dos departamentos como a preventiva, a pediatria, alguns da clínica, anatomia patológica, alguns departamentos incorporaram a ideia e, diante de um fato mais ou menos consumado de que o currículo teria que ser modificado e tudo o mais, também essas pessoas não tinham uma contraproposta, terminou que essa coisa foi formalmente apoiada e mandamos pra reitoria pra ser avaliada pela Câmara de Graduação e ter o aval. A gente resolveu uma coisa ousada, que foi começar o curso sem estar... baste lhe dizer que o parecer da Câmara, nós mandamos pra eles no início de 2008 e já tínhamos começado com o currículo, porque a gente fez também um acerto preliminar, até informal, com eles, com a Secretaria Geral dos Cursos, SUPAC. Conversamos que o processo estava praticamente pronto, esperando essas formalidades de passar por cada departamento pra aprovar e em plenária ser assinado e tal, mas que as bases todas já estavam prontas pra começar o currículo do curso e nós começamos antes da aprovação formal. A aprovação formal foi em 2009, março de 2009. Nós começamos o currículo em 2007.1. Então a gente começou uma turma antes, o que foi também uma questão política, porque a gente entendeu o seguinte - Eu até que sou um pouco mais preocupada com essas coisas, ficava muito apavorada de começar algo sem ter ainda sido formalmente aprovado e de a gente não conseguir levar isso pra frente, porque basta eu lhe dizer que, há muito pouco tempo, os sistemas da UFBA não estavam adequados a absorver a forma como nosso currículo está organizado, ou seja, os módulos interdisciplinares. [...] Aí a gente disse: “Nós é que não vamos esperar isso, porque se a gente for esperar isso, a gente perde esse momento político que tem uma adesão, não unânime, mas se não majoritária, as forças políticas são majoritárias. Então, a gente pode começar esse processo porque vai ser mais difícil de se retroceder depois.” E assim a gente fez, com muita coragem. Começamos em 2007.1 um novo currículo, com tudo adaptado, ou seja, você tinha que chamar uma coisa de outra coisa pra poder colocar em prática essas coisas novas. E aí pronto, minha participação foi nessa elaboração, participei da redação, discussão, de todos esses fatos que levaram a esse Projeto; de todos esse momentos políticos de embates, que não foram fáceis, com departamentos, com professores que não incorporavam a ideia, que não aceitaram e queriam permanecer com suas disciplinas iguais, isoladas... (DM1)

Para o grupo à frente dos processos de implementação do currículo, assumir lugares de influência na gestão da FMB/UFBA representava um estratégia importante, no sentido de garantir voz nos processos de decisão. Ambas as pessoas entrevistadas afirmam que são

identificadas e reconhecidas pela atuação no fortalecimento da graduação em Medicina diante da realidade de saúde contemporânea e exerce(ra)m influências no currículo também pelo poder institucional que possuem como dirigentes no curso. Além disso, a reestruturação de órgãos decisórios também foi considerada uma ação estratégica, na medida em que as representações de cada departamento no colegiado foram sendo reavaliadas e, sendo necessário, substituídas. A necessidade de substituição surgia quando o professor não demonstrava interesse ou afeição pela graduação e, com a participação da direção da Faculdade nas plenárias dos departamentos, as representações eram reescolhidas.

O Colegiado de graduação foi evidenciado por representar um espaço onde o curso de graduação é constantemente avaliado e discutido por professores que optem por pensar a educação médica e que têm identidade com o PPP em sua proposta de mudança. A relevância disso é expressa a seguir:

[...] o colegiado com essa outra cara, com professores diferenciados no colegiado a gente consegue pautar uma discussão técnica do curso, política também do curso. O curso passa a ser o foco quando você tem pessoas mais interessadas lá. E hoje a gente tem a maioria dos representantes dos departamentos que gostam do que estão fazendo. Estão lá. Não estão obrigados. Sabem que estão lá e que outros virão. Mas enquanto estão lá, a gente conseguiu discutir SISu no Colegiado, discutir... tudo isso que a gente faz com os departamentos, passa pelo colegiado também. Além do comando ser uma pessoa importante e bem reconhecida internamente, que é a professora C, que cuida da formação, participando dos Fóruns nacionais, das discussões de currículo, das discussões curriculares, de revisão de diretrizes... ela tem uma formação pedagógica, ela sabe lidar com a questão do ensino, ela não é só especialista na área dela. Então, isso tem ajudado muito, essa luta da gente botar o colegiado, isso tem ajudado bastante. Temos uma série de problemas ainda, mas eu acho que não estamos ruins como poderíamos estar se não tivéssemos feito isso, levando por inércia, deixando acontecer. Não. A gente está com uma postura ativa em relação ao curso, é o que eu digo a eles. Atentos, fazendo esse acompanhamento, mexendo no que tem que mexer. Já reestruturamos alguns internatos, inclusive. Agora estamos focados até o final do ano no módulo clínico. Ainda é um nó. (DM2)

Esse processo de participação e avaliação constante na conformação do currículo inclui os estudantes. Como tática para viabilizar a inserção mais efetiva destes sujeitos nos espaços decisórios, o Programa de Educação Tutorial (PET) em Medicina passa a integrar o colegiado, avaliando o currículo sob a perspectiva do discente. Isso é feito com uma metodologia de avaliação que olha para “todos os componentes curriculares, todos os professores, dividindo entre infraestrutura [estrutura física], as disciplinas, os módulos, as atividades, os docentes, o suporte técnico e administrativo, todos os itens que envolvem a operacionalização do curso” (DM2). Dessa forma, o PET tem garantido a voz do estudante no processo de construção do currículo, o que gera as seguintes ações, descritas por uma das dirigentes:

A partir disso, a gente vem acompanhando essa operacionalização do curso. A cada semestre a gente mantém as reuniões regulares com as chefias de departamento na última quinta-feira do mês. Na pauta, a graduação é prioridade pra gente, porque nós temos mil alunos matriculados na graduação e é a razão de ser da Faculdade, por mais que a pós [graduação] seja importante, mas já tem um espaço próprio da pós, que já tem os quatro núcleos, um espaço importante, e o colegiado participa dessas quintas-feiras mensais. A cada momento a gente identifica qual é o principal foco que a gente vai se debruçar, além das questões gerais de todos os departamentos envolvidos: onde é que a gente está com mais problema naquele momento? e aí a gente desdobra com aquele departamento. Essa d'agora, a gente vai ter um foco nos módulos clínicos, que a gente ainda tem pendências importantes pra resolver. Já fizemos isso com o Internato de Cirurgia, fizemos com os componentes curriculares da pediatria, da medicina preventiva e social... então, a gente vai pegando à medida que essa avaliação e essa escuta sinalizam, a gente já acorda com os chefes e, depois, a gente desdobra esse encontro coletivo das chefias com o departamento, com os coordenadores de módulo de disciplina e com os professores. E assim a gente vem mexendo e fazendo os ajustes, ou seja, o espelho é o PPP, ainda que tenham alguns equívocos lá que agente já compreende que precisa estruturar, mas o marco conceitual do curso, a gente adota ele como referência

Outra estratégia é a substituição progressiva do corpo docente, tanto dos substitutos, apresentados como um número alto<sup>23</sup> para o compromisso esperado destes atores no cenário de transformação curricular, quanto dos docentes que são resistentes à mudança e que constituem uma barreira para o avanço do currículo em direção à democratização da saúde. Professores egressos da FMB, que participaram dos movimentos de produção do PPP e que foram estudantes críticos, conformam o perfil desejado pelos dirigentes. Do mesmo modo, a entrada de professores novos é um facilitador por estes serem menos resistentes, até afeitos, à proposta de transformação da educação médica, como afirma um dos dirigentes:

[...] conseguimos, pela carga horária que é dada, todos os módulos em que estamos envolvidos e tudo o mais, alguns professores. Isso eu tô falando porque é um aspecto positivo porque são novas pessoas que já entram com o currículo que tem esse formato e que você pode trabalhar com um pouco mais de maleabilidade pra aceitar e também embarcar nessa luta, porque com certeza resistências ainda existem, mas eu acho que hoje você tem um corpo [docente] mais aberto porque entraram muitas pessoas novas, um corpo mais aberto pra continuar nessa batalha pra se chegar a isso aí. (DM1)

No trabalho com os professores, uma estratégia para aproximá-los da proposta foi o Programa de Alunos Especiais Docentes (PAED), em que 44 docentes efetivos do curso de graduação ingressam no programa de pós-graduação em Medicina e Saúde como alunos especiais, recebendo apoio para cursarem os componentes curriculares do doutorado, escreverem um projeto de pesquisa e concorrerem a uma vaga neste curso. A estratégia está em que, obrigatoriamente, para participar do PAED, o docente deve produzir um projeto que

---

<sup>23</sup> Na primeira década do séc. XXI, havia por volta de 115 docentes temporários, do total de quase 270 docentes atuantes. Atualmente o número de temporários é 38 (Fonte: UFBA, sítio da Pró-Reitoria de Desenvolvimento de Pessoas, acesso em 08/03/2014)

tenha a educação médica como tema e orientar discentes de Medicina em iniciação científica, também estudando esse tema. Hoje, segundo um dos dirigentes, seguindo uma agenda definida entre eles, 20 professores já fizeram o curso de Doutorado em Medicina e Saúde por meio do PAED, e os outros estão no mesmo caminho.

Um dos resultados desse empreendimento é o seguinte:

fiz um trabalho focado nas equipes de Saúde da Família, com os Agentes Comunitários e com os estudantes que estavam lá, estudantes de quinto ano. Fizemos um trabalho com esses alunos e esses professores do chamado PAED – Programa de Alunos Especiais Docentes, e geramos uma produção, que foi um livro apoiado pela OPAS, onde nós fizemos que esses professores refletissem sobre esse especialista na formação generalista. Então, cada um teve que escrever um capítulo desse livro que eu posso passar pra você depois, porque ele foi feito em copyleft pra gente distribuir mesmo, pra que eles se vissem nessa mudança do curso, tendo uma contribuição a oferecer. Ou seja, eu sou pneumologista e como é que eu vou atuar formando um generalista? Porque a tendência naquele momento, 2005-2006, era uma rejeição à mudança, entendendo que eram especialistas e não podiam contribuir pra mudança. Então o exercício foi: O que é, da sua especialidade, que é importante para o generalista? E aí cada professor tinha que ter, no mínimo, três ou quatro alunos [em orientação]... Foi trabalhoso, mas saiu. É um livrão. E cada um escreveu um capítulo, [...] foi extremamente interessante porque aí nós passamos a ganhar mais adeptos ao processo nessa caminhada com eles, os alunos começaram a se envolver mais, nós chegamos a ter oitenta alunos de graduação nesse programa voluntário, e tivemos que criar um programa de iniciação científica pra voluntários. (DM2)

A intenção de agregar sujeitos na “luta” em uma ativa “sedução política” como afirmam DM1 e DM2, vem abrindo espaço para a discussão da prática docente, das metodologias de ensino-aprendizagem e da postura do professor na educação universitária em saúde. O esforço empreendido nesse sentido parece ganhar materialidade quando a primeira semana pedagógica da FMB é realizada e, o que causa mais surpresa aos dirigentes, com um número significativo de professores. A surpresa supracitada é descrita a seguir:

A gente começou. Nós conseguimos fazer a primeira semana pedagógica nessa faculdade, esse ano. Mas eu disse: “Ela vai acontecer. Nós vamos parir essa semana nem que seja a fórceps, mas nós vamos fazer com quem quiser”. E eu tive que documentar, porque eu nunca vi oitenta e oito professores dentro de uma sala discutindo isso. Eu disse: “Olhe, eu estou tão emocionada que vocês estão aqui, que eu vou tirar uma foto pra documentar.” Eles tiraram a maior onda comigo, porque eu nunca vi tanto titulado junto em semana pedagógica, antes de começar o semestre. Fizemos de 07 a 11 de outubro. (DM2)

A semana pedagógica consistiu em encontros para dar visibilidade às ações afinadas com o novo currículo, que vinham logrando sucesso dentro da Faculdade de Medicina, como descrito:

Trouxemos gente pra falar de metodologias ativas, e mais, pensamos as boas experiências dentro do nosso próprio curso, porque tem departamentos fazendo coisas legais. Se auto avaliando enquanto eixo na formação, porque qual é a lógica

do curso: A Saúde Pública, a Medicina Social, que é a minha área. A gente tem que se ver como um eixo dentro da formação, porque nós estamos hoje, em todos os momentos do curso. Então ela não pode se ver como coisas estanques que são coladas na estrutura curricular. A pediatria, que está em alguns momentos... a lógica é que cada área se veja como eixo longitudinal na formação e se auto avalie assim também, usando os subsídios que a gente já tem dessas avaliações que temos feito. Mas também todo mundo se ver, não só o que a gente chamou de eixo ético-humanístico ou da formação científica, mas todos os campos se verem como eixos que estão inseridos em vários momentos do curso. Isso tem que ter um fio condutor, não pode ser uma coisa que num semestre não tem nada a ver com o outro, ou então que vai repetir o que viu no outro. Isso fez com que a gente tivesse uma discussão interessante. Na programação que nós fizemos pra Semana, nós pegamos professores que se utilizam de metodologias ativas, porque alguns hoje, que temos aqui, tem essa formação. Então, trouxeram as experiências deles de avaliação, de estruturação das disciplinas e dos módulos... quer dizer, se a gente começa a mostrar bons exemplos e boas experiências nossas, contamina um pouquinho mais.

Também é afirmada, nesta atividade, a ênfase na integração dos conhecimentos disciplinares, na autonomia do estudante em seu processo educativo e em práticas anti-autoritárias nas atividades educativas. O efeito disso nos docentes é descrito como positivo e “sedutor” e teve como principal ganho a exposição dos docentes a atividades e meios diversificados de ensino-aprendizagem, mais condizentes com o PPP. No trecho abaixo, exemplifica-se essa afirmação:

E alguns já diziam “nossa, como é que eu posso fazer isso, como posso usar o Moodle da UFBA?” “Como é que é usa a ferramenta Moodle<sup>24</sup> pra um curso de graduação? Vamos discutir isso? Quem está fazendo? Como é que está fazendo? Como é que os outros podem fazer?” Foi legal, porque foi dando a oportunidade pra alguns que nem sabiam que as coisas existiam, começar a ouvir falar disso. E os maiores exemplos, nós tiramos daqui de dentro mesmo. Professor que tem doutorado em Educação, que fez. Outros que tem formação em metodologias ativas, porque tem uma oportunidade, que ensinam na Escola Bahiana, que eles investem muito nos professores lá e eles também ensinam aqui. Então, a gente trouxe a experiência desses professores na Pediatria, na Medicina Preventiva e Social; o uso do *portfólio*, uso do diário de campo, várias questões que a gente considera que são interessantes e que foram. A avaliação nossa é que foi muito legal ter feito isso, porque a gente tem uma média de setenta a oitenta professores participando das atividades... foi uma raridade. (DM2)

Os esforços parecem convergir para um objetivo: agregar atores curriculantes, ou, conforme Garcia (1989) os agentes de ensino-aprendizagem ao projeto de mudança da educação médica em direção ao ideário da RSB. O uso de práticas pedagógicas, como matrículas em cursos de doutorado e em atividades educativas na tentativa de produzir consenso, mostrou-se uma estratégia que produz resultados relevantes na adição de poder técnico e político ao grupo com identidade democratizante.

---

<sup>24</sup> MOODLE é o acrônimo de "Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment", um software livre, de apoio à aprendizagem, executado num ambiente virtual.

#### 4.4.2 Enfermagem

A primeira estratégia do grupo identificado com a militância pela RSB e pelo SUS foi assumir cargos de direção na Escola de Enfermagem. As tentativas anteriores, iniciadas em 1996, de provocar mudanças no currículo fracassavam exatamente pela resistência da direção da Escola, apoiada por parte dos docentes, o que levou estudantes, funcionários técnicos e alguns professores, 14 anos depois, fortalecidos como grupo e inquietos com o fato de que a flâmula da formação de profissionais voltada para o SUS e para as reais necessidades de saúde da população estava sendo retirada dessa Unidade, a elegerem um representante seu como dirigente. No mandato de 2009 a 2013, o objetivo da Escola de Enfermagem foi conceber e implementar um novo currículo.

Com este grupo na direção da Escola, o novo Projeto de curso teve sua redação completa em agosto de 2009 e foi aprovado formalmente em 2010, quando teve, já no semestre 2010.1, sua implantação. O PPP foi então uma síntese das discussões realizadas desde 1996, com as intenções do grupo e as adaptações impostas pelo sistema disciplinar da Universidade. A atuação em cargos de direção acumulou-se, estrategicamente, ao exercício da docência em alguns componentes curriculares na intenção de garantir que as propostas para o modo de funcionamento se concretizassem. Projetos de pesquisa e extensão, como o “Observatório da Saúde”, discussões sistemáticas com os discentes sobre as concepções de saúde e a avaliação constante da implantação do currículo são atos viabilizados pela assunção de cargos de direção.

Este grupo contou com docentes que tinham formação em educação superior em saúde e com um *know-how* sobre a educação de Enfermeiras para o fortalecimento da RSB e de seu ideário “de modificação, por exemplo, da relação do sujeito com a saúde, com o direito à saúde” (DE1). Com isso, a intenção era manter o projeto de mudanças na maneira de produzir educação na ESCOLA DE ENFERMAGEM. O desafio era a falta de espaços para essa discussão, para a reflexão sobre a docência em saúde, bem como a disputa entre departamentos que deveriam atuar em sinergia no currículo. O que gerava gastos de energia e tempo para romper dicotomias sustentadas pela rivalidade entre o Departamento de Enfermagem Comunitária (Decom) e o Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração em Enfermagem (Demcae).

Para romper com essa lógica, a ação foi a seguinte:

[...] a gente, quando assumiu, constatou que nenhuma estrutura é determinante de nada, mas ela pode dificultar ou facilitar a estrutura organizacional. Então, a gente começou pegando o pretexto da mudança do estatuto, do regimento da UFBA, porque a gente tinha que fazer um regimento aqui para a Escola de Enfermagem. Então a gente pensou em pegar isso como pretexto pra gente fazer toda uma discussão da nossa estrutura organizacional, de como estavam os nossos processos de trabalho que, assim: a gente tinha estruturas engessadas, burocráticas, você passava reuniões de departamento só discutindo burocracias, progressão e não sei o quê. Foi outra ação pedagógica, a gente não tinha espaço, como agora a gente tem no NDE, como a gente tem nos Encontros Pedagógicos, que são espaços para discutir a questão pedagógica e a formação, então, a gente tinha que criar esses espaços marginais. A gente achava que precisava criar mais; precisava ter uma estrutura organizacional que facilitasse isso. Aí, o quê que a gente fez? A gente fez um novo investimento, foi toda uma discussão muito interessante. Começamos, antes do regimento, a articular ações conjuntas pros departamentos trabalharem juntos. Mas aí, quando a gente fez o regimento, a gente dissolveu os departamentos, criou uma Coordenação Acadêmica, e a gente quis botar o nome: Coordenação Acadêmica para poder discutir as questões ACADÊMICAS. Nessa Coordenação Acadêmica a gente criou um grupo executivo, que articula os colegiados da graduação, da pós e o núcleo de apoio à pesquisa. Essa coisa que a gente começou a dar um formato. E fizemos uma coordenação técnica, administrativa e financeira, pra gente tentar deixar nessa coordenação, o que fosse mais cartorial, o que fosse de infraestrutura, essa coisa que demandava essa discussão burocrática. Para que a Coordenação Acadêmica ficasse mais liberada. Não está totalmente porque tem coisas que pelo estatuto da UFBA que não pode, mas, mais para as discussões acadêmicas. Então, nessa Coordenação tem um núcleo de apoio à pesquisa, extensão e inovação, que a gente conseguia articular nesse núcleo todos os docentes, que aí a gente consegue fazer articulação entre a graduação e pós, quer dizer, todas as linhas de pesquisa, toda a extensão. Então, agora mesmo, a gente está discutindo, tivemos uma mostra agora em novembro para socializar tudo que a gente faz, e a gente está tentando ver se articula pesquisa e inovação com extensão e com ensino. (DE1)

Mesmo com a permanência da dicotomia entre os dois grupos, haja vista o pouco tempo passado, o ganho para a Escola consiste em reduzir consideravelmente o tempo de trabalho dos docentes com questões organizacionais e investir na discussão da docência em Enfermagem na contemporaneidade. Com isso, o NDE e os Encontros Pedagógicos foram instituídos como locais privilegiados para a troca de experiências e a reflexão entre os professores, sendo pautados temas como processos de trabalho em saúde, linhas de pesquisa, articulação com os serviços de saúde, interdisciplinaridades, trabalho multiprofissional, uso de metodologias que tornem o estudante sujeito ativo nos processos político-educacionais na instituição, além da avaliação anual do curso e das práticas curriculares.

Outra vertente estratégica é estimular que a educação se processe a partir dos espaços de prática, da comunidade onde os componentes são realizados. As ações do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) é um recurso que tem sido utilizado nesse sentido. Porém uma ação indicada como desejada e que, no contexto de afirmação do novo currículo, ainda não pôde ser aplicada são os “projetos estruturantes”, uma possibilidade de

intervir de forma mais transformadora na comunidade enquanto espaço de ensino-aprendizagem. A maior dificuldade para isso, no entanto é o fato da Universidade ser, ainda, uma visita dentro dos serviços de saúde do SUS.

Os estudantes também são estimulados à participação por meio de uma inserção no debate acerca do trabalho da enfermeira no paradigma sanitário contemporâneo. A estratégia constituída para isso foi a promoção semestral da Semana do Calouro em articulação do Diretório Acadêmico (DA) com o Colegiado do curso, como descrito a seguir:

uma ação pedagógica que eu acho que marca muito e das avaliações do currículo a gente acha que ela tem surtido um efeito muito grande, a gente faz aqui a Semana do Calouro. É o DA que organiza junto com o Colegiado. Na Semana do Calouro há discussões políticas sobre a Reforma Sanitária, sobre democracia, sobre saúde, eles fazem com dinâmica, envolvem todos os professores. A gente suspende todas as aulas, então, os mais antigos participam da organização e os calouros todos. Eu acho que é um movimento político, mas, digamos assim, é uma formação pedagógica incrível. (DE1)

A principal estratégia nesse contexto foi, além da produção e fortalecimento da base legal para as mudanças curriculares, a ocupação de espaços políticos com alto poder institucional pelo grupo que concebeu o novo currículo. Com isso, a determinação de um arbitrário cultural que privilegia os princípios e valores da RSB encontra substrato capaz de suportar um processo de mudança mais sólido, ainda que lento.

#### **4.4.3 Saúde Coletiva**

A concepção do curso com a participação ampla de toda a comunidade do Instituto de Saúde Coletiva foi a primeira estratégia no sentido de conduzir um processo legitimado institucionalmente, como expresso nesta fala:

Na construção é uma história um pouco longa, mas, pra encurtar, eu coordenei uma comissão que o Instituto criou em 2007-2008 para formular o que veio a ser a última versão do projeto de curso de graduação. E meu papel foi fundamentalmente o de coordenador de uma comissão, que tentou o máximo possível ouvir a todos e incorporar as sugestões e recomendações do conjunto dos colegas. Foi um processo aberto, amplamente participativo, com várias reuniões gerais de toda a comunidade do ISC, em que se apreciava, a cada versão, aquilo que estava sendo proposto. (DSC1)



Este princípio, da participação de todos os atores, continuou influenciando os atos de currículo do curso. O Colegiado da graduação conta, por exemplo, com a participação dos estudantes e do Núcleo Docente Estruturante nos espaços de avaliação dos processos educativos e de revisão do PPP. A garantia buscada é a de que a graduação se empenhe em produzir trabalhadores comprometidos com a Reforma Sanitária Brasileira. Conforme um dos entrevistados descreve:

A gente tem reuniões de colegiado que contam com participação estudantil. A gente tem reuniões ampliadas no Núcleo Docente Estruturante, também com participação estudantil, onde a gente avalia e discute os processos relacionados ao curso; o que precisa ser melhorado, como é que tá funcionando... Por ser um curso novo, algumas experiências iniciais com alguns dos componentes curriculares foram se adaptando no decorrer do processo, então, ganhando outra cara; principalmente os componentes de prática e de seminários interdisciplinares foram se adequando a um formato que aparentemente tem funcionado melhor agora. Então... isso sempre tentando espelhar quais são os objetivos do Projeto Político Pedagógico com a realidade do curso. A gente tem sempre essa meta de ter um curso voltado para a formação de profissionais comprometidos com o Sistema Único de Saúde, compromissados com a proposta de Reforma Sanitária; e formando sujeitos que tenham uma ação reflexiva, com capacidade de transformar a realidade, críticos e reflexivos, nesse sentido. Isso é o que o projeto propõe de certa forma: pessoas engajadas, mas que também tenham o outro lado do conteúdo mais formal de competências a serem adquiridas do ponto de vista mais... competências para o trabalho, competências técnicas. (DSC2)

Outra estratégia, mais direcionada às dificuldades impostas pela burocracia da UFBA ao barrar o desenho curricular proposto, foi registrar um documento que fosse adequado ao modelo solicitado pela Pró-reitoria de Ensino e Graduação e, na prática, construir um currículo integrado, com a prática dos estudantes definindo a direção dos estudos em módulos, mantendo, por outro lado, espaços para atender a demandas mais básicas como informática e aproximações ao que seja o campo da Saúde Coletiva e o uso de conhecimentos das Ciências Sociais. Como dito nesta fala:

Não havia negociação possível na época para que a UFBA entendesse e aceitasse qualquer outra coisa que não fosse uma estrutura disciplinar mais tradicional. Foi um aspecto e, por uma questão muito mais de praticidade e de oportunidade, nós resolvemos aderir a esse modelo sob o entendimento que uma coisa é aquilo que você registra e outra é a prática. Você pode ter um modelo formal, tradicional, registrado por conta do sistema de registro de componentes, e pode fazer uma prática diferenciada, em que as fronteiras e os limites entre esses componentes desapareçam ou se integrem por completo. (DSC1)

Nesse sentido, de desvanecer os limites entre componentes curriculares, entre estudantes e professores, o protagonismo do estudante é estimulado nas atividades educativas. O docente é convidado a se inserir dentro dos contextos educativos como um apoiador dos processos de autoaprendizagem, onde as trocas entre estudantes de diferentes semestre e, até mesmo, de diferentes cursos, são valorizadas e desejadas. Dessa forma, os separadores entre

as turmas, o que hierarquizaria o conhecimento, vão sendo diluídos em atividades práticas, seminários geridos pelos discentes, complexificando a compreensão sobre a realidade que se apresenta ao estudante. Exemplos dessa integração entre eixos do conhecimento, entre estudantes de semestres diferentes e entre áreas de atuação podem ser vistos no trecho a seguir:

[...] cada semestre o aluno se matricula e vai entrar em uma temática dessa, em um grupo desses. Então, ele passa um semestre trabalhando em uma equipe, com alunos de diferentes níveis no curso, sob a tutoria de um docente. Outro semestre que eu fiquei com esse componente, eu trabalhei com Vigilância Epidemiológica. Nesse período, a gente visitou a Vigilância Epidemiológica a nível central no município, no estado, a VIEP e a DIVEP; Visitamos a Vigilância Epidemiológica a nível de Distrito Sanitário, visitamos a Vigilância Epidemiológica do próprio Hospital Couto Maia, que tem uma vigilância epidemiológica de referência na área de doenças infecciosas e trabalhamos muito com análises de dados, com leituras e interpretações de boletins epidemiológicos, discutindo como é que se constroem, como é que analisa e, ao fim, como temática de conclusão, a gente trabalhou com bancos de dados do SINAN, fornecidos pelo Couto Maia, pra fazer análise de situação de saúde, montar uma espécie de boletim epidemiológico do Hospital. Outro momento, a gente trabalhou com a questão da tuberculose, então a gente tava discutindo o programa, a Política Nacional de Controle de Tuberculose e visitando unidades de saúde, que faziam atendimento pra tuberculose nos Distritos Sanitários. Então, desde uma emergência a uma Unidade de Saúde da Família, a um posto de saúde... como é que isso? Sempre com o olhar de como é que era a assistência e o controle dos programas de vigilância e controle e assistência pra o portador de tuberculose ou familiar de um paciente com tuberculose e como é que a política se dava; quais eram os objetivos... Então, era essa a discussão. Esses momentos práticos, eles permitem você ter uma ação interdisciplinar, você tá discutindo uma política, mas você está vendo como é a assistência, você está trabalhando com a epidemiologia, a questão política, então, em geral você consegue casar diferentes pontos. [...] Ou você está na disciplina de Educação e Comunicação, aí os alunos estão produzindo um boletim epidemiológico ou tão discutindo comunicação, como é que a gente transforma uma informação com o foco técnico para um acessível pra população.(DSC2)

A estratégia nesse curso baseou-se em produzir um currículo oculto que se afastasse do modelo disciplinar que foi possível durante a construção do PPP e que fosse próximo à ideia original de módulos onde os limites entre os componentes fossem borrados pela problematização da realidade apreendida pelos docentes e estudantes nos campos de prática. Há um desapontamento do docente entrevistado quando se afirma que os estudantes percebem uma proximidade entre o que é expresso no PPP e o que percebem em sua vivência no curso.

#### 4.4.4 Bacharelado Interdisciplinar em Saúde

Como estratégia para que os docentes deste curso conheçam e familiarizem-se à proposta do PPP, um ponto de dificuldade expresso anteriormente, o Núcleo Docente Estruturante é o espaço eleito para a reflexão do exercício docente. O objetivo é fazer um intercâmbio entre o que todos os docentes fazem; o que sabem fazer a partir de suas trajetórias e o que o BIS precisa que seja feito. Um exemplo disso é apresentado na fala da docente ligada à operação do currículo:

A gente tem um grupo muito bom de trabalho no BI Saúde, nós fazemos reuniões sistemáticas do NDE, Núcleo Docente Estruturante exatamente pra discutir o Projeto. Por sistemática quero dizer uma vez por mês e a gente faz isso. A gente agora tá propondo a vinda de uma pessoa que discuta mais uma ideia de currículo, muito mais alternativo, pra gente começar a pensar o nosso próprio modelo, o nosso projeto... ajudar a construir, a fazer uma revisão do projeto em direção de algo que a gente acredite mais, quer dizer, o “acredite mais” é a gente começar a acertar os nossos próprios ponteiros, porque, embora seja um grupo bom de trabalhar, comprometido, porque está aqui, em grande maioria porque quer estar, boa parte. Não sei se posso dizer que todos, mas em grande maioria sim, quer estar aqui. Isso é muito bom. Não sei se isso acontece nos outros BI, mas no de saúde, talvez 90% quer estar no BI, não quer estar em outro lugar. Isso é muito importante. Então, é um grupo que trabalha, que ensina, que é interessado na formação dos estudantes, eu acho, uma boa parte está muito preocupada, que propõe atividades extensionistas. A grande maioria é o BI Saúde que propõe, e são atividades muito distintas; que faz pesquisa. Eu acho que é um grupo muito bom e isso já é uma boa coisa pra gente conseguir pensar. Agora, efetivamente, existem diferenças nas mentalidades, como a gente quer construir isso, como a gente acha que é possível [...] então é que a gente tenha um espaço efetivamente pra gente pensar o que a gente faz; como está fazendo e o quê que a gente espera com o que tá fazendo. Essa é a ideia do NDE. Nesse sentido é muito interessante e acho que esse é o momento em que a gente está de fato pensando aí a operacionalização. Na verdade esse é o momento mais da reflexão, digamos assim que parte da nossa prática. (DBIS2)

Discutir o PPP nas orientações acadêmicas, junto com os estudantes, também é uma estratégia de aproximação para o professor e para o discente. A orientação acadêmica é descrita como um espaço de tempo onde os estudantes podem discutir com um docente de sua escolha as questões relacionadas ao seu percurso no BIS, suas dúvidas, suas angústias e interesses. É um espaço de conversa organizado de múltiplas formas a depender dos acordos feitos entre os participantes. Podem ser feitas por e-mail, presencialmente, em grupos ou individualmente. É uma estratégia ainda subaproveitada pelos estudantes e sofre resistência de alguns professores. O relato a seguir demonstra o seu uso na aproximação com o PPP:

Logo em seguida, dois, três meses, assumi a Orientação Acadêmica, que também faz parte do projeto. Então, nesse momento, quando eu começo a assumir coisas no IHAC, é que, de fato, vou me envolvendo efetivamente com o Projeto,

compreendendo melhor porque eu tenho que orientar. Orientação Acadêmica, você tem que falar do projeto, você tem que dar resposta, você tem que discutir o Projeto com os novos alunos, com as pessoas que não sabem onde estão, enfim. Tem que realmente se apropriar. Esse foi um segundo momento, digamos assim, embora hoje a gente tenha muita resistência dos professores. Bom, todas essas particularidades dos alunos, que eles querem saber, todas essas dúvidas, nós também temos, mas eles estão nos documentos, basta ler. É um discurso muito corrente. No entanto, foi interessante por ser exatamente num momento em que, por não saber, eu tinha que realmente recorrer aos documentos, me apropriar disso por estar nesse lugar. (DBIS2)

Além disso, o que aproxima o currículo que se conforma no cotidiano e os projetos desenvolvidos na Extensão e na Pesquisa dos ideais e valores da RSB, é o fato da grande maioria do corpo docente se constituir de pessoas que pensam a saúde como um objeto complexo, atravessado por diversas determinações, e que têm a formação pós-graduada em Saúde Coletiva no percurso acadêmico. Como se vê a seguir:

[...] boa parte de nós que está no BI Saúde, eu diria todos. Acho que posso dizer isso. Todos desejam estar aqui, porque as pessoas, de alguma forma, são pessoas que já vêm de uma discussão sobre o campo da saúde, já vêm de um processo da própria formação também, eu diria mais interdisciplinar. Não só aqueles cursos diferentes da sua formação original, não isso, mas pelos próprios objetos de discussão, pelo próprio olhar. Também são pessoas aí, para o bem ou para o mal, são filhos da Saúde Coletiva, somos todos, ou uma boa parte, praticamente todos, do ISC [Instituto de Saúde Coletiva da UFBA], com alguma formação no ISC. (DBIS2)

Esta configuração do corpo docente é um fator forte na determinação de um curso que amplia o olhar para a saúde e que produz em suas práticas o privilégio do ideário da RSB no repertório dos componentes curriculares, como a determinação social da saúde, a visão crítica sobre as influências políticas e econômicas sobre a saúde da população, o estímulo ao conhecimento sobre maneiras de intervir na estrutura social, entre outros. As oportunidades de estímulo a essa crítica durante a graduação dos docentes também são apontadas como um facilitador do processo de construção do BIS como um currículo amplo e multidirecionado. Ainda assim, a dificuldade de discutir e de afinar as ações dentro do curso, ainda permanece. Estratégias estão sendo pensadas, mas ainda inconclusas.

A respeito dos obstáculos impostos pelos discentes ao considerarem o BIS como um instrumento para outro curso, sem aproveitamento ou valorização deste como espaço para imersão nas diferentes culturas da Universidade, para experimentação e reflexão sobre possibilidades de carreira. Isso ainda é motivo de angústia entre os docentes, ao que apontam como esperança, a experiência da nova Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Na UFSB, a entrada para todos os cursos de graduação se dará através dos BI, o que potencialmente é a maneira mais eficiente de transformar o modelo de Universidade

bonapartista, fragmentado e anacrônico (ALMEIDA-FILHO, 2007), integrando os ciclos na formação em saúde. Esse desejo é expresso em falas como:

Tem vários problemas aí que surgem em decorrência dessa concorrência acirrada pelo score pra entrar no curso de Medicina. Esse é um problema. A única base ou informação, ou modelo que a gente tem escutado falar pra superar isso, é o modelo que tá implantando lá na Federal do Sul, que é o modelo em que a nota deixa de ser individual pra ser compartilhada. Ou seja, a nota do colega reflete na sua. Isso que se pretende implantar lá no Sul é algo que a gente vai acompanhar de perto pra ver como isso, de fato, se efetiva pra ver que discussão ou que mudança a gente pode fazer aqui. Mas, por enquanto, a gente tem esse problema e não conseguimos resolver o problema da forte competição entre os alunos e dessas tensões que acabam acontecendo na relação professor-aluno em função de uma nota aquém da desejada. Isso acontece muito, está marcado tanto no relato dos alunos, quanto no relato dos professores também. (DBIS1)

É premente nesse curso a sustentação de seu projeto pelos docentes da UFBA, haja vista que ele se processa para além do IHAC, em todas as Unidades Universitárias. Essa demanda, pensando a partir dos cursos analisados, é possivelmente o desafio mais difícil a ser superado uma vez que o tempo dedicado pelos docentes na reflexão conjunta da formação em saúde é exíguo. A tendência no IHAC, expressa nas entrevistas, é que cada docente continue realizando seus projetos pessoais no que se refere à pesquisa e a atividades de extensão, evitem os componentes que lhes sejam excêntricos (como os Estudos sobre a Contemporaneidade e as Oficinas de textos acadêmicos e técnicos em Saúde) e a fraca discussão a respeito da proposta inovadora desse curso, com determinação conjunta de estratégias de enfrentamento às dificuldades que se apresentam à sua operação.

#### **4.5 O que os estudantes dizem do currículo que vivenciam?**

A seguir, apresenta-se a percepção dos estudantes sobre sua vivência nos novos currículos. Os relatos que fazem referência ao Bacharelado Interdisciplinar em Saúde foram produzidos após a colação de grau neste curso; já os referentes aos CPL, foram produzidos durante os três primeiros semestres dos cursos. No geral, predominam aulas expositivas e uma forte relação de autoridade entre professores e estudantes, com poucas exceções, delegando a esses últimos um papel passivos no processo de ensino-aprendizagem. Os espaços onde os

estudantes experimentam maior autonomia estão em projetos de extensão ou em Ações Curriculares em Comunidade e Sociedade (ACCS).

Fica evidente a discrepância entre o PPP e o currículo produzido na experiência dos estudantes especialmente nos cursos de Medicina e Enfermagem. Por outro lado, na graduação em Saúde Coletiva há uma aproximação entre currículo documentado e o currículo produzido nas relações, o que surpreende negativamente um dos concebedores, já que a intenção neste curso era de produzir um projeto para formalização na UFBA e um currículo mais afinado com as intenções da unidade, com inovações na organização da matriz curricular, conforme descrito anteriormente.

#### 4.5.1 Medicina

Como ilustração inicial, podemos analisar uma descrição de aula durante *shadowing*, que representa a grande maioria dos relatos produzidos:

Encontramos a turma no anfiteatro do 4º andar do ICS, que é uma sala muito grande, estando as pessoas mais concentradas na frente e no centro, em cadeiras voltadas para o professor, que ficava em uma parte mais alta no piso e usava um microfone para ampliar a sua voz. Havia um número grande de alunos na sala, mas EM1 disse-me que ali estavam apenas, mais ou menos, metade da turma, confirmando que muitas pessoas não vão para essa aula. O professor estava no meio da explicação sobre o Sistema Respiratório, abordando as doenças que podem acometer este e como identificá-las através de sinais e sintomas. EM1 procurou um lugar mais afastado, abriu seu caderno e começou a fazer as anotações do que achava importante. Ela me falou que estava feliz porque não era uma outra professora do componente que estava ministrando esta aula, pois esta não estimulava o aluno na aprendizagem, sendo uma aula menos dinâmica – o que pode ser um dos motivos para as pessoas faltarem tanto às aulas – E, pelo que constatei, este professor, realmente, interagia bem com a turma, arrancando até risos e deixando o clima mais “leve”. EM1 estava, constantemente, atenta ao seu celular, chegando até a sair para receber uma chamada. [...] Apesar de, sempre, anotar alguns pontos da fala do professor. Seu cansaço se confirmou não ser apenas a minha imaginação quando ela me afirmou, ao final da aula, que estava com sono, pois havia passado a noite acordada estudando. Em seguida, nos dirigimos ao auditório do 1º andar, a fim de assistir aula de Fisiologia, que trataria do Sistema circulatório e do controle da pressão arterial. [...] Dessa forma, procuramos lugares para sentar. Esta sala era menor que a anterior, mas a organização dos alunos era semelhante: concentrado na frente e no centro. Antes que a aula efetivamente começasse, EM1 saiu da sala a fim de procurar um colega e eu a acompanhei. Fomos até a cantina do prédio, aproveitando para lanchar. Lá, encontramos várias ex-colegas do BI de outro semestre de Medicina e começamos a conversar, ficando fora da sala por volta de uma hora. EM1 comentou que esta aula também é considerada uma das que são

“mangueadas”, em que a turma falta muito, pois algumas pessoas tem o costume de gravar o áudio das aulas e repassar para o resto da turma. Quando voltamos, EM1 começou a fazer anotações do assunto em seu caderno, mas logo o seu cansaço a venceu e ela começou a cochilar. Nesse momento reparei que a turma estava bem dispersa, só prestando realmente atenção à aula quem estava na frente. EM1 acordou após alguns minutos, estava, aparentemente, muito cansada, e variava entre prestar atenção à aula, monitorar o celular e dar pequenas cochiladas. (EE1 seguindo EM1 - alguns trechos foram excluídos para preservar a identidade do estudante seguido)

As aulas do curso, no período estudado, são descritas como palestras sobre temas específicos do curso. Em praticamente todos os relatos a organização dos atores é a mesma: o professor à frente, exibindo *slides* no programa *Power Point*, diante da plateia de estudantes, sentados, fazendo anotações ou cochilando. Os conceitos não são discutidos ou relacionados a algum momento prático ou problema da realidade de comunidades. São, na verdade, apresentados como dogmas. Diante disso, os estudantes comparecem pouco às aulas e estudam em casa. Como descrito no exemplo anterior, a tendência é que os estudantes não compareçam às aulas, fazendo o que chamam de “manguear as aulas”; estudam em casa durante as madrugadas ou na biblioteca da UFBA e se preocupam em decorar os assuntos para fazer provas e testes. EM2, por exemplo, afirma o seguinte:

Eu acho uma perda de tempo ficar em algumas aulas teóricas. Ficar ali só vendo slide, slide, slides... Então eu prefiro ficar em casa estudando o assunto, do que ir pra sala de aula e não ter interação nenhuma com o professor. Por isso que às vezes eu saio mais cedo. Porque eu já estudei o assunto. Ou então, realmente, eu nem vou pra aula teórica. Porque não cobram presença. Pra mim, ficar em uma aula com oitenta pessoas numa sala, sem ar condicionado, em que o professor fica passando *slide*, eu não aprendo nada. Então, prefiro ficar estudando em casa e nem apareço na aula teórica. (EM2)

Uma das aulas práticas é descrita da seguinte forma pelos dois estudantes:

Às quartas-feiras a gente estava em Bioquímica médica. A gente discute os prontuários. Depois que a gente discute, ela leva a gente pra visitar um paciente. Aí fica cinco, oito estudantes, tudo em volta de um paciente só; cutucando a pessoa, apertando a barriga. Eu fiquei só olhando e conversando com o acompanhante porque eu não fiquei à vontade pra fazer isso. A prática é algo pontual mesmo: ver o que está acontecendo ali, focar na doença, esquecer-se do contexto, do que está em volta, do contexto, da proposta ampliada do conceito de saúde. (EM2)

Acho legal visitar o paciente, na matéria de Bioquímica, porque traz pra realidade, não fica muito naquele aspecto do imaginário. Ela traz situações, a gente vai analisar exames, estudar o prontuário na sala de aula, saber quando você vai precisar pedir cada exame, eu acho bem construtivo. Ela [a professora]<sup>25</sup> levou a gente. Combinou de irmos com jaleco, e levou até um paciente com ascite. Ela chegou lá, cumprimentou ele, avisou e perguntou se podia levar uns alunos, e ele autorizou. Ela pediu que a gente lavasse as mãos, passasse álcool. Pediu que um aluno fizesse. Eu achei constrangedor para o paciente, até porque ela ia explicando pra gente, pra

<sup>25</sup> As inserções entre colchetes foram feitas pelo autor da dissertação. Os textos entre parênteses estão no relato feito pelos próprios estudantes. A escrita dos estudantes foi mantida tal qual entregue ao pesquisador, sendo suprimidas apenas particularidades que revelariam a identidade destes.

gente conseguir repetir. Nem todo mundo fez o exame, o que ela fez, só duas pessoas. Mas a gente ficou conversando com o paciente. Foi tranquilo. No final ela falou que estava tudo bem, tentou confortá-lo porque ele estava sozinho, e, para a gente, ela disse que o prognóstico não era bom. Pra ele, ela não falou. (EM1)

Nota-se que o foco das práticas é ver no paciente aquilo que o professor ensina na sala de aula. Além disso, não há relato de integração entre disciplinas a partir de problemas advindos das práticas. Nas aulas, a prioridade do docente é terminar um bloco de conteúdos em um determinado tempo. A interação com os estudantes, no sentido de conhecer os saberes que estes trazem consigo, ou mesmo de permitir construções em conjunto, valorizando perguntas ou situações do cotidiano, não tem muito espaço. A seguir dois trechos que ilustram isso:

O quê que a gente fala na aula de Biofísica? Nada, não tem como participar da aula, interagir com aquilo ali. Fisiologia até tem um diálogo maior, mas biofísica a gente não consegue interagir. (EM1)

Confesso que me deu um pouco de sono, mas, ao contrário de mim, todos pareciam estar concentrados. Alguns estudantes escreviam o tempo todo, em slides impressos da aula e alguns poucos nos próprios cadernos. Isso me deu uma boa impressão do professor, pois quase todos os estudantes tinham um pequeno bloco encadernado com todos os slides da disciplina, o que mostra que o professor não se importa de disponibilizá-los, como alguns que eu conheço. Isso facilita muito o acompanhamento das aulas. Quando faltavam vinte minutos para acabar a aula, o professor simplesmente olhou o relógio e acelerou a voz e adiantou os slides. Acredito que foi para terminar o assunto no tempo da aula. (EE2 seguindo EM2)

A distribuição dos componentes curriculares no semestre não é entendida pelos estudantes. A estratégia de realizar a matrícula, organizando módulos à parte do Sistema Acadêmico (SIAC) da Universidade parece não ser compreendida pelos estudantes e nem pelos docentes de cada componente. Nas palavras de EM2:

Matérias do terceiro [semestre] desceram pro segundo, por fora do SIAC, e isso é proibido. Inclusive tem matérias que a gente está sendo matriculado fora do sistema acadêmico. Porque o SIAC só permite 600 horas a carga horária do semestre. Acima disso, ele proíbe. E a gente está muito além dessa carga horária, com matrícula por fora do SIAC, a gente está matriculado no colegiado, em anatomia de sistemas que é no terceiro, a gente não recebe nota de nada. No terceiro volta essa matéria de novo, o segundo módulo dela. Outra é fisiologia médica, que é do terceiro que vai começar agora essa semana pra terminar semana que vem... e ela volta no terceiro. Não existe essa integração de modular.

Além disso, quando os estudantes se referem a chamar a atenção dos estudantes, ou fazer uma aula mais leve, significa que o docente costuma usar humor durante as palestras realizadas. Porém o humor, algumas vezes, tem intenções opostas às do projeto do curso, como se nota a seguir:

A aula é cheia de exemplos e piadas em sua maioria, machistas e reacionárias – pontuando bem o modelo medicalocêntrico, a educação e saúde americanas como



referência, etc. O que mantêm a atenção da turma – apesar do burburinho constante, principalmente quando há uma questão polêmica. Ele conseguiu arrancar aplausos da turma com piadas extremamente preconceituosas. [...] O professor diz: “A educação no Brasil é uma palhaçada. Isso aqui é uma palhaçada... nos padrões dos EUA, a educação básica é pública e a Universidade é paga. Você guarda o seu dinheiro enquanto você vai crescendo e aí você vai pra uma universidade que preste e que é equivalente ao seu valor. Então você vai lá e aprende. Aqui vocês não aprendem nada, porque vocês vêm burros do colégio. Eu vou ficar fazendo o quê? Dar a base?” (ESC1 seguindo EM2)

O professor fala: “Que ovários lindos”, pras meninas, quando entram na sala. (EM2)

Aulas com atividades práticas e dinâmicas, em grupos menores, contam com uma participação mais ativa do estudante, sendo descritas como mais interessantes. No entanto, a produção de conhecimento continua partindo da teoria, sem que se estabeleçam quaisquer conexões com a realidade de saúde.

A aula foi na sala 311 do 3º andar, o objetivo era praticar a realização de um teste ergométrico ou teste de esforço, que avalia a atividade elétrica do coração durante o esforço físico. Toda a turma deveria, junta, encontrar as respostas de um roteiro dado, com cada um realizando uma atividade, para, posteriormente, discutirem os resultados obtidos. Um dos alunos fez o papel do paciente enquanto os outros se dividiam em monitorar o exame e anotar os dados. EM1 se mostrou muito mais animada nesta aula, acredito que, principalmente, por ser uma aula mais dinâmica. Muitos dos alunos do grupo de prática dela eram egressos do BI, o que pode, também, explicar a grande interação dela com eles, que já é de muitos anos. Após a realização das atividades, a professora discutiu com os alunos quais os significados dos resultados encontrados e os aspectos fisiológicos que estavam envolvidos e liberou a turma. (EE1 seguindo EM1)

Os estudantes não se reconhecem no currículo. Suas sugestões de mudança parecem, para eles, não ter efeito algum. Relatam que conversando com outros estudantes e comparando currículos de épocas diferentes, não percebem nenhuma mudança. Um dos participantes conta essa percepção após realizar um trabalho acadêmico em que entrevistava uma médica egressa da FMB/UFBA:

A gente teve Medicina Social e Clínica I, e a gente tinha que entrevistar um médico com até dez anos de formado. Eu entrevistei uma amiga de um amigo meu. Ela contando a experiência dela aqui na UFBA, a mesma grade, idêntico! E ela contando que a escolha dela é qualidade de vida. No início ela queria era ser uma grande médica, aquela pompa né?! Mas hoje não. Ela disse: “Hoje eu faço balé, faço isso, faço aquilo”. [...] Mas ela contou em relação ao curso, que nos dois primeiros anos ela foi massacrada, ela entrou em depressão por conta da forma que ela era cobrada e a forma como ela era imatura pra lidar com isso. Ela é muito jovem. Inclusive, no internato, ela teve outro período de crise de depressão. Não tem ninguém que seja capaz de dialogar. A gente tentou, a gente participou da discussão do currículo novo e nada mudou. Eles continuam fazendo do jeito que eles acham que podem fazer. Na minha visão não houve uma reforma curricular... a integração das disciplinas não existe. Como é que você cursa metade de uma matéria do semestre que vem nesse semestre? (EM1)

Apesar de mostrar um acomodamento do estudante ao modelo disciplinar, marcado temporalmente pelo semestre, o que chama à atenção é o sentimento de não ser participante

da construção do currículo, tendo que estar submetidos às determinações do docente para sua trajetória educacional.

Os estudantes relatam que a carga horária do curso é “opressiva”, não permite que se reflita sobre outras coisas além daquilo que precisam decorar para realizar provas, como refere EM2: “Eu estou no terceiro semestre e ainda não encontrei estímulo pra estudar. O que a gente faz é decorar. Decora, decora, decora... porque é tanto conteúdo”.

Esta atividade de estudar se dá da seguinte forma: o docente envia seus *slides* por e-mail; alguns colegas que podem ir à aula, gravam o áudio e enviam também por e-mail e, como a maior arte dos docentes não registra faltas, os discentes preferem estudar em casa com livros, animações ou vídeo-aulas disponíveis em *sites*, os *slides* da aula impressa e a gravação da fala do professor. Caso o professor registre ausências, há um acordo entre os colegas de assinarem o nome dos ausentes nas listas de presença. Estudar em casa, afirmam, tem a vantagem de ser menos barulhento, não gastar tempo de deslocamento e, o que mais aparece, eles não precisam enfrentar o calor nas salas de aula sem aparelhos condicionadores de ar. Com isso, referem ironicamente que fazem cursos EAD<sup>26</sup>.

Com isso, os componentes curriculares privilegiados quanto ao tempo e dedicação, são os que utilizam métodos tradicionais como palestras e provas. Como afirmado nesta fala:

No dia seguinte havia uma atividade lúdica e em seguida teria uma avaliação, um caso clínico, que seria nossa prova. Com certeza sempre eles [os colegas] vão dar prioridade à prova, eu também. Não é que o lúdico não seja necessário, mas é que o lúdico é mais espontâneo. Foi um teatro, era um drama sobre aborto mostrado como problema de saúde pública, teve teatro, música... foi bem legal. (EM1)

A relação com os professores, apontada no PPP como um ponto de grande relevância para a construção de um modelo para a relação médico-paciente, é diversa no curso. Porém, concentrada em relações autoritárias e distantes, em que poucos professores conhecem os estudantes pelo nome e desenvolvem uma relação de afeto. Em alguns casos, referem-se ao professor como “relax” caso estes se mostrem mais compreensivos quanto às faltas ou à forma de estudar “EAD”, ou ainda façam uso frequente de humor em suas aulas. Em outros, quando o professor é muito severo quanto à presença ou avaliações, são apelidados de “ditadores”. O professor é, no geral, percebido como um sujeito distante física e afetivamente dos estudantes. Em um dos encontros para discussão de um dos diários de campo, a temática relação com os docentes surgiu e a seguinte fala foi feita:

---

<sup>26</sup> Educação à Distância

A aula de Anatomia de Sistemas. É uma aula calada. A professora não permite esse espaço. Você entra e sai sem entender nada. Você vai entender em casa, nos livros. Mas, você não pergunta. Eles [os colegas] não têm essa coragem. Alguns até têm, mas não é todo mundo não. Geralmente os professores que abraçam mais a turma, permitem essa coisa. Essa professora tem uma postura muito de ditadora. A prova dela, a sua nota, o estresse que ela te passa... a prova prática: Você tem que encostar a prova no peito e olhar pra baixo. Você dê um jeito de escrever com a prancheta assim, porque se alguém estiver olhando pro lado e ela pensar que está rolando alguma pesca, ela toma as duas provas e zera. Até a forma de passar o assunto... eu não aprendo. Ela é japonesa, eu coloquei o manual de mandarim do lado, porque realmente ela fala outra língua [risos]. (EM1)

Seguindo a lógica de ter essa relação como modelo para a relação médico-paciente, o que surge nas falas é o paciente como objeto para a educação. Algumas vezes o estudante se mostra respeitoso ou sensibilizado diante do sujeito doente e, outras vezes, mostra-se indiferente ao aspecto humano que se apresenta a ele nas aulas. Como crítica a uma aula prática, EM2 faz o seguinte relato:

Eu até comentei, foi até engraçado. Eu tenho a impressão que os pacientes são cobaias, como se fossem um objeto. Aí um colega falou que eles são objetos mesmo, que se não tiver paciente, como é que a gente aprende? Eu falei “O problema não é como a gente aprende, é como se dá essa prática”. Muitos lá enxergam como um objeto do estudo. Um objeto mesmo, não é que é uma pessoa. Objeto-coisa. (EM2)

Fica evidente que o currículo oculto, no curso de medicina da FMB, pelo menos nos três primeiros semestres do curso, é oposta ao que foi projetado no currículo documental. Produzindo aulas expositivas que apresentam conteúdos como dogmas, com práticas educativas conteudistas que privilegiam a memorização de conteúdos. A relação entre estudantes e professores estimula a distância e, como modelo para a relação médico-paciente, promove a coisificação do paciente.

Nas entrevistas com os docentes há uma ratificação dessa percepção dos estudantes, como visto a seguir:

Eu acho que estar professor ou ser professor não é pra qualquer pessoa. Eu digo isso com a maior tranquilidade, porque a primeira coisa que pra mim tem que haver é o sentimento de amor a essa causa pra você se entregar a ela. E permitir fazer as coisas que essa ação necessita. Eu não discordo de nada que os meninos disseram aí, porque isso a gente escuta aqui também. Eu sou um observatório, porque eu recebo e-mails deles, vários, inclusive alguns professores me fazem essa crítica. Dizem que eu dou muito ouvido como alguns dizem. Eles mandam e-mail pra mim e eu respondo. [...] Eu acho que isso tem a ver com a formação do docente, SIM. O que pra mim ainda é um ponto forte e muito crítico. E a postura do professor como mediador dum processo de ensino e aprendizagem tem que ser outra do que essa. A discussão das aulas teóricas que a gente vem fazendo... Não é proibido das aulas teóricas, mas o que está previsto praquele espaço, não é necessariamente isso. E aí cria também no estudante, às vezes, a resistência quando você não faz isso, ele não valoriza. [...] Eu acho que isso é real, é uma coisa que a gente tem lidado aqui no dia-a-dia, mas, como instituição, eu tenho que tentar dessa forma, tentar minimizar esses danos, como eu digo, e tentar mudar a forma da mediação. Tem professor que ainda

diz que ele não fala com o aluno, ele fala com o residente, o residente fala com o interno e o interno fala com o aluno de graduação. Tem! Presente aqui! (DM2)

No entanto, aponta para o reforço que os estudantes produzem às condutas que condenam, como exemplifica DM2: “[...] eu vejo inovações que algumas áreas tem feito aqui que o estudante banaliza, como se aquilo não fosse importante.” Por outro lado, o estudante que “pensa diferente” e que é “mais maduro” também é apontado como zelador da proposta de transformação curricular, conforme o exemplo a seguir:

Você ter um professor que vai pra beira de um paciente, como foi esse caso, discutir questões relacionadas àquelas patologias que estavam discutindo, com alunos de sétimo e oitavo semestre, e a postura que o professor teve... Realmente! Aí um aluno que já é um pouco mais antenado, que já tem uma outra formação, faz outras leituras, que discorda... Ele tá no direito dele. E aquele professor, como docente, ele jamais poderia ter tido uma atitude como a que teve. Ainda bem que tem alunos que pensam diferente, pra trazer o problema. (DM2)

No entanto, há uma perspectiva otimista dos dirigentes quanto ao potencial de mudança que o novo currículo traz, quando afirmam que, apesar dos obstáculos e das permanências consolidadas, mesmo assim, o currículo atual é muito melhor do que os anteriores. Um dos docentes entrevistados afirma o seguinte:

Posso dizer que foram formados médicos muito melhores porque tiveram uma discussão de ética do começo ao fim do curso, porque eles discutiram casos, conflitos bioéticos, discutiram coisas que eles não tinham antes na formação médica [...] tenho a consciência assim, muito tranquila de que o caminho é muito melhor do que o caminho que tinha antes, porque eu vivi como estudante, vivi como professora, vivi o caminho anterior, todo ele. (DM1)

Para sobrepujar o docente que se coloca como empecilho para o avanço do projeto de apoio à RSB, duas alternativas são propostas: a) agregar o docente ao grupo que assume o PPP como direcionador de sua prática; ou b) aguardar que o docente se aposente ou que por outro motivo, se retire da Faculdade de Medicina.

Imagine você o desafio que é a gente estar enfrentando isso o tempo inteiro, conceber um currículo daquele formato, mas a gente tem que correr atrás, porque se ninguém pensar nisso, o que seremos nós? E o que a gente está produzindo como profissional? É meio que uma missão e quem quiser que venha atrás, como eu dizia antes. A gente vai ter que ir. Quem quiser que venha atrás. E a gente vai depois conquistar os outros, sensibilizar os outros, e quem não quiser, a gente vai pedir pra sair. Vai ter que forçar a barra em algum momento. (DM2)

Fica evidente a complexidade do currículo desse curso, onde cada ator apresenta sua experiência de forma marcada pelas distorções ligadas às particularidades de seus pontos de vista. O que é negativo, por vezes, é “supernegativado”. E o que é positivo, da mesma forma. Os discursos devem ser relativizados em razão da sua exposição ao microcosmo a que cada

um está exposto, na intenção de apontar a complexidade das suas interações pela Faculdade de Medicina, pela Universidade e enfim, no macrocosmo da sociedade com todos os seus determinantes. A grande miséria composta pelas pequenas misérias que afetam os sujeitos, como afirma Bourdieu (2011b).

#### 4.5.2 Enfermagem

As aulas em Enfermagem são variadas, como são variados os perfis dos docentes. A percepção no primeiro semestre sobre o currículo é de que há uma integração entre os componentes curriculares e entre os docentes, como nota-se a seguir:

Uma característica que para mim ficou evidente neste semestre foi a interdisciplinaridade dos componentes deste período, principalmente aqueles alocados na Escola de Enfermagem – EEUFBA. O que pôde ser confirmado com a elaboração de um trabalho final, um portfólio, que envolveu as três disciplinas realizadas na EEUFBA. [...] foi possível perceber claramente o trabalho em conjunto realizado entre os professores destes componentes e como estes proporcionaram um ensino integrado. (EE1)

O componente “Educação em Saúde” é apontado como integrador entre a prática na Universidade e a prática na comunidade, já que os estudantes estão constantemente no movimento de ir à comunidade perceber demandas, retornar à Universidade para produzir a partir dessas demandas e retornar à comunidade com atividades educativas com a grupos específicos, como escolares, idosos ou pessoas que aguardam atendimento em ambulatórios. Exemplifica-se com uma das atividades descritas:

Hoje a minha aula de Educação em Saúde foi no 13º Centro de Saúde, que fica no bairro de Mussurunga. O nosso grupo foi acompanhado da professora G, nossa professora de prática, tomar conhecimento das principais demandas dos usuários. A fim de realizar, daqui a quinze dias, uma atividade educativa com um tema que seja de interesse dos mesmos. Acreditamos que se eles escolherem o tema, a atividade será mais produtiva. Pois seguimos a teoria de que se todo mundo falar sobre o que acha interessante, dessa forma teremos total participação dos usuários durante a atividade. O que para os professores conta muito. Sendo assim, além de conversarmos com alguns usuários, ouvimos também profissionais queridos pelos mesmos. Visto que as pessoas ao nos ver de branco, fazendo perguntas e anotando coisas, ficam com vergonha de sugerir temas que para eles é alvo de preconceito. Como aborto, doenças venéreas, gravidez na adolescência e abuso sexual. Os usuários, sendo a maioria mulheres, mostraram interesse por questões relacionadas à segurança das crianças. E em um acordo com elas, ficou decidido que a nossa

atividade educativa seria sobre engasgo, o risco dos andadores e infecção exógena. Ficamos muito felizes com a postura deles. Pois achamos que seria muito difícil chegar em consenso, e no entanto todos se mostraram tranquilos e satisfeitos em dialogar com a gente. (EE2)

Outro exemplo de práticas na comunidade disparando os estudos teóricos, são as atividades do componente Vigilância em Saúde, como pode-se ver neste relato:

Analisar a situação em saúde seria analisar o contexto social, econômico, estrutural da população como é. A gente conversou com os moradores, teve umas visitas em que a gente foi conversar... a gente conversou com o líder da associação de moradores; a gente conversou com comerciantes, com pessoas que estavam lá esperando para serem atendidas... o que ela achava que influenciaria na saúde dela, o que estava influenciando negativamente no bairro que ela morava. Era mais ver a saúde dessa população no contexto em que ela estava inserida, social e econômico e traçar um perfil e levantar a possibilidade de melhora dessa situação. A gente nessa disciplina teve uma parte teórica a gente leu textos de Carmen Teixeira e de Jairnilson Paim, e os professores foram dando toques de como a gente deveria atuar nessa comunidade, o quê que a gente devia procurar saber, o quê que a gente deveria perguntar, estar atento com essas pessoas... A gente devia apresentar para os moradores o que a gente tinha descoberto, mas aí teve a greve e a gente não conseguiu voltar lá. [...] Este componente nos possibilitou ir a campo e ter contato com a comunidade com a qual os enfermeiros estavam trabalhando, percebendo como estes profissionais atuam e afetam as pessoas com as quais trabalham. Poder, logo no primeiro semestre, ter esta oportunidade foi incrível, pois assim o aluno novato já começa percebendo que não cuida apenas de um corpo, mas de um ser humano, que possui sentimentos e que está integrado em uma sociedade em constante mudança. (EE2)

Nos dois primeiros semestres, os componentes curriculares cursados na escola de Enfermagem são percebidos como funcionando de forma integrada e articulados com as realidades de saúde vistas em comunidades do município. Os problemas ficam localizados em componentes oferecidos no Instituto de Ciências da Saúde, que mantêm as aulas concentradas na exposição dogmática de conteúdos, com a organização dos temas de cada aula em um espaço de tempo insuficiente, e com avaliações que privilegiam a memorização de conhecimentos disciplinares. As tentativas de integração entre os componentes curriculares do semestre deixam de ser efetivadas quando incluem componentes como Microbiologia e Bioquímica. A seguir isso pode ser percebido:

Achei a aula muito expositiva, muitos slides, o que pode explicar a pouca interação dos alunos com a professora. Poucos estudantes tiraram dúvida ou compartilhavam algum conhecimento com a professora, mas mesmo assim, demonstravam estar bastante interessados na aula. (EE1)

Estou com sérios problemas para acompanhar as aulas. É muita coisa. E o professor ainda corre com os assuntos, passando para a gente de forma superficial. Não tem como entender nada desse jeito, pois quando eu começo a entender o que ele acabou de falar ele já passa para outro assunto. E não se trata de nada tão simples. Ou seja, não são assuntos que eu possa simplesmente gravar e fazer a prova. Se eu não consegui entender alguns mecanismos não vou fazer uma boa avaliação. (EE2)

As estratégias de estudo também seguem o “método EAD”. Mesmo quando estão presentes na aula, os estudantes só consideram que assimilam ou decoram o conteúdo quando estão em casa, ouvindo o áudio das gravações das palestras dos professores e lendo o livro texto de cada disciplina, como expressa a fala seguinte:

Hoje o dia começou com a aula de Bioquímica, e esta seguiu sendo tão maçante (principalmente por causa do assunto, “Biossíntese de ácidos graxos e triacilgliceróis”) quanto vinha sendo. Por já não vir entendendo direito os assuntos anteriores, foi difícil para mim apreender este também e tive, infelizmente, que deixar o aprendizado real dele para depois, quando fosse ouvir a aula que gravei. (EE1)

O objetivo percebido das aulas é a realização da prova. Não são estabelecidas relações com a prática da Enfermagem ou com problemas de saúde encontrados em comunidades que já são frequentadas pelos estudantes.

A professora não explica direito, ela simplesmente corre com o assunto. Preocupa-se mais em cumprir o cronograma do que fazer com que a gente entenda. O principal objetivo dela, além de nos ver desesperados, é dar aula sobre o assunto a tempo de colocá-lo na prova. (EE2)

Não acredito que iremos nos preocupar com as macromoléculas no momento que estivermos atendendo uma pessoa, mas sim tentaremos entender que mecanismo está ligado a determinada patologia. Ou seja, delinear o histórico da doença, para chegarmos precisamente a disfunção do organismo que ela está relacionada. E isso, pelo que eu ouvi de alguns colegas mais experientes, nós só vamos aprender na parte de Bioquímica Metabólica. (EE2)

Quando o trabalho da enfermeira é abordado em algum componente, o estudante deve fazê-lo sem orientações e de forma açodada, como neste relato:

Como se não bastasse, ela ainda disse que não são todos que irão se apresentar apenas dois componentes, e a minha equipe já tinha se organizado para todos os componentes apresentarem. Visto que ela não deu nenhuma orientação para o seminário. Para completar ela ainda disse que devíamos incluir nos seminários o papel da enfermeira, o que a nossa equipe também não tinha feito, pensamos que como se trata de Microbiologia deveríamos abordar questões relacionadas ao vírus, sintomas da doença, prevenção e tratamento. (EE2)

No terceiro semestre do curso, os relatos se concentram em descrever o componente “Fundamentos de Enfermagem para o cuidado individual”. As descrições apontam experiências tensas, onde os estudantes sentem-se amedrontados e diminuídos. O componente é apresentado como aquele que define se a estudante tem vocação para ser enfermeira ou não. Caso não demonstre habilidade nas práticas, não tem vocação. Os textos produzidos são ricos de descrições das aulas onde as professoras interrompem os estudantes e terminam os procedimentos nos manequins para treinamento de habilidades, ou ainda, impedem o manuseio dos manequins para não gastá-los. O trecho a seguir descreve uma dessas aulas:

Uma colega minha foi fazer a intravenosa, a mais difícil, e o braço do boneco é lindo, as veias são todas saltitantes, e a gente quase deitado em cima do boneco, todo mundo. A professora fez na maior agilidade e a gente quase aplaudindo como ela fez na maior agilidade. Aí ela disse que agora a gente iria fazer. Ela perguntou: “O que é isso?” e a gente “cri, cri, cri” – todo mundo calado. “Gente eu perguntei o que é isso e quando eu pergunto o que é isso, é pra vocês responderem” E a gente respondeu: “Um catéter”. Ela diz: “Sim. Mas na unidade, como é que chama isso? Não é de cateter”. A gente não sabia. Como assim? E ela fala nessa agonia. Uma colega falou que a gente não viu na aula isso. “Como vocês não viram cateter na aula?” Ela perguntou. E a colega respondeu que já tínhamos visto o cateter e achávamos que todos eram chamados assim. A professora disse que não, que na unidade tínhamos que pedir pela marca. Agora se chama de Jelco. Você pede o Jelco e aí eles te dão um. Deu um garrote para cada um: “De presente pra vocês levarem pra Unidade”. Na mesma hora todo mundo começou a fazer no braço do outro, um no braço do outro. Tem que ser um lacinho que quando você puxa uma ponta, ele se desfaz. Aí a professora pediu que fizéssemos no boneco. Minha colega foi fazer. Essa menina tremia tanto, tanto, que dava agonia na gente. Uma colega falou pra ela parar de tremer que já estava dando nervos. Ela respondeu “Ah, mas não estou conseguindo” e a gente: “Calma! Nem é uma pessoa de verdade”. Começa com aquela pressão que você acabou de ver, mas não consegue fazer. Os professores olharam com total olhar de reprovação. Começa com aquela pressão: “Você agora é a enfermeira da Unidade. Nós não estamos aqui, seus colegas não estão aqui. Você está sozinha. Prepare sua bandeja. A menina estava tão estressada que ela não conseguiu pegar a bandeja, pegou a cuba rim. As professoras chega viraram a cara: “Primeiro que isso não é bandeja, é uma cuba-rim. Isso não é bandeja, certo?” E falam assim de um jeito: “Isso é uma cuba-rim”. Você que está ali pra aprender, fica se sentindo mal. Ela preparando e a professora: “Quantas seringas eu preciso pra fazer esse procedimento?” Você fica com tanto medo que, até você esquece o que acabou de ver e fica na dúvida: duas ou uma, duas ou uma?” e a professora olha pra gente e diz: “Não falem porque vocês estão sendo avaliados”. Terrorismo! Aí começa a pressão psicológica: “Isso na Unidade, tem que ser em trinta segundos. Não pode demorar. Está em câmera lenta. Saibam disso, vai ter quinhentos braços pra vocês punccionarem. Não é pra fazer nessa vagareza que estão fazendo aqui. Você vai estar fazendo isso aqui e outro paciente vai estar gritando”. [...] A menina ficou depressiva a semana toda, pensando que não tinha vocação pra Enfermagem. (EE2)

Conforme o relato anterior, percebe-se que o estudante pouco faz um procedimento completo, sendo constantemente valorizada sua falha. Diante de um erro, o discente é impedido de continuar e é afastado do manequim, obrigado a uma ação passiva diante do erro. Após essas aulas no laboratório, o estudante realiza as práticas no hospital. Nos relatos fica a ideia de que o manequim é valioso e não se pode errar com ele. O que vai ensinar é a manipulação de pacientes nos hospitais onde acontecem as práticas desse componente. O paradoxo que se apresenta é o da supervalorização de um manequim, caro, e o barateamento dos humanos onde o estudante realizará os procedimentos expostos nas aulas, onde poderão errar. Um trecho dos relatos que exemplifica isso é o seguinte:

Estamos no Hospital X. Um desespero! No laboratório elas não deixavam a gente fazer nada. Elas sorteiam uma pessoa pra ajudar e essa pessoa não fazia, porque a professora fazia por ela. Quando começava a fazer alguma coisa errada a professora dizia que não era assim não: “deixa eu te mostrar como é que é”. E nesse deixa te mostrar, ela fazia tudo, não voltava pro aluno nunca mais. Ela pegava a sonda, fazia tudo e depois dizia: “Entendeu?”. No hospital ela larga a gente. Diz que a gente é a enfermeira do plantão, e larga lá. Meu paciente é o pior de todos, ele vai levar meses



pra ter alta. Ele teve três AVC e está em DPO, com dreno porque tem água na pleura e eu tenho que fazer esse curativo. (EE2)

O componente é marcado pelo grande número de conteúdos por aula. O objetivo mais uma vez, é cumprir um cronograma a tempo de aplicar provas. Nesse aspecto, o que determina como as aulas ocorrem é a avaliação. O estudante ou a aprendizagem da turma não são levados em consideração, como expresso neste trecho:

É muito complicado, e quando a gente fala: “Professora, deveria ter três assuntos por prova! Pra você fixar aquilo na sua cabeça”. É tão corrido... parece assim: Você está tendo aula agora de acomodação do paciente pra não ter ulcera de pressão e eles perguntam uma coisa lá do exame físico. Você nem se lembra mais. “Gente e agora, uma pessoa assim, você faria o exame físico como? A palpação em uma pessoa com uma ulcera de pressão desse tamanho?” E você fica assim: o que é exame físico mesmo? Quais os passos do exame mesmo? Porque eu não me lembro. Se continuar assim, pra mim não vai dar certo. Metade da minha turma vai perder na disciplina. Os professores botaram muita pressão no primeiro dia de aula, os nove foram falar pra gente que era o divisor de águas. Que é quando você sabe que você tem vocação pra Enfermagem ou não. A minha turma está enlouquecida por causa disso; “Se eu perder em fundamentos é porque eu não tenho vocação pra Enfermagem”. (EE2)

Esses aspectos dão forma à relação entre o estudante e o docente. As estudantes afirmam que pouco confiam nos docentes da Escola de Enfermagem. Justificam esse fato descrevendo situações em que os docentes têm um discurso diferente daquilo que praticam no exercício da docência. As narrativas trazem situações em que o docente afirma que um conteúdo não será avaliado na prova, porém, o conteúdo está presente no dia da avaliação. Ou ainda, quando afirmam que no hospital o estudante pode ficar tranquilo e contar com o apoio do professor, porém quando estão no hospital o professor mostra-se irritado com perguntas ou inseguranças e usam frases como: “Você é a enfermeira da unidade; Dê conta.” Postura que comparam com a dos docentes do Instituto de Ciências da Saúde:

Com os professores do ICS ou é salgado ou é doce, é sete ou setenta. “Eu sou assim, e vou ser assim até o final. Não estou enganando vocês. Eu vou dar nota baixa mesmo, então estudem”. E ele faz isso mesmo. Ele não diz: “gente, a prova não vai ser difícil.” e na hora, vai ser. Os professores de Enfermagem não, eles criam uma relação com a gente que a gente começa a acreditar e na hora acontece isso que aconteceu em Fundamentos. (EE1)

Ainda afirmam que alguns docentes não demonstram nas práticas, as posturas que esperam dos estudantes. Referem que na Escola há um discurso e na comunidade há uma atitude oposta ao discurso, como nestes dois casos apresentados:

Hoje eu fui para aula de ética, desanimada como sempre. Não gosto dessa disciplina. Não é nada parecida com o que eu imaginei. A nossa relação com a professora é dificultada por ela mesma, que insiste em impor as coisas e não negociá-las. Trata-nos como crianças, e nunca se preocupa com a nossa opinião. Ou seja, ela manda fazer e quer que esteja pronto na data solicitada sem cara feia e discussão. Fico pensando como uma pessoa sem ética, pode dar aula dessa disciplina. Sim, antiética,

porque para mim alguém que chama a atenção dos alunos na frente de todo mundo e os envergonha, não tem ética. (EE2)

A professora coloca isso e depois quando ela chega ao campo de prática, ela morre. Tudo que ela ensinou e a ação... Ela larga a gente lá e fica assim, totalmente com a cara assim de “não cheguem perto de mim. Eu estabeleci uma barreira e não cheguem perto de mim”. E a gente fica: Cadê a Educação em Saúde que você me apresentou anteriormente? Enquanto a outra, de EE2, ela colocou uma atividade com as crianças e duas coisas me chocaram na atitude dela: É uma realidade no bairro de Santa Terezinha, o problema da gravidez na adolescência, então as meninas vivem muito isso, então é uma coisa que acontece muito no bairro e você não pode ignorar. Mas ela já tinha feito um trabalho com parasitose antes, que foi a simulação. Quando ela foi colocar o assunto que eles queriam, eles colocaram a gravidez, o aborto e essas variáveis. E a professora: “Não! Vamos fazer parasitoses”. Aí quando a gente foi elaborar, são alunos que não prestam atenção e ela quer fazer uma apresentação de slides com crianças de quarta e quinta série. (EE1)

Sobre a percepção dos estudantes, uma das dirigentes do curso afirma que desconhece os aspectos discordantes do PPP e que no cotidiano da Escola, não chega ao seu conhecimento nada parecido com esses relatos. Em suas palavras:

Não. Quando reclamam, reclamam do professor que marcou aula e não veio; reclamam que a professora está doente há vários dias, em um componente que tem dois professores e uma turma está adiantada e a outra não fez nada ainda e nada foi feito a respeito, ninguém tomou providencia. Não em relação a isso que o professor tem essa postura de distância. É até uma novidade, o que eu vejo muito é a relação bem estreita entre professores e estudantes por conta dos projetos. Eu vejo muito os estudantes inseridos nos grupos, participando com os professores, nunca chegou isso aqui não. (DE2)

A segunda dirigente entrevistada, por outro lado, aponta que na última avaliação do currículo, realizada na Escola de Enfermagem, há uma concordância com a percepção dos estudantes relatada pelo pesquisador. Diante disso, discorre novamente sobre a responsabilidade dos docentes na operação do currículo, salientando que os principais determinantes do currículo oculto, incorporados na prática docente, são:

#### a) Os modos como a sociedade compreende saúde

Então, assim, é muito difícil você mudar e mudar algo que historicamente está aí dado, se até hoje a gente não consegue mudar a concepção de saúde, na cabeça nem da população, porque se você for perguntar o que elas querem elas querem médicos, elas querem consulta, elas querem remédio e o Ministério reforça bota Mais Médicos, sabe, assim, todo mundo quer serviços de saúde. Quando você pergunta que saúde você quer é serviço de saúde. Pergunte que ferramentas a gente tem conseguido desenvolver pra trabalhar promoção [da saúde]... A promoção podia ser uma arena, por exemplo, por excelência, pra enfermeiro, poderia ser, porque ninguém quer a promoção. A cura e o tratamento já tem muita disputa, mas este pedaço de cá não tem disputa, e o profissional que cuida da saúde podia ter isso, mas que ferramentas nós temos? A gente não discute isso, a gente não tem isso. Aí é a promoção... no máximo, ela chega na educação, como se promoção fosse apenas a educação e olhe que a gente já dá graças a Deus que a educação aqui vem sendo discutida de uma forma bem mais crítica, que é a Educação em Saúde, uma coisa bem mais ampla, mas não é nem essa, às vezes, a concepção de Educação em Saúde

é a transmissão de informação, é normatizar a vida das pessoas, é dizer “faça isso, faça aquilo, isso é certo, isso é errado”. (DE1)

b) As maneira como os professores foram formados em suas graduações:

Primeiro, na verdade, indicativo 1: o currículo quem faz são as pessoas que estão lá, essas pessoas, quer dizer, você imprimir mudanças, mudança encabeça algo que você não imprime assim tão facilmente. Então, assim, as pessoas foram formadas dentro de um currículo que privilegia o cuidado, que é conteudista, que é de transmissão, quer dizer, assim, toda a formação destes docentes e os mais antigos, por exemplo, foram formados assim. Então, e você não tem na Universidade, embora a gente busque os espaços, mas a gente não tem... nossos Encontros Pedagógicos, a gente tem que mobilizar pra poder vir, pra poder começar a discutir, entendeu? [...] As pessoas, por exemplo, da área de cuidado individual, elas foram formadas na concepção hospitalocêntrica, com aquele modelo, aquele padrão de enfermeira e na sua formação, na sua prática cotidiana não tem os espaços de discussão, do que é mesmo a saúde coletiva, do que é a saúde da população, do que é integralidade da atenção, essas coisas não passam. Então, assim, é muito difícil, a gente tá... e a gente decidiu que ia botar o currículo pra rodar mesmo, pra começar, mesmo tendo a clareza que você não tem aqui todo mundo com a formação pedagógica, com a disposição, com a motivação pra fazer valer este... com a compreensão deste currículo. (DE1)

c) A indiferença ao PPP diante da perspectiva da aposentadoria e do fim da carreira:

Tem gente aqui que diz: “eu tô de saída, tô indo embora, não quero mais ficar preocupado.”, você não consegue ter o compromisso de todo mundo, o mesmo compromisso, a abertura da discussão, então, assim, é difícil as pessoas saírem do seu lugar de conforto, quer dizer, assim, “eu sempre dei aula, com transparência, era conteúdo, era prova”, então, assim, pensar em outra coisa foge totalmente do controle das pessoas e, sobretudo, essas pessoas não tiveram formação nem têm o suporte, porque toda essa batalha aqui, como é que a gente pode ajudar, como é que a gente pode contribuir, por isso a gente mudou a estrutura da Escola, forma a Coordenação Acadêmica, bota o Núcleo não sei quê lá, faz Encontros Pedagógicos, tem o NDE, é toda uma tentativa de que o quanto a gente pode contribuir, mobilizar e motivar esses docentes, porque a gente não tem nem sanção, nem benefício pra quem muda. (DE1)

Além disso, a entrevistada coloca em evidência sua percepção de que os estudantes também determinam a prática docente. O ato de estudar apenas quando a prova é o fim, fortalece a presença desse tipo de avaliação, mantendo o círculo de intimidação e o lugar de poder do qual o docente dificilmente abre mão. Como exemplo, essa docente relata sua experiência de ter retirado a prova no componente curricular do qual foi responsável e, com a desvalorização por parte dos estudantes que o componente teve, retornou a prova como avaliação. No entanto, mesmo com essas limitações e resultados ainda pouco observáveis, a docente se mantém otimista quanto às mudanças na educação de enfermeiras que se produz em sua Unidade Universitária. Segundo ela:

a) Apesar destas limitações:

A gente não tem formação pra isso, não tem apoio suficiente pra fazer isso, as pessoas não percebem o benefício disso, as pessoas terminam não sendo

pressionadas pra isso... a relação ainda é muito autoritária, a relação professor-aluno, a relação de poder ainda é a principal mesmo! Então, é muita coisa, é muita variável. A gente está tocando o barco, está na praça, está na rua o projeto, então, vamos ver no que é que dá. Mas, por outro lado, com todas essas limitações, você desencadear processos de mudança, você mexe com as pessoas, as pessoas tentam sair de seus lugares. Nem todo mundo sai, mas há um incômodo em permanecer o mesmo, por exemplo, quando você tem um Diretório mais dinâmico, as pessoas mais politizadas, o movimento se acende mais, quando o Diretório é mais pacífico, luta menos, as coisas ficam mais morninhas. (DE1)

b) Os resultados são percebidos como positivos e promissores:

Então, assim, temos de tudo aqui, da excelência ao radicalismo, mas eu acho, eu sinto uma... eu sinto que isso transita diferente, eu sinto que há um movimento dos professores. É tão engraçado, as pessoas na primeira Quinta Pedagógica teve um pouquinho de gente, no segundo dia já veio mais gente, foi muito engraçado: “precisa marcar com antecedência, pra gente se agendar”, aí já foi gente se justificando porque não veio, “mas eu soube que foi muito bom”, aí todo mundo já se agendou para o dia 12 [de novembro, data do próximo Encontro Pedagógico], “vai ter dia 12? Então a gente já se programa”, então, eu acho que incomoda, motiva, mobiliza, já tem um zum zum zum na rua, tem disparadores por aí. (DE1)

A desnaturalização de um contexto de práticas consideradas opostas à formação de sujeitos ativos no fortalecimento do processo da RSB, como apontado pelas entrevistas, mostra-se o principal ganho deste movimento pela mudança curricular constituído na Escola de Enfermagem. As avaliações que apontam as fragilidades no caminho pretendido por esse currículo são instrumentos também de reflexão conjunta entre docentes e discentes, e contribuem para a modulação no sentido atribuído às práticas docentes conformadas pelo modelo tradicional de currículo. Com isso, a percepção de avanço mesmo diante de um quadro diverso do pretendido ou desenhado nos documentos de currículo.

### 4.5.3 Saúde Coletiva

Há acordo nos relatos produzidos de que as aulas neste curso assumem o estudante como sujeito ativo de seu processo de aprendizagem. A fala do estudante é estimulada e valorizada cotidianamente. O que prevalece como metodologia das aulas é a leitura prévia do conteúdo da aula e, no Instituto de Saúde Coletiva, há uma discussão sobre o que os estudantes compreenderam sobre a leitura e que articulações fazem com outros conteúdos e

com seus contextos de vida. Em um dos relatos de *shadowing* é possível perceber esse ambiente propício à expressão do estudante:

[...] mas aqui na Saúde Coletiva, pelo menos na sala de ESC2, as pessoas falam muito bem, muito bem para um segundo semestre. Eles apresentavam naturalmente, sem aquela tensão de você apresentar um seminário. Professora S estimula o estudante, o professor que olha para você com sinal de positivo para o que você está falando. Eu acho que meus professores são muito ruins. Ela não fez nada demais, mas eu sinto falta disso. Eu queria encontrar isso todos os dias quando eu chegasse na faculdade, não interessando qual fosse a disciplina. (EE2 seguindo ESC2)

Também relatam a proximidade entre os conteúdos estudados em seu percurso no BIS com os que são tratados nas aulas de Saúde Coletiva, o que os deixa mais seguros durante as aulas, como nesta situação:

A programação para aquela aula era identificar os aspectos teóricos de análise de políticas de saúde e conhecer como se dá o ciclo da política. A professora havia solicitado a leitura de um texto na semana anterior, mas como esta era a primeira aula que ESC1 vinha, esta não sabia disto. Contudo, como relatado por ela, ESC1 já havia lido o livro que a professora usava como base bibliográfica (“Políticas e Sistema de Saúde no Brasil” de Lígia Giovanella), esta já tinha um conhecimento prévio sobre o que a professora trataria no componente. Assim, desde o momento em que entrou na sala, ESC1 demonstrou distração, utilizando o celular para mandar mensagens. Sua atenção apenas foi desviada quando a professora D começou a discutir a política para a Saúde Mental, tratando de como os portadores de deficiências mentais são tratados nos serviços de saúde. Este assunto levou ESC1 até mesmo a comentar o que a professora estava levantando, trazendo o seu próprio conhecimento e experiências em relação ao assunto, de forma que, mais adiante, a professora buscou apoio dela em uma fala sua. Até o momento em que ESC1 falou, apenas poucas pessoas haviam interagido com a professora, mas pareceu que a fala dela animou os outros alunos, e muitos deles trouxeram suas opiniões, ficando a professora apenas “acompanhando” o debate sobre o tema. (EE1 seguindo ESC1)

Nas avaliações, nota-se pouco ou nenhum sofrimento expresso pelos estudantes. Há relatos de provas, seminários e atividades práticas, como análises de situação de saúde realizadas por toda a turma, construindo um documento único a partir de tarefas distribuídas entre os estudantes. Um exemplo da forma como as avaliações são conduzidas está no relato deste *shadowing*:

Achei maravilhosa a forma como ela lidou com a dificuldade de alguns alunos, por não ter conseguido achar algumas informações sobre parte do bairro; ela não brigou, não achou que foi incompetência deles. Apenas lhes ofereceu ajuda e passou alguns números de telefone, de pessoas com quem eles poderiam conseguir essas informações. E como se não bastasse, ainda disse que se isso também não desse certo eles, ela e os alunos, reorganizariam o trabalho. Ficou claro que os prazos não eram tão importantes quanto fazer com que seus alunos, de fato, aprendessem e se interessassem pela atividade. (EE2 seguindo ESC2)

Os temas trabalhados em sala de aula, como esperado, refletem o compromisso de produzir sujeitos hábeis para o trabalho e transformação de realidades sanitárias, de forma a viabilizar o processo da RSB. São elencados temas como: Movimentos Sociais; Políticas de

Saúde; Ciclo de uma política; Análise de situação de saúde; Comunicação em saúde, etc. Um dos estudantes traz em seus diários de campo uma opção pelo Mestrado em Saúde Coletiva, ao invés de continuar na graduação, referindo que o BIS havia dado uma base de conhecimentos e competências muito próximas às que se definem no currículo da graduação em Saúde Coletiva. Apresentava uma demanda de estudos relacionada em grande parte a seu cotidiano de trabalho na mobilização política e militância no Partido dos Trabalhadores. Com isso, comparecia geralmente apenas às aulas que despertavam seu interesse e que considerava úteis para o trabalho que desempenhava.

A relação com os professores é descrita como dialógica, em que as posições dos estudantes são levadas em consideração. Em situações onde os estudantes erram ou falham em determinada tarefa, a repreensão não é usada de forma agressiva. São apresentados ao estudante outros caminhos possíveis para sua realização, ou ainda, o docente se oferece para refazer a atividade junto com o estudante. As avaliações presentes nos relatos eram sempre discutidas entre professores e estudantes, de forma que consistiam em acordos. As relações de poder tendiam à horizontalidade e sempre passavam por negociações e tentativas de convencimento por uma das partes.

Como exemplo, em um dos diários de campo, o estudante relata o seguinte:

Essa matéria de Vigilância, com Professor H. Na outra semana não teve aula por causa da paralização. Ou seja, mais conteúdo que tivemos de suprimir. Quando foi essa semana, a prova estava marcada para a próxima semana. E aí, com esses conteúdos que ele não deu? Aí ele chegou pra turma: “Olha, a gente está com um problema e precisamos resolver: Tem muito conteúdo que ainda não foi dado. Ou a gente tira esse conteúdo da prova e mantém a data ou ele vai passar batido, ficar sem dar. O que vocês preferem?” O problema é que se mudasse a data, teríamos muitas outras provas na outra semana. Então todo mundo gostou de ficar nessa semana mesmo pra não chocar com as outras provas. Isso que vejo a diferença, de dialogar com o professor e não ficar só do jeito que o professor quer. (ESC2)

Ainda assim, quando estes relatos são apresentados aos dirigentes, há um incômodo pela proximidade entre o PPP e a percepção do currículo pelos discentes. O projeto, na realidade, é de que o PPP seja um documento que sirva para oficializar o curso diante das limitações burocráticas impostas pela universidade. O currículo que se dá na prática das relações deveria diferir quanto ao formato das aulas e quanto às relações entre os componentes curriculares. Diante disso, apresenta-se esta fala de um dos dirigentes:

Agora, não me espanta isso que você está dizendo, por aquilo que eu já comentei antes: O grupo de professores tende a se prender ao que foi formatado originalmente, talvez por inércia, porque é mais fácil, talvez porque estão preocupados em assegurar a importância das suas respectivas áreas, a chamada questão corporativa, em um certo sentido, e depois porque não temos feito um

processo de reflexão mais continuada a respeito da formação. Por outro lado, considero que há limitações de carga horária, limitações de infraestrutura, de número de salas, de laboratórios... Você pode imaginar, por exemplo: “Vou botar os alunos do segundo e do terceiro ano juntos”, as salas do instituto, com exceção de uma, não cabem... Simplesmente não cabem! É uma limitação concreta. Eu não posso colocar mais de trinta alunos em nenhuma sala do Instituto. A única que pega mais de trinta alunos é o auditório e ele vive permanentemente ocupado. Convenhamos! Vamos colocar as turmas de três anos juntas para discutir por problema? Vamos! Arranja sala! É isso! Você pode dizer: “Não, lá no PAC, ali do outro lado do vale, tem.” E você pede pro menino, às oito horas da noite, cruzar o Vale do Canela pra ir lá pro Pavilhão de aulas e ele vai dizer: “desculpa, mas não tem passarela, não tem vigilante, não tem segurança. Eu vou ser estuprado, assaltado.” [...]Tem outro componente aí que é a expectativa do aluno. Quem é esse aluno? De onde ele vem? A que formação ele foi exposto? Foi exposto a uma formação tradicional de primeiro e segundo grau, com professores despreparados no mais das vezes, para fazer qualquer outro processo criativo, mais inovador; e ele também tem a expectativa que o professor “dê aula” [risos], porque ele vem de uma escola assim... ele também precisaria ser recondicionado, reformado, nesse sentido. Como eu costumo fazer: chego em sala e abro a discussão sobre um tema e você nota que, pelo menos para alguns alunos, isso parece um pouco com uma inovação, isso parece um pouco com um professor que não preparou porque não tem *Power Point*, entendeu? Ou porque não sabe o assunto e está enrolando [risos]. [...]Mas é curioso. A todo o momento a gente ouve coisas desse tipo, como você falou. Por que que aqui é diferente? Então eu acho que o Instituto de Saúde Coletiva, pelo fato da gente ter um curso com um modelo mais tradicional, que seria mais fácil de fazer, diante das dificuldades que enfrentamos pelo menos para começar a fazê-lo... a despeito disso, quando você assiste uma aula, eu tenho certeza de qualquer professor do Instituto na Graduação em Saúde Coletiva, ela demonstra um nível de diálogo, de interação, completamente diferenciado em relação a qualquer outro curso da Universidade. [...] Eu acho que o Instituto de Saúde Coletiva cultiva esses valores, e isso termina sendo passado de um pra outro, de um colega pra outro, e os alunos gostam. Os alunos gostam dos cursos do Instituto. Essas avaliações estão sendo todas muito positivas e... enfim, e é verdade que temos essas questões que são limitantes: Qual é a concepção do aluno? Qual é a concepção do professor? Qual é a prática habitual da Instituição? Da Universidade? A gente está imerso em tudo isso. (DSC1)

Fica evidenciado o desejo por avançar no projeto do PPP de realizar um currículo modular, integrado, que efetivamente estimule o discente a estudar, mesmo tendo trabalhado durante o dia. O desejo destes docentes, atores curriculares, é de romper com o currículo enquanto artefato documental e produzir uma prática mais avançada e afeita à transformação.

#### **4.5.4 Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.**

A variedade de opções do que estudar é uma característica louvada pelos estudantes nos relatos sobre sua experiência no BIS. Componentes com conteúdos que parecem distantes

para um estudante de saúde, como Políticas Culturais ou Nanotecnologia, são evocados com orgulho. Os textos produzidos sobre este curso tem uma identidade diversa dos outros cursos analisados, em razão do caráter quase militante que empregam nas descrições de suas trajetórias. A afirmação do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde como uma possibilidade de romper com a educação tradicional e de permitir experimentações, das mais diversas, dentro da Universidade é o que marca esses textos.

Há um discurso aprendido sobre o diferencial dos BI, de permitir uma escolha mais consciente da carreira profissional, de intencionar romper com a entrada traumática nas profissões universitárias, de constituir um projeto de transformação da arquitetura acadêmica e, finalmente, de ser uma experiência de inserção nas culturas da Universidade, de forma amplamente autônoma e livre. Como estes estudantes estavam nas primeiras turmas, é evidente sua participação na organização desse curso, tanto institucional no que diz respeito aos processos de decisão dentro de órgãos de gestão, haja vista esta fala:

Desde o primeiro semestre, me identifiquei muito com as questões políticas e pedagógicas do IHAC – Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos. Juntamente com outros colegas, percebemos a necessidade de se criar um Centro Acadêmico do BI-Saúde, para que pudéssemos ter legitimidade em diferentes espaços deliberativos. O CABIS – Centro Acadêmico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde – foi criado ainda no primeiro semestre do curso, do qual eu fiz parte durante os três anos da minha formação. (EBIS2)

Quanto politicamente, na defesa do BIS em diversos espaços da UFBA:

A luta pela abertura de disciplinas para nossos alunos e alunas, a busca por professores para orientar pesquisas, extensões e ACC's, o chamado aos diretores e coordenadores de curso para construir junto ao IHAC possibilidades de áreas de concentração... Foi tudo muito intenso e ricamente vivido e tudo isso foi uma escolha do dia-a-dia que fiz durante todo o meu curso. [...] Foi muito nesse processo que entrei no DCE já no terceiro semestre e depois minha chapa se reelegeu, no último semestre [...] (EBIS5)

As atividades do tipo ACCS, projetos de extensão e de pesquisa são os espaços em que há maior vinculação destes estudantes e que emergem nos discursos como influências importantes na aproximação com o Sistema Único de Saúde e o conhecimento do processo sócio histórico que o concebeu. A seguir, alguns trechos que ratificam essa percepção:

Particpei da Conferência Municipal de Saúde na cidade de Irecê, experiência muito gratificante, apoiada pela SESAB, uma viagem mais ou menos de 7 horas, lá fui eu na estrada do sertão, participar de uma calorosa discussão ente os profissionais de saúde, setores diversos e comunidade. Ali me vi em plena aula pública do SUS, em prática, com questionamentos e discussões em prol da melhoria da saúde e suas políticas. (EBIS7)

Particpei do programa Permanecer SUS – SESAB, durante dez meses no Hospital Geral do Estado da Bahia – HGE. Também tive a oportunidade de ser monitor de



uma Atividade Curricular em Comunidade, ministrada pela professora Z, no bairro de São Cristóvão. Essa ACC era composta por estudantes de diversas áreas e tinha como objetivo realizar atividades de promoção da saúde juntamente com a comunidade deste bairro. (EBIS1)

A primeira foi o Estágio de Vivência no SUS – da EESP – que participei no segundo semestre. Uma experiência fantástica que me fez ter certeza que queria trabalhar na saúde pública. Fui para Barreiras, onde o sistema de saúde tem o mínimo de estrutura, mas ainda não consegue de interligar e principalmente, não consegue fazer com que os usuários se entendam como parte da construção e dos processos de saúde-doença-cuidado. Isso me deixou muito angustiada, pois o SUS era a mera reprodução do sistema particular, medicalocêntrico e nada libertador e a perspectiva de atuar num espaço como esses era muito ruim. A única via que eu conseguia pensar para ajudar era na gestão e no fortalecimento do controle social e isso me fez refletir muito sobre meu papel enquanto estudante em formação e sobre meu rumo acadêmico. (EBIS5)

A convivência direta com docentes comprometidos com a Saúde Coletiva e com o fortalecimento do SUS, também é um percurso no currículo de identificação com essas temáticas e que levaram a escolhas nessa direção dentro das possibilidades oferecidas no curso e nos CPL, conforme se vê neste trecho:

Lembro que Professora W contava um pouco da sua história de vida, desde quando era menina e escrevia... das dificuldades que enfrentou na vida em relação às suas condições e sua família, do estudo da música que havia iniciado, dentre outros aspectos, percorrendo a sua formação em medicina, especialização em psiquiatria e entrando no campo da Saúde Coletiva. Até então, eu não conhecia bem a Saúde Coletiva. Ouvindo seu relato e relacionando com alguns aspectos que me chamaram atenção no estudo da concepção de saúde, da formação do SUS, da participação popular, assuntos que eu havia estudado em matérias anteriores e que me atraíram, fiquei muito atizada pela Saúde Coletiva. À medida que eu ia conhecendo, mais me encantava e identificava com o curso, ficando mais claro pra mim qual a área de concentração eu deveria escolher. Foi a partir daí que não tive mais dúvidas não só da área de concentração a ser estudada, como do curso de progressão linear a percorrer. A Medicina, embora eu achasse muito bonita e trouxesse vantagens financeiras e sociais, não era uma paixão pra mim. Percebi isso ao conhecer o campo da Saúde Coletiva e me apaixonar por ele. (EBIS6)

Alguns docentes também assumiam o papel de críticos do BIS e, como havia uma identidade forte dos estudantes que participam desse estudo com o curso, também eram alvo das críticas e questionamentos em componentes curriculares de outras Unidades universitárias em que se matriculavam. Neste grupo de estudantes, isso não é uma presença marcante, aparecendo em poucos dos relatos, sempre acompanhados de uma minimização do seu efeito no cotidiano, conforme este relato:

As únicas disciplinas que tive algum desconforto por ser do BI foram: Polêmicas Contemporâneas, com o Professor P, e Bioquímica Médica I. A primeira porque o professor era, por princípio, contra o projeto da UFBA Nova e os BI's e em sala promoveu debates sobre nosso curso – o que possibilitou a discussão, logo não foi um espaço de todo hostil. Já o segundo, foi pelo encontro com o curso que mais se distanciava do projeto dos BI's – Medicina – e que politicamente também fazia questão de reproduzir diversos preconceitos – mas como essa disciplina é de

primeiro semestre, pudemos trabalhar com os colegas e com os professores da disciplina suas opiniões, através do bom desempenho acadêmico. (EBIS2)

A questão que transforma o discurso dos estudantes é o desejo de cursar Medicina após a graduação no BIS. Como é uma opção praticamente unânime entre os matriculados, a concorrência entre eles é evidenciada nas relações. No último ano do curso, com a decisão da UFBA de que o coeficiente de rendimento seria o fator de escolha na seleção no ingresso aos CPL, a disputa por notas altas torna-se o esteio sobre o qual caminham dentro do currículo. Alguns relatos são interessantes nesse sentido:

A disputa pelas vagas se tornou mais acirrada e, assim, uma “guerra fria” entre os alunos se estabeleceu, era “um leão comendo o outro” e, até entre amigos, rixas surgiram. Às vezes, até mesmo os professores ficavam incomodados com a disputa que se estabeleceu entre os alunos, pois buscávamos apenas a nota dez e menos que isso não nos satisfazia, o que dava uma impressão (às vezes correta) de que não aproveitávamos o aprendizado que estava sendo passado, apenas preocupando-nos com o resultado quantitativo dos componentes. (EBIS 3)

Eu mal frequentava as aulas, faltei todas as vezes que pude, contabilizei minhas faltas apenas para não perder nas disciplinas. Pensei novamente em desistir, mas a minha vontade de passar por mais este desafio foi mais forte. Descobri um lado muito ruim das pessoas, na verdade não sabia em quem confiar. As pessoas não se importavam mais com os problemas dos outros, em ajudar uns aos outros como era no início do curso. Não pensávamos mais em cursar disciplinas juntos, mas sim em conseguir a vaga para preencher nossa carga horária, sem pensar se o colega também conseguiu. Houve casos de amigos mentirem um pro outro a respeito de provas e notas de algumas disciplinas, para que o colega não tirasse uma nota boa e passasse a frente no escalonamento. Enfim, ficávamos horas e horas fazendo listas para tentar saber quem seriam os trinta e dois estudantes, que passariam para medicina e se, desses, a segunda opção seria o curso de enfermagem. Toda conversa que tínhamos era sobre isso, todo lugar que íamos juntos falávamos disso e assim foi até o dia da formatura, inscrição no CPL e por fim no dia do resultado, quando de fato nos foram revelados os trinta e dois. (EBIS4)

Mesmo a relação com os docentes é percebida como conflituosa devido à insatisfação que os estudantes passam a ter com notas que consideram baixas. A nota 10 é a única nota aceitável na disputa por uma das 32 vagas no curso de Medicina, como confirma este trecho:

Os professores das unidades, que nos ofertavam disciplinas tomaram pavor de nos dar aula. Alegavam que éramos bons alunos, tirávamos boas notas, mas que estas nunca eram suficientes. Pois, só queríamos tirar nota dez. (EBIS4)

Ainda assim, os estudantes encerram as descrições dos três anos no BIS com textos emocionados sobre a transformação pessoal que experimentaram nesse curso:

O B.I. foi, e provavelmente sempre será, a experiência acadêmica mais intensa que me permitiu viver. Começou feito bagunça, e me fez perceber que o curso seria exatamente aquilo que eu fizesse dele. A bagunça foi se revelando a minha liberdade! Cabia a mim organizá-la para que fizesse sentido! (EBIS1)

[...] ao final do curso eu havia mudado, eu não era mais a mesma pessoa, havia mudado, amadurecido. O BI me permitiu evoluir muito, principalmente acostumando-me a ter o hábito de pensar criticamente, a avaliar todas as variáveis referentes a qualquer assunto pelo qual eu me interesse, sem aceitar sem perguntar o que dizem. Nesse período, aprendi a questionar, a duvidar, a criticar, a ser uma profissional e também uma pessoa mais consciente do que acontece ao meu redor. (EBIS3)

Não saímos do BI os mesmos estudantes que entram diretamente pelos CPL. O BI não é só mais um curso, somos agentes para que a Universidade se questione. (EBIS5)

Em meio a esses dilemas, os docentes afirmam-se divididos entre a motivação que conseguem ao intervir no percurso de estudantes mais próximos, como os monitores e os bolsistas de pesquisa e extensão; e entre a desesperança com a totalidade do curso, quando enfrentam as limitações impostas pelas estruturas de governo e sistemas administrativos da universidade, como neste trecho:

Às vezes me sinto assim, nesses momentos, nas reuniões, quando está com a equipe, as congregações, situações que a gente vive: aluno que já se formou, mas entra no BI de novo porque não foi pra Medicina, aí tenho que fazer aqueles processos burros, sabe?! Ai. Essa parte da administração é muito burra, arcaica, não é inteligente. Eu me sinto muito ruim, muito mal como professora, de fazer essas coisas e isso me faz ficar, assim, muito desesperançada. [...] quando a gente se depara, quando estamos numa reunião pra pensar um documento que restrinja a possibilidade dos alunos de usar esse artifício pra ir pra Medicina porque ele tá fazendo isso pra se dar bem. Isso acaba com a gente. Quando a PROGRAD diz coisas sobre nós, que a gente não faz o que a gente faz muito. Porque a gente trabalha muito pra fazer, e diz que a gente não faz, que o problema é nosso, não é do Sistema que não funciona... Essas coisas pegam muito, porque isso inclusive nos enfraquece muitas vezes. A gente acaba colocando pro lado a coisa que devia ser a coisa mais importante. (DBIS2)

O mais importante, segundo essa entrevista, é compreender o PPP e a “razão de ser dos BI”, referindo-se aos princípios que redundaram na criação dos bacharelados interdisciplinares. O que não é possível diante do excesso de trabalho apontado pelos docentes. A identidade de estudante expressa nos relatos, que se produziu neste contexto de militância pela consolidação de uma mudança na arquitetura acadêmica da UFBA, traz as seguintes características mais evidentes: i) a defesa e reprodução do discurso aprendido com os docentes do IHAC; ii) a argumentação constante de que tiveram uma formação de melhor qualidade em relação aos estudantes que ingressam nos CPL via vestibular ou ENEM; iii) a militância em favor do SUS; e iv) a crítica à prática docente nos cursos CPL.

Essa assunção dos valores expressos no PPP pelos estudantes, pode ainda ser analisada como uma tomada de posição para acumular mais capital simbólico, uma vez que esta conduta permite a relação mais próxima com docentes do reconhecidos como autoridades científicas no IHAC, dominantes na definição dos conhecimentos privilegiados no curso.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo de caso permite levantar a hipótese de que a estrutura curricular predominante nos cursos de saúde da Universidade Federal da Bahia constitui importante obstáculo para transformação, atuando no sentido de inviabilizar as tentativas de inovação ou criação de propostas que se pretendam contra-hegemônicas nos cursos de saúde. Nestes, a síntese das disputas pelo arbitrário cultural acaba por produzir currículos, pensando mais especificamente no currículo oculto, de permanência em processos e relações educativas muito semelhantes aos que existiam antes das propostas de mudança. O avanço no uso de tecnologias de educação que trazem o objetivo explícito de conduzir os estudantes a se tornarem agentes de seu processo educativo, conscientes das determinações estruturais da realidade de saúde e munidos com recursos para a transformação da realidade, não logra resultados de monta diante de organizações e estruturas sobredeterminadas por interesses da classe exploradora hegemônica.

A atuação dos agentes do processo educativo permanece orgânica à ideologia capitalista, tendo suas atividades determinadas por uma falsa consciência e, além do que, na relação de forças, os grupos com identidade militante, comprometidos com a transformação, não conseguem recursos de poder suficientes para produzir resultados que sejam perceptíveis aos estudantes, afiliados de forma mais prevalente ao modelo de educação em que são objetos do processo de produção de médicos, enfermeiras, sanitaristas e bacharéis em saúde.

A transformação de práticas educativas, na origem pouco comprometidas com as necessidades sociais, é tímida. A vantagem na disputa por recursos de poder e determinação de um arbitrário cultural dentro da Universidade mantém-se entre os grupos elitistas e conservadores. Porém, os docentes entrevistados são otimistas em relação às possibilidades de mudança. Concordariam com Castells (2013), quando este afirma que o ganho real de um movimento, como a RSB, não se encontra em conseguir que a imagem societal desejada seja completamente implantada, mas sim na intervenção na cultura e na reflexão que provocam na sociedade. A partir disso, a concepção da saúde passa a ser questionada e sua naturalização enquanto bem de mercado, disponível apenas para as elites, perde sua força.

É evidente que o percurso e o nível de proximidade com a RSB, revelados pelos cursos estudados, admitem a exposição de particularidades. Ambientes institucionais mais afeitos à inovação, como o BIS e a graduação em Saúde Coletiva, mesmo com as resistências sociais e da ordem institucional da Universidade, conseguem uma desfamiliarização desta noção de saúde centrada na negação da doença com mais vigor nos estudantes. Cursos mais tradicionais, como os de Medicina e Enfermagem, pouco acompanham os avanços propostos nos projetos e tecnologias educacionais inovadoras, além de manterem o ideário da RSB apenas na retórica. Nesses cursos, o contato mais próximo com docentes militantes do novo currículo, em pesquisas, grupos de estudo e atividades de extensão, parece ser o dispositivo mais eficiente para produzir trabalhadores comprometidos com a RSB.

Uma das limitações no estudo é que os relatos no BIS são posteriores à vivência e perdem algo da espontaneidade nas descrições e narrativas, permitindo a racionalização de diversos fatos em favor do discurso militante que este grupo adquiriu no contexto de afirmação de seu lugar dentro da UFBA, hostil em vários aspectos à proposta da UFBA Nova.

Outro fator que limita as conclusões quanto a modificações em processos de trabalho advindos da inserção dos graduados no SUS, enquanto espaço de trabalho, é que os estudantes que participaram do estudo encontram-se ainda nos anos iniciais dos CPL, o que não permite olhar para o resultado final dos processos de produção de profissionais, partindo da linha teórica de Juan Cesar Garcia. O que seria importante para ampliar a compreensão da imensa complexidade dessa relação entre a sociedade, a universidade com seus modelos de educação ambivalentes e o processo contra-hegemônico de Reforma Sanitária Brasileira.

Os docentes entrevistados em Enfermagem e Medicina tendem a apontar como possibilidade de superação do modelo tradicional, a substituição progressiva do corpo docente por uma nova geração de professores, que, acredita-se, seriam mais favoráveis à afiliação dos alunos aos projetos de transformação curricular. No BIS, percebe-se que os sistemas de governo da Universidade acabam impedindo o compartilhamento de opiniões e a aproximação entre os docentes em torno da intenção de mudança do modelo de educação. Já no curso de Saúde Coletiva, a entrada de novos docentes e a saída de professores por aposentadoria é vista com preocupação, já que os primeiros chegam “viciados” pela exposição a práticas pedagógicas tradicionais e objetificantes; não tem tempo para refletir sobre o exercício da docência em propostas inovadoras e, geralmente, não passaram por espaços de preparação para a docência em sua trajetória acadêmica.

Os achados salientam a relevância da aproximação dos professores às determinações do exercício da docência e ao conhecimento acerca de saberes próprios da educação superior em saúde. Nota-se que as práticas pedagógicas tomam como modelo as experiências de cada professor em sua formação. Como o docente é apontado como uma figura central na conformação do currículo, ações que o tornem hábil em compreender seu papel para além da sala de aula, emergem como demandas para os cursos de mestrado, doutorado e para os espaços de educação de professores em seu cotidiano de trabalho.

Como interpretar esses achados à luz do referencial teórico adotado neste estudo? No modelo teórico da educação médica na América Latina, Garcia apresenta o curso médico como determinado por uma prática universitária que, por sua vez, é determinada pela estrutura social. Nesse sentido, Garcia (1989) e Bourdieu (2011a; 2011b) concordam que as proposições educativas da universidade têm origem na experiência dos indivíduos com o mundo material objetivo, tese que é radicada nos escritos de Marx (2008) e que pode ser observada nos achados do presente estudo. As propostas de novos currículos e, mesmo de novos cursos, surgem atreladas às determinações estruturais da sociedade, como o processo de reforma no setor saúde que redundou na criação do SUS e que sofre diversas formas de resistência.

A ideia dominante na sociedade sobre as profissões de saúde determina a produção de médicos e interfere diretamente na operação do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, conforme exposto nessa pesquisa. Da mesma forma, a concepção dominante de educação, que produziu o modelo tradicional de currículo (SILVA, 2011), admite que aprender é memorizar informações ou executar automaticamente determinados procedimentos, determinando a metodologia mais utilizada nos cursos analisados – a aula em forma de palestra, em que o professor dirige e controla as interações, e a transmissão é a tônica das atividades de ensino.

Esse modelo predominante de educação universitária acaba por determinar um dado perfil de estudantes, como nota-se nas entrevistas e diários de campo, também afeitos a um papel de passividade na estrutura educacional. Conforme Garcia (1989) afirma, o estudante permanece ainda hoje no lugar de objeto do processo de produção dos profissionais de saúde, tendendo a permanecer nesse lugar também nos serviços de saúde onde atuam profissionalmente, concordando com a ideia de que o currículo produz o perfil profissional desejado em cada contexto sócio temporal. Essa afirmação traz a contradição que é encontrada entre as práticas universitárias desenhadas no PPP e aquelas expressas pelos

docentes e estudantes que participaram do estudo. Nas primeiras, o perfil profissional objetivado é sempre adequado aos desafios e práticas propostos no ideário da RSB; Já as encontradas no currículo oculto são síntese da hegemonia capitalista sobre a produção dos trabalhadores de saúde regulada pelo mercado e pelos tensionamento para a manutenção de uma posição ético-política de exploração da classe trabalhadora contemporânea.

Apesar dos avanços identificados pelos docentes entrevistados, expressos segundo eles pela aderência do discurso dos estudantes egressos ao ideário democratizante da RSB, a maior parte dos profissionais ainda reproduz as práticas sociais-ocupacionais existentes (ALMEIDA-FILHO, 2011; PAIM *et al.*, 2011), concordando com os estudos de Garcia (1989) sobre a educação médica, que afirma também a incapacidade de transformações sociais exclusivamente a partir de uma Universidade condicionada pela estrutura social, salientando, porém, a potencialidade de produção de contra-poder na disputa pela hegemonia na definição do arbitrário cultural favorável à RSB.

Nesse aspecto, sobre a conformação dos currículos, há uma sustentação nos achados às afirmações de teóricos como Silva (2011); Sacristan (2000) e Macedo (2009; 2013), haja vista que os currículos são produzidos sob intensa disputa, no geral reflexos da disputa de dois grupos principais: trabalhadores com consciência de classe, imbuídos do ideal de democratização da saúde e, de outro lado, os trabalhadores que incorporam a falsa consciência neoliberal de autonomia e enriquecimento a expensas da população, deixando à parte a realidade e necessidades de saúde desta última. Apesar de uma hegemonia dos princípios e valores da RSB nos currículos expressos (documentos), a correlação das forças atuantes nas Unidades Universitárias acaba por determinar um currículo oculto ainda voltado aos especialismos, às práticas disciplinares isoladas da determinação social da saúde e centradas na doença. O Bacharelado Interdisciplinar em Saúde desponta como uma possibilidade de transformação dessa realidade, merecendo estudos futuros que acompanhem de forma mais longa seus egressos e o impacto que essa formação produz no seu cotidiano ocupacional.

Finalmente, parecem não ser bastantes as recomendações de Paim para que a Universidade efetivamente apoie o processo de Reforma Sanitária Brasileira, prestando

uma obsessiva atenção às necessidades sociais. Isto requer uma atualização constante de seus objetos de reflexão e de pesquisa no sentido de uma interação permanente com a sociedade, tal como o estudo da situação de saúde nas suas diversas dimensões, o desenvolvimento de investigações e de novas tecnologias e a redefinição de políticas e práticas de saúde (PAIM, 2002, p. 131).

A Universidade, para que responda a essa demanda social, necessita de uma profunda revisão que supere seu status de Aparelho Ideológico do Estado e produza, conforme aponta Gramsci (1978), de forma massiva a saída da população do senso comum para a consciência filosófica.

A tendência dos currículos à permanência no *status quo* ratifica a posição de Garcia (1989) de que as contradições reproduzidas na sociedade capitalista pela educação podem ser reduzidas e aliviadas, porém dificilmente serão eliminadas no todo. Os movimentos de contrapoder avançam de forma lenta no contexto universitário, permanecendo determinados pelo modelo de universidade desenhado para privilegiar a classe hegemônica brasileira, conforme proposto por Almeida-Filho (2013) sobre o ciclo de reprodução das desigualdades sociais na educação superior.

Enfim, o volume de material produzido no presente estudo de caso é extenso, denso e rico, o que permite pensar em diversas linhas de investigação possíveis dentro do tema, desde as subjetividades e identidades produzidas nesses cursos, até as influências macroeconômicas nos currículos das graduações em saúde. Não obstante, esperamos ter contribuído para uma reflexão crítica e engajada acerca de transformações e inovações curriculares que se apresentam, no plano retórico, como apoiadoras da Reforma Sanitária Brasileira, expondo experiências de implementação e alguns obstáculos peculiares, cujos efeitos podem ser esperados no campo da Saúde, esse campo político por excelência (no sentido bourdieusiano). Além disso, trata-se enfim de empreender um esforço institucional no sentido de abrir espaço para estudos mais analíticos e propositivos visando a modificações de fatores e vetores que barram a aderência crítica da educação superior em saúde à realidade da população brasileira em suas diversas demandas por saúde.



## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. P. A Formação do Enfermeiro frente à Reforma Sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.2, n.4, p.505-510, 1986.
- ALMEIDA-FILHO, N. M. Breaking a Vicious Cycle of Social Exclusion. **ReVista Harvard Review of Latin America (Cambridge, Mass.)**, v.12, p.60 - 64, 2012. Em versão eletrônica:  
[http://www.drclas.harvard.edu/publications/revistaonline/sites/default/files/ReVista\\_Universities\\_ship\\_re.pdf](http://www.drclas.harvard.edu/publications/revistaonline/sites/default/files/ReVista_Universities_ship_re.pdf)
- ALMEIDA-FILHO, N. M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. 2013, v.18, n.6, p. 1677-1682.
- ALMEIDA-FILHO, N. M. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. **THE LANCET**. London, p.06-07, 2011.
- ALMEIDA-FILHO, N. **Universidade nova: textos críticos e esperançosos**. Brasília, DF: Ed. da UnB; Salvador, BA: EDUFBA, 2007. 300p.
- ALTHUSSER, L. **Ideologia e aparelhos ideológicos do Estado**. 3 ed. Lisboa: Presença, 1980.
- AMANCIO FILHO, A; VIEIRA, A. L. S.; GARCIA, A. C. P. Oferta das graduações em Medicina e em Enfermagem no Brasil. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, 2006 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022006000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022006000300007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 04 Julho de 2013.
- ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. **Processos de ensinagem na Universidade: propostas para as estratégias de trabalho em aula**. 10ª ed. Joinville, SC: Univille, 2012.
- ANGROSINO, M. **Etnografia e Observação Participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- AROUCA, S. A Reforma Sanitária Brasileira. Tema. **Radis**, n. 11, pp. 2-4, 1988.
- AROUCA, S. In: RADIS ENTREVISTA. Sérgio Arouca, o eterno guru da Reforma Sanitária. **Radis**, n. 3, 2002, p.19.
- AROUCA, S. **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- BAGNATO, M. H. S.; RODRIGUES, R. M. Diretrizes Curriculares da Graduação de Enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, Oct. 2007 . Available from  
 <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500005&lng=en&nrm=iso)>. access on 04 July 2013.
- BATISTA, C. B.; GONÇALVES, L. Marcos sobre a integração ensino-serviço na formação de profissionais para a saúde. In: KIND, L.; BATISTA, C. B.; GONÇALVES, L. (org.). **Universidade e Serviços de Saúde: interfaces, desafios e possibilidades na formação profissional em saúde**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2011. p. 25-48.

BERLINGER, G.; TEIXEIRA, S. F.; CAMPOS, G. W. S. **Reforma sanitária-Itália e Brasil**. São Paulo. CEBES/HUCITEC, 1988.

BOURDIEU, P. **Homo academicus**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2011a.

BOURDIEU, P. O espaço dos pontos de vista. In: Bourdieu, P. (coord.). **A miséria do mundo**. 8 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011b. pp. 11-13.

BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, R. (org.); FERNANDES, F. (coord.). **Pierre Bourdieu: sociologia**. São Paulo: Ática, 1983. p. 122-155.

BOURDIEU, P.; NOGUEIRA, M. A.; CATANI, A. M. **Escritos de educação**. 13. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

BOURDIEU, P.; PASSERON, J-C. **A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino**. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

BRASIL, 2001. Despacho do Ministro em 01/10/2001, publicado no Diário Oficial da União de 03/10/2001, Seção 1E, p. 131.

BRASIL, 2001a. Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.

BRASIL. Comissão de Recursos Humanos da Comissão Interministerial de Planejamento. **Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final**. 1986

BRASIL. **Decreto n. 7.385, de 8 de dezembro de 2010**. Institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS, e dá outras providências. Brasília, 2010.

BRASIL. **Lei n. 8.080**, 19 setembro 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão de Educação na Saúde. **VER-SUS Brasil: Caderno de Textos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

BRASIL. **Portaria Interministerial n. 421, de 3 de março de 2010**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília, 2010a.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde. Brasília, 2007.

CASTELLS, M. **Redes de indignação e esperança: movimentos sociais na era da Internet**. Trad. de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2013

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

- COULON, A. **A condição de estudante: a entrada na vida universitária**. Salvador: EDUFBA, 2008.
- COULON, A. **La Etnometodologia**, Madrid: Catedra, 2005.
- DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. 2. ed. São Paulo, SP: Duas Cidades, 1979.
- ENGELS, F. **Anti-Duhring: filosofia, economia política, socialismo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 3. ed. 1990.
- ENGELS, F. Carta a Mehring. In: ENGELS, Friedrich; MARX, Karl. **Obras Escogidas**. vol. 3. Moscou: Progresso, 1974. p. 522-527.
- FORTIN, S. Trad. Helena Mello. Contribuições possíveis da etnografia e da autoetnografia para a pesquisa na prática artística. **CENA**. n. 7, 2009. p. 77-88.
- GARCIA, J. C. As Ciências Sociais em Medicina. In: NUNES, E. D. (org.). **Juan César Garcia: pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1989. p.51-99.
- GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura**. 2ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira, 1978. (Perspectivas do homem. Série Filosofia; v.48)
- MACEDO, R. S. **Atos de Currículo e Autonomia Pedagógica**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.
- MACEDO, R. S. **Currículo: campo, conceito e pesquisa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 3 ed, 2009.
- MACEDO, R. S. **Etnopesquisa crítica, etnopesquisa-formação**. Brasília: Liber Livro Editora. 2 ed, 2010.
- MACHADO, M.H.; OLIVEIRA, E.S.; MOYSES, N.M.N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: Celia Pierantoni, Mario Roberto Dal Poz, Tania França. (Org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1ª.ed. Rio de Janeiro: CEPESC,UERJ, 2011, v. 001, p. 103-116.
- MARX, K. **Contribuição à Crítica da Economia Política**. São Paulo: Expressão Popular, 2 ed, 2008.
- MARX, K. **O 18 Brumário de Luís Bonaparte**. São Paulo: Boitempo, 2011.
- MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto do partido comunista**. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.
- MENDES, E. V. A Reforma Sanitária e a Educação Odontológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.2, n.4, p.533-552. Rio de Janeiro, 1986.
- MESZAROS, I. **A educação para além do capital**. 2. ed., ampl. São Paulo, SP: Boitempo, 2008.
- MOREIRA, A. F. B. A recente produção científica sobre currículo e multiculturalismo no Brasil (1995-2000). **Revista Brasileira de Educação**. n.18, p. 65-81. Rio de Janeiro, 2001.
- NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saude soc.**, São Paulo, v.3, n.2, 1994. Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12901994000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901994000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 03 de março de 2014.

PAIM, J. S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. 1 ed. Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIM, J. S ; TRAVASSOS, C ; ALMEIDA, C ; BAHIA, L ; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **THE LANCET**. London, 2011, p.11-31.

PAIM, J. S. **Saúde: política e reforma sanitária**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.

PAIM, J.S. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, S. (organizadora). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PAIM, J.S. Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em saúde coletiva. In: ABRASCO. **Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil**. Rio de Janeiro, ABRASCO/NUTES/CLATES, v. 1, pp.3-19, 1982.

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

PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, pp. 299-316, 1998.

PINTO, I. C. M. *et al.* Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, 2013, p.1525-1534.

POSSAS, C. A. Prefácio. In: BERLINGER, G.; TEIXEIRA, S. F.; CAMPOS, G. W. da S. **Reforma sanitária-Itália e Brasil**. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1988.

ROCHA, M. N. D.; LOPES, W. V. L.; MATOS, C. H. W.; TEIXEIRA, C. F. **Revisão bibliográfica sobre o ensino de graduação em saúde no Brasil (1974 – 2011)**. Relatório de pesquisa. Salvador: UFBA, 2013.

RODRIGUES, R. M.; CALDEIRA, S. Movimentos na educação superior, no ensino em saúde e na enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 5, 2008 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000500016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000500016&lng=en&nrm=iso)>. access on 04 July 2013.

RONZANI, T.M. A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde: qual o Papel das Crenças? Rio de Janeiro: **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 31, n.1, pp.38 - 43, 2007.

ROSALDO, R. **Identidades y movimientos sociales en Norteamérica: auto-etnografia desde el punto de vista de uno de sus participantes**. Stanford University.- Política y Sociedad, v.30, Madrid, 1999. p.53-59.

SACRISTÁN, J. G. **O currículo: uma reflexão sobre a prática**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SILVA, L. A. S. R. A Educação Médica e a Reforma Sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v.2, n.4. Rio de Janeiro, 1986. p. 493-504.

SILVA, T. T. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo**. 3ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

STRUTHERS, J. **Analytic autoethnography**: a tool to inform the lecturer's use of self when teaching mental health nursing? (PhD thesis), UNSPECIFIED, 2012.

TEIXEIRA C.F. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do sanitarista. **Interface Comum Saúde Educ**, v. 7, n.13, pp. 163-166, 2003.

TROTSKI, L. **Programa de transição para a revolução socialista**. 2. ed. Lisboa: Antidoto, 1978.

UFBA. PROPLAN (2012). **Plano de desenvolvimento Institucional (PDI) 2012-2016**. Disponível em: [https://www.ufba.br/sites/devportal.ufba.br/files/pdiufba\\_2012-16.pdf](https://www.ufba.br/sites/devportal.ufba.br/files/pdiufba_2012-16.pdf) ; Acesso em 03 de junho de 2013.

UFBA. Pró-Reitoria de Desenvolvimento de Pessoas. Coordenação de Desenvolvimento Humano. Concursos. Disponível em [[http://www.concursos.ufba.br/docentes/2013/cronograma\\_docentes\\_2013.html](http://www.concursos.ufba.br/docentes/2013/cronograma_docentes_2013.html)] acesso em 14 de fevereiro de 2014.

UFBA. Serviço de Seleção, Orientação e Avaliação – SSOA. **Ingresso 2014 UFBA**. Disponível em: <http://www.vestibular.ufba.br/welcome.html> ; acesso em 11 de abril de 2014a.

UFBA. Escola de Enfermagem. Colegiado do Curso de Graduação em Enfermagem. **Projeto pedagógico do curso de graduação em enfermagem**. Salvador : UFBA, 2010.

UFBA. Instituto de Artes, Humanidades e Ciências Professor Milton Santos. . **Projeto pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde**. Salvador : UFBA, 2010a.

UFBA. Instituto de Saúde Coletiva. **Projeto pedagógico do curso de graduação em Saúde Coletiva**. Salvador : UFBA, 2008.

UFBA. Faculdade de Medicina da Bahia. **Novo Projeto Político-Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da FAMEB/UFBA**. Salvador : UFBA, 2007.

## **APÊNDICE A – Guias para entrevistas com os docentes das Unidades Universitárias.**

### **Bacharelado Interdisciplinar em Saúde**

1. Como foi/é sua participação na construção/operacionalização do currículo?
2. O Projeto Político Pedagógico do curso assume a base doutrinária da Reforma Sanitária como ponto de partida?
3. Em sua perspectiva, que ações pedagógicas o BI Saúde realiza com o objetivo de contribuir para o fortalecimento da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde?
4. O Projeto Político Pedagógico propõe-se a modificar significativamente a formação dos profissionais da saúde? De que maneira e em que pontos?
5. O que a vivência na concepção/aplicação desse currículo já permite constar como experiência?
6. Que mudanças, positivas e negativas, já podem ser percebidas na formação dos estudantes?

### **Enfermagem**

1. Como foi/é sua participação na construção/operacionalização do currículo?
2. O Projeto Político Pedagógico propõe-se a modificar significativamente a formação da enfermeira? De que maneira e em que pontos?
3. O Projeto Político Pedagógico do curso assume a base doutrinária da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde como ponto de partida?
4. Em sua perspectiva, que ações pedagógicas são praticadas para contribuir com o fortalecimento da Reforma Sanitária Brasileira nesse curso?
5. O que a vivência na aplicação desse currículo já permite constar como experiência?
6. Que mudanças, positivas e negativas, já são percebidas na formação dos estudantes?

## **Medicina**

1. Como foi/é sua participação na construção/operacionalização do currículo?
2. O Projeto Político Pedagógico do curso assume a base doutrinária da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde como ponto de partida?
3. O Projeto Político Pedagógico propõe-se a modificar significativamente a formação do médico? De que maneira e em que pontos?
4. Em sua perspectiva, que ações pedagógicas são praticadas para contribuir com o fortalecimento da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS nesse curso?
5. Em seu texto, o PPP já aponta alguns desafios para ser implementado, tais como as práticas cristalizadas em dois séculos de existência e uma conjuntura interna que não favorece a mudança no currículo. A senhora pode falar sobre esses desafios?
6. O que a vivência na concepção/aplicação desse currículo permite constar como experiência?
7. Que mudanças, positivas e negativas, já são percebidas na formação dos estudantes?

## **Saúde Coletiva**

1. Como foi/é sua participação na construção/operacionalização do currículo?
2. O Projeto Político Pedagógico propõe-se a modificar significativamente a formação do sanitarista? De que maneira e em que pontos?
3. Que ações pedagógicas são praticadas para cumprir o compromisso assumido no Projeto Político Pedagógico de direcionar o processo educativo para a consolidação da Reforma Sanitária e do SUS?
4. O que a experiência na aplicação desse currículo já permite constar como experiência, do seu ponto de vista?
5. Que mudanças, positivas e negativas, já são percebidas na formação dos estudantes?

6. Durante o seguimento de estudantes por três semestres, a prática pedagógica no curso, descrita por eles, é muito próxima ao que foi projetado no PPP. A que se deve isso, em sua percepção?



### APÊNDICE B – Modelo da Matriz de análise dos Projetos Político Pedagógicos

<b>Elemento</b>	<b>BIS</b>	<b>ENFERMAGEM</b>	<b>MEDICINA</b>	<b>SAÚDE COLETIVA</b>
<b>Fragmentos que expressam aderência ao movimento pela RSB</b>				
<b>Componentes curriculares que abordam diretamente o processo histórico da RSB</b>				
<b>Estratégias pedagógicas de estímulo ao protagonismo do estudante no processo educativo</b>				
<b>Características do perfil profissional pretendido</b>				
<b>Relação que estabelece com os problemas de saúde na realidade de população</b>				
<b>Relação ciclo básico e ciclo profissionalizante</b>				
<b>Referência à relação professor-estudante</b>				
<b>Ênfase na promoção da saúde ou nos processos patológicos?</b>				