



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

MARCIO LEMOS COUTINHO

**IDENTIDADE PROFISSIONAL E PRÁTICA DOCENTE NA EDUCAÇÃO MÉDICA:
CONTRIBUIÇÕES E LIMITES NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE**

Salvador

2024

MARCIO LEMOS COUTINHO

**IDENTIDADE PROFISSIONAL E PRÁTICA DOCENTE NA EDUCAÇÃO MÉDICA:
CONTRIBUIÇÕES E LIMITES NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

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

Coorientadora: Profa. Dra. Liliana Santos.

Salvador

2024

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

C871i Lemos, Marcio.

Identidade profissional e prática docente na educação médica: contribuições e limites na garantia do direito à saúde / Marcio Lemos Coutinho. -- Salvador: M. L. Coutinho, 2024.

161 f. II.

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

Coorientadora: Profa. Dra. Liliana Santos.

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

1. Educação Médica. 2. Prática docente. 3. Identidade profissional.
I. Título.

CDU 378:61



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

MARCIO LEMOS COUTINHO

Identidade profissional e prática docente na educação médica: contribuições e limites na garantia do direito à saúde.

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

Data de defesa: 19 de dezembro de 2024.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Naomar Monteiro de Almeida Filho - Orientador - UFSB

Profa. Dra. Líliliana Santos – Coorientadora - ISC/UFBA

Profa. Dra. Isabela Cardoso de Matos Pinto – ISC/UFBA

Documento assinado digitalmente

gov.br SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA
Data: 09/01/2025 16:34:30-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista - UNIFESP

Documento assinado digitalmente

gov.br SANDRO SCHREIBER DE OLIVEIRA
Data: 23/01/2025 17:22:02-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Sandro Schreiber de Oliveira – FURG

Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino – FMB/UNESP

Salvador
2024

Dedico este trabalho à memória do meu irmão Renato pela nobreza de seu caráter, seu companheirismo e senso de justiça. Com você, meu irmão, criei gosto pela música, apreço pelas “coisas simples” da vida, aprendi a importância das amizades e tive a convicção de que a essência é sempre o que há de mais valioso em uma pessoa.

Sigo admirando e perseguindo suas grandes virtudes – sabedoria, coerência entre o modo de pensar e agir e lealdade.

Muitas vezes, Pedro, você fala
Sempre a se queixar da solidão
Quem te fez com ferro fez com fogo, Pedro
É pena que você não sabe, não

Vai pro seu trabalho todo dia
Sem saber se é bom ou se é ruim
Quando quer chorar, vai ao banheiro
Pedro, as coisas não são bem assim

Toda vez que eu sinto o paraíso
Ou me queimo torto no inferno
Eu penso em você, meu pobre amigo
Que só usa sempre o mesmo terno

Pedro, onde cê vai eu também vou
Mas tudo acaba onde começou

Tente me ensinar das tuas coisas
Que a vida é séria e a guerra é dura
Mas, se não puder, cale essa boca, Pedro
E deixa eu viver minha loucura

Lembro, Pedro, aqueles velhos dias
Quando os dois pensavam sobre o mundo
Hoje eu te chamo de careta, Pedro
E você me chama vagabundo

Pedro, onde cê vai eu também vou
Pedro, onde cê vai eu também vou
Mas tudo acaba onde começou

Todos os caminhos são iguais
O que leva à glória ou à perdição
Há tantos caminhos, tantas portas
Mas somente um tem coração

E eu não tenho nada a te dizer
Mas não me critique como eu sou
Cada um de nós é um universo, Pedro
Onde você vai eu também vou
Pedro, onde cê vai eu também vou
Mas tudo acaba onde começou
É que tudo acaba onde começou

(Raul Seixas)

AGRADECIMENTOS

A Renata pelo apoio de sempre, pela partilha e pela família que constituímos.

A Julinha e Marcelinho, a quem dedico meus melhores esforços.

A meus pais e irmãos por contribuírem para eu ser quem sou.

A Naomar pela disponibilidade em ser meu orientador e pela dedicação à produção acadêmica e, em especial, aos projetos na área deste estudo que nos servem de estímulo.

A “Lili” pelo empenho, dedicação, cuidado, rigor e ternura na condução de cada etapa da tese e na compreensão de que toda experiência de aprendizagem é também uma experiência afetiva. Nos dizeres de Rubem Alves, é a fome que põe em funcionamento o aparelho pensador. Fome é afeto. O pensamento nasce do afeto, nasce da fome. Afeto, do latim “affetare”, quer dizer “ir atrás”. É o movimento da alma na busca do objeto de sua fome.

Ao mestre Jairnilson pela inspiração, acolhida nos primeiros passos e preocupação constante com minha trajetória acadêmica.

A Isabela Pinto por construir as pontes que possibilitaram chegar até o projeto de doutorado.

Aos professores do Instituto de Saúde Coletiva pela imensa contribuição à área.

A Marcele Paim pela amizade e pelo companheirismo de sempre.

Ao amigo Marcelo Rocha pelo apoio, disponibilidade e motivação.

Aos colegas de “PEC” do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe (campus Lagarto), Priscila, Adriana, Leda, Cátia, Luciana, Flávio, Vitor e Gilberto, e aos discentes pelas trocas, pelos aprendizados e pelos vínculos.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa “Educação Superior em Saúde e Iniquidades Sociais” pelas reflexões compartilhadas.

À professora Simone Amorim pelas sugestões de leitura sobre o tema dos saberes docentes e formação profissional.

A Nília, Camila e Vitória pela “iniciação” ao IRaMuTeQ.

Aos membros da banca de qualificação pelas valiosas contribuições no delineamento e aprimoramento do estudo.

Aos entrevistados pela disponibilidade e pelas reflexões sobre o objeto desta tese.

A Afra, Janira, César e Alex por me darem “régua e compasso” fundamentais para esta travessia.

A Creuza pela colaboração na versão final deste trabalho.

Aos colegas e amigos de projetos em defesa do SUS.

Como um rio

*Ser capaz, como um rio que leva sozinho
a canoa que se cansa, de servir de caminho
para a esperança.*

*E de levar do límpido a mágoa da mancha,
como o rio que leva e lava.*

*Crescer para entregar na distância calada
um poder de canção, como o rio decifra
o segredo do chão.*

*Se tempo é de descer, reter o dom da força
sem deixar de seguir. E até mesmo sumir
para subterrâneo, aprender a voltar
e cumprir, no seu curso, o ofício de amar.*

*Como um rio, aceitar essas súbitas ondas
feitas de águas impuras que afloram a escondida
verdade das funduras.*

*Como um rio, que nasce de outros, sabe seguir
junto com outros sendo e noutros se
prolongando
e construir o encontro com as águas grandes
do oceano sem fim.*

*Mudar em movimento, mas sem deixar de ser
o mesmo ser que muda.*

Como um rio

(Thiago de Mello)

RESUMO

A educação médica no Brasil historicamente se apresenta distante de valores de promoção da saúde de pessoas e coletividades, constituindo-se como um desafio ao processo de estruturação do Sistema Único de Saúde na garantia do direito à saúde ao perpetuar um modelo de formação incapaz de atender à ampliação das necessidades sociais relacionadas à saúde e seus determinantes. A justificativa central para os movimentos de mudança na Educação Médica tem como argumento a inadequação da formação para a produção de uma prática médica articulada às estratégias de reorientação dos modelos de atenção à saúde, que requerem profissionais capacitados a trabalhar em equipe, aptos a prestar atendimento clínico integral e resolutivo, além de competentes nos atos de gestão, prevenção de riscos e doenças, e promoção da saúde. Nessa direção, o presente estudo analisou a conformação de identidades profissionais de docentes inseridos em escolas médicas brasileiras, identificando as repercussões dessas “formas identitárias” na formação de médicos em consonância com as necessidades do SUS. Para tal, foi realizado um estudo exploratório de natureza qualitativa, com base na teoria do processo de produção de médicos de Juan César Garcia, na teoria da construção das identidades sociais e profissionais de Claude Dubar e no enfoque de Ball sobre análise de políticas educacionais. As informações coletadas através das entrevistas foram tratadas pelo software IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). A referida análise identificou elementos predominantes das “formas identitárias” assumidas, característicos da carreira, enquanto processo de ajustamento ou adaptação mais definidos e estáveis. A baixa apropriação da carreira por parte dos docentes, caracterizada, entre outros, por conteúdos abordados, metodologias utilizadas, limitada abordagem de aspectos éticos, políticos e sociais, reduzida interação com as necessidades de saúde e posição secundária da prática docente frente a outras atividades de trabalho, insere a carreira numa lógica instrumental e, portanto, com tendência a conservar a estrutura instituída. O esforço de analisar a trajetória, a formação e a prática docentes como uma prática social está diretamente articulado à perspectiva da formação de pessoal capaz de subsidiar a ampliação, consolidação e requalificação do Sistema Único de Saúde, coerente com os processos inclusivos e democráticos propostos pela Reforma Sanitária Brasileira.

Palavras-chave: Educação Médica. Sistema Único de Saúde. Processos Identitários. Currículo. Docente.

ABSTRACT

Medical education in Brazil has historically been distant from values that promote the health of individuals and communities, constituting a barrier to the structuring process of the Unified Health System (SUS) in guaranteeing the right to health. It perpetuates a training model that is incapable of addressing the growing social demands for health and its determinants. The central justification for the movements toward changes in medical education revolves around the inadequacy of the training to produce a medical practice aligned with strategies for reorienting healthcare models. These models require professionals capable of working in teams, providing comprehensive and effective clinical care, and being competent in management, risk prevention, disease prevention, and health promotion. In this context, the present study analyzed the formation of professional identities among faculty members in Brazilian medical schools, identifying the repercussions of these "identity forms" on the training of physicians in line with the needs of the SUS. An exploratory, qualitative study was conducted based on Juan César Garcia's theory of the process of producing physicians, Claude Dubar's theory of the construction of social and professional identities, and Ball's approach to educational policy analysis. The data collected through interviews were processed using the IRaMuTeQ software (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). The analysis identified predominant elements of the "identity forms" assumed, which are characteristic of a career as a process of adjustment or adaptation, more defined and stable. The low appropriation of the career by faculty members—characterized, among other factors, by the content addressed, the methodologies used, the limited discussion of ethical, political, and social aspects, the reduced interaction with health needs, and the secondary position of teaching practice compared to other work activities—places the career within an instrumental logic, tending to preserve the established structure. The effort to analyze the trajectory, training, and teaching practice as a social practice is directly linked to the perspective of training personnel capable of supporting the expansion, consolidation, and requalification of the Unified Health System, consistent with the inclusive and democratic processes proposed by the Brazilian Health Reform.

Keywords: Medical Education. Unified Health System (SUS). Identity Formation Processes. Curriculum Development. Teacher.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema do marco teórico da educação médica.....	38
Figura 2 - Campos essenciais da Identidade Profissional.....	41
Figura 3 - Representação de uma cadeia de referências (<i>snowball sampling</i>).....	44
Figura 4 - Diagrama de Zipf com comportamento das palavras no <i>corpus</i> textual referentes a elementos históricos e estruturantes do movimento de mudanças nas escolas médicas.....	49
Figura 5 - Diagrama de Zipf com comportamento das palavras no <i>corpus</i> textual referentes à identidade profissional, às práticas e à percepção docente.....	50
Figura 6 - Plano de Análise das formas identitárias dos docentes dos cursos de graduação em Medicina.....	51
Figura 7 - Nuvem de palavras sobre o movimento de mudança nas escolas médicas.....	55
Figura 8 - Dendrograma das seis classes lexicais obtidas a partir da classificação das palavras ativas advindas das contribuições das dez lideranças.....	56
Figura 9 - Dendrograma na Classificação Hierárquica Descendente dos segmentos de textos relacionados a elementos históricos e estruturantes do movimento de mudanças nas escolas médicas.....	57
Figura 10 - Análise Fatorial por Correspondência (AFC) dos segmentos de textos relacionados a elementos históricos e estruturantes do movimento de mudanças nas escolas médicas.....	62
Figura 11 - Análise Fatorial por Correspondência (AFC) dos segmentos de textos relacionados a elementos históricos e estruturantes do movimento de mudanças nas escolas médicas.....	64
Figura 12 - Nuvem de palavras sobre percepção e prática docente.....	93
Figura 13 - Dendrograma das quatro classes lexicais obtidas a partir da Classificação das palavras ativas advindas das contribuições dos dez docentes.....	94
Figura 14 - Dendrograma na Classificação Hierárquica Descendente dos segmentos de textos relacionados à identidade profissional e prática docente.....	95
Figura 15 - Análise Fatorial por Correspondência (AFC) dos segmentos de textos relacionados à identidade profissional e prática docente.....	96

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CTC	Competência Tecnológica Crítica
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DIREM	Diretório de Escolas Médicas
FAIMER	Programa Foundation for Advancement of International Medical Education and Research
IRaMuTeQ	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
LILACS	Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC	Ministério da Educação (Brasil)
MS	Ministério da Saúde
NDE	Núcleo Docente Estruturante
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PET Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho
PPGS	Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde
PPP	Projeto Político-Pedagógico
PROMED	Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas de Medicina
Pró-Saúde em Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
REUNI	Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
RHS	Recursos Humanos em Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira

SC	Saúde Coletiva
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TICs	Tecnologias de Informação e Comunicação
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFS	Universidade Federal de Sergipe
UNIT	Universidade Tiradentes
VER-SUS/Brasil	Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	20
2 PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA ÁREA	28
3 QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA	35
3.1 ANÁLISE DE POLÍTICAS EDUCACIONAIS.....	36
3.2 O “PROCESSO DE PRODUÇÃO DE MÉDICOS”.....	37
3.3 CONSTRUÇÃO DAS IDENTIDADES SOCIAIS E PROFISSIONAIS.....	40
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS	43
4.1 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS.....	43
4.2 ANÁLISE DE DADOS TEXTUAIS: O USO DO IRaMuTeQ.....	46
4.3 PLANO DE ANÁLISE.....	50
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	52
5 RESULTADOS: O CURSO DO RIO	54
5.1 ELEMENTOS HISTÓRICOS E ESTRUTURANTES DA EDUCAÇÃO MÉDICA: MARGENS E CURVAS.....	54
5.1.1 Agrupamentos e sínteses dos discursos das lideranças: meandros.....	55
5.1.2 Percepção das lideranças sobre a “política proposta”: afluentes.....	62
5.1.3 Discussão: sopram ventos fortes.....	84
5.2 IDENTIDADE PROFISSIONAL, PERCEPÇÃO E PRÁTICA DOCENTE: PARA ONDE APONTA O LEME?.....	92
5.2.1 Agrupamentos e sínteses dos discursos docentes: outros meandros.....	95
5.2.2 A conformação da identidade profissional e o desenvolvimento de competências orientadas para a mudança das práticas: contra o fluxo ou segue o fluxo.....	127
6 O CAIS: PONTO DE CHEGADA E DE NOVAS ROTAS	136
REFERÊNCIAS	138
ANEXO A - Parecer CEP	150
APÊNDICE A - Entrevistas em profundidade – lideranças	157
APÊNDICE B - Entrevistas semiestruturadas – docentes	158
APÊNDICE C - Matriz de análise do processo de mudanças da educação médica	160

APÊNDICE D - Matriz de análise da formação dos docentes do curso de Medicina.....	161
APÊNDICE E - Matriz de análise das trajetórias socioprofissionais dos docentes do curso de Medicina.....	162
APÊNDICE F - Matriz de análise das práticas dos docentes do curso de Medicina.....	163
APÊNDICE G - Matriz de análise das concepções dos docentes sobre a educação médica.....	164
APÊNDICE H - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – docente.....	165
APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – discente.....	170
APÊNDICE J - Mapa estratégico do estudo.....	175

APRESENTAÇÃO

A escolha por tomar a prática docente como objeto de análise e investigação parte do reconhecimento de que a formação em saúde é, sem dúvidas, elemento importante para a compreensão da reprodução da crise da saúde no nosso país. A distância entre a assertiva constitucional de que cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) “ordenar a formação de Recursos Humanos em Saúde (RHS)” e as práticas concretas nas universidades, enquanto uma das resultantes do processo de reprodução do campo da saúde, exige esforços em articular aspectos técnico-científicos às questões relacionadas ao que, para quem e por que ensinar, o que inclui situar o papel social (a ser) assumido pelos docentes numa arena (política) constituída por uma “constelação de obstáculos”.

Essas formulações iniciais ajudam em alguma medida a explicitar a problemática central do estudo e, considerando que “nada deve ser intelectualmente um problema (de pesquisa) se não tiver sido em primeiro lugar, um problema da vida prática¹”, também me permite situar o leitor de que a escolha do tema guarda relação direta com inquietações surgidas no exercício da prática docente no curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe (campus Lagarto). Ao abordar o tema da prática docente, este estudo tratou de relacionar “trajetórias subjetivas” com “mundos vividos” em torno de categorias específicas propostas por Claude Dubar e da noção de “formas identitárias”, as quais se configuram nas relações sociais e de trabalho, compreendendo-as como interação entre os atores e a sua trajetória pessoal e social.

As reflexões e análises produzidas neste trabalho se articulam também a minhas experiências formativas, trajetórias socioprofissionais e contextos do mundo do trabalho que incluem a prática docente em uma escola médica específica, mas vai além. Nesse sentido, vale ressaltar que uma primeira reflexão sobre o que compreendo como formação tem início no curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), quando, a partir de 2002, participo de discussões sobre o VER-SUS (Programa de Vivência e Estágio na Realidade do SUS), experiência que de alguma forma introjeta em mim um sentimento, ainda sem muita concretude, de

¹ Referência ao fragmento de texto (p. 17) do livro *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*, de Maria Cecília de Souza (2002).

querer atender ao convite desse projeto de propiciar ao estudante de saúde o desenvolvimento de um compromisso ético-político com os processos de transformação do setor saúde.

Faço a opção por iniciar a contextualização desta forma por considerar extremamente pertinente para a discussão dos achados deste estudo abordar questões relativas ao que geralmente fica localizado no “currículo oculto” dos modelos tradicionais de formação e que guarda íntima relação com a conformação das “formas identitárias”, assunto que abordaremos um pouco mais à frente. Ainda durante a graduação, tive a oportunidade de me aproximar do processo de “reestruturação curricular” pelo qual o curso passava e, na função de representante estudantil de colegiado e departamento, tentava propor ajustes nos componentes curriculares no intuito de contemplar mais elementos do que até então eu entendia como “Saúde Pública”.

As dificuldades e resistências às mudanças nos processos de avaliação, planejamento e distribuição das ofertas educativas me inquietavam muito. Mas, afinal, o que é mesmo formação? Quais experiências consideramos formativas? Qual o perfil de competências que esperamos dos egressos? Para que e quem formamos? Como pode uma vivência de pouco mais de dez dias deixar tantas marcas e aprendizados se comparada a outras experiências formativas durante longos cinco anos de graduação? Passo então a organizar essas inquietações em torno do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) com o objetivo de analisar o perfil da formação do fonoaudiólogo no município de Salvador (BA) a partir de análise documental e entrevista com coordenadores, investigando como a área da Saúde Pública estava disposta em três cursos.

Ficou evidente àquela altura a ausência de um aporte teórico que me possibilitasse analisar os impasses no processo de formação de maneira articulada com a organização social dos serviços de saúde, com a realização do capital nas suas mercadorias e nos seus serviços e com a estrutura social que atribui diferentes valores à vida humana. No desconhecimento da tese de Sérgio Arouca, concentrava esforços na formação de uma “atitude preventivista” nos estudantes, futuros profissionais de saúde.

Hoje, ao observar tantos limites nesse trabalho inicial, percebo que a grande contribuição dele foi me oportunizar participar do “abrascão”² de 2006, no qual tive o primeiro contato com as formulações da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e passei a compreender que não existe práxis sem sujeito (individual e coletivo). Nesse mesmo evento, descobri a existência do Diretório de Política, Planejamento e Gestão do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), espaço acolhedor que funciona como uma espécie de incubadora de uma ideia inicial que se materializou em projeto de mestrado com o intuito de analisar o processo de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) na área da saúde, sob orientação do professor Jairnilson Paim.

A orientação cuidadosa e a aproximação com referências que compuseram o quadro teórico do estudo me possibilitaram “ler” as DCNs nas suas entrelinhas, enquanto expressão das contradições dos projetos hegemônicos e contra-hegemônicos disputados na sociedade e que, por sua vez, dão direcionalidade tanto aos Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos quanto ao processo de formação dos profissionais de saúde. A partir de então, tenho contato com o estudo de Juan César Garcia, que, ao analisar a educação médica na América Latina, discute que o saber e a prática no campo da saúde estariam articulados à transformação histórica do processo de produção econômica. Ao compreender a escola médica como forma particular de organização, com estrutura administrativa própria e um sistema de governo separado das instituições de práticas de saúde, percebo elementos característicos do “modo de produção” de profissionais de saúde que, por vezes, impedem a passagem de um modo de produção de agentes das práticas de saúde para outro.

O “devir” docente sempre me acompanhou desde a graduação, seja a partir de atividades de monitoria, no interesse de organizar grupos de estudos e também a partir de uma inserção profissional na Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia, onde passei a atuar como tutor, facilitador, mediador e supervisor em diversos processos educativos de forma articulada a estratégias institucionais de integração educação-trabalho e da política estadual de educação permanente em saúde. Mas é a partir de

² O 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva ocorreu de forma concomitante com o 1º Congresso Mundial de Saúde Pública em agosto de 2006 na cidade do Rio de Janeiro e reuniu cerca de 6.000 pessoas nas dependências do Riocentro.

2010 que essa prática começa a se tornar mais orgânica, quando passei a atuar como professor substituto do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Sergipe.

Em 2012, como professor substituto do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, passei a desenvolver a função em torno dos componentes curriculares de Políticas de Saúde e Educação e Comunicação em Saúde ofertados para estudantes de Medicina, Farmácia e Saúde Coletiva. Foi nesse período que passei a estudar de forma mais sistemática sobre o tema da determinação social do processo de saúde e doença e o uso de metodologias ativas de ensino e aprendizagem. A partir de 2016, no contexto da mudança para a cidade de Aracaju (Sergipe), passei a atuar como docente no curso de graduação em Enfermagem da Universidade Tiradentes (UNIT), onde, durante três anos, fiquei responsável por componentes curriculares da área de Saúde Coletiva e de Práticas de Pesquisa em Saúde, integrei o Núcleo Docente Estruturante (NDE) e atuei como coordenador adjunto de curso.

Faço este breve resgate de experiências docentes para chegar ao ano de 2019, momento em que passei a atuar como professor substituto do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, experiência essa marcada por uma série de inquietações sentidas e provocadas que me motivaram a realizar este estudo. O curso de Medicina é um dos oito cursos de saúde situados no campus de Lagarto, oriundos do processo de expansão e interiorização do ensino superior público no contexto do REUNI (Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais), organizado a partir de metodologias ativas de aprendizagem e anunciando no seu projeto pedagógico a forte integração entre ensino-serviço e perspectiva interprofissional.

Foi nesse cenário que iniciei as atividades em turmas vinculadas ao componente “Práticas de Ensino em Comunidade 2” e, por estar inserido no “eixo Saúde Coletiva”, acreditava que o rótulo “não médico”, repetidamente anunciado nas reuniões de planejamento acadêmico e de departamento/colegiado, estaria associado às eventuais disputas do que deveria ser o foco da formação, um dano colateral do enfrentamento entre especialistas e generalistas, por assim dizer. Para a minha surpresa, essa primeira hipótese não se confirmou. Passei a perceber que o termo “docentes não médicos” se constituía então como um “tipo” de docente que não estaria “credenciado” para opinar sobre aspectos diretamente envolvidos na organização curricular, no planejamento docente e nas práticas pedagógicas.

Se considerarmos que o saber dos docentes provém de várias fontes e de diferentes momentos da história de vida e da trajetória profissional, como então os docentes “dão liga” a esses saberes? Quais são os saberes que embasam a prática do professor? São conhecimentos científicos, saberes da ação? São saberes de caráter estritamente cognitivo ou discursivo? Como esses saberes são adquiridos/desenvolvidos? Qual a contribuição da prática docente em relação a outros conhecimentos e experiências que caracterizam o percurso formativo dos futuros médicos? Refletir sobre os elementos da prática docente no âmbito dos cursos de Medicina exige o reconhecimento e a apreensão de suas particularidades a fim de situar os limites e as possibilidades dela (a prática docente) como eixo estruturante dos processos formativos e dos processos de mudanças.

Diante das inquietações acumuladas nas mais variadas experiências docentes, e a partir dessa experiência em particular em um curso de Medicina, que compreende inclusive parte do período da pandemia, surgiu o projeto de pesquisa do doutorado, sob orientação do professor Naomar de Almeida-Filho, com o objetivo de analisar de que forma a identidade profissional de docentes das escolas médicas brasileiras repercute no desenvolvimento de competências voltadas para a superação de desigualdades em relação ao direito à saúde no âmbito da formação médica. Nesse sentido, a leitura da teoria da construção das identidades sociais e profissionais de Claude Dubar forneceu subsídios importantes para a elaboração dos instrumentos de produção e análise de dados da pesquisa ao se destacar a identidade profissional do indivíduo para além do ponto de vista de sua subjetividade, compreendendo a constituição da identidade como interação entre os parceiros e a sua trajetória pessoal e social, numa ótica da sociologia do trabalho e da psicologia social.

Na fase que precedeu o trabalho de campo, a estratégia de produção de dados contou com uma importante contribuição da banca de qualificação na escolha dos docentes entrevistados, questão desafiadora para um pesquisador implicado com o objeto da pesquisa e que não conseguia encontrar outra alternativa que não fosse a de reproduzir a lógica das especialidades na identificação dos sujeitos da pesquisa. Essa inflexão, além de contemplar a percepção dos discentes no estudo, possibilitou rever a proposta inicial de “estudos de caso” para um desenho metodológico mais alinhado com a natureza do objeto em análise, o quadro teórico de referência e os elementos do mapa estratégico do estudo.

A partir da inserção no Grupo de Pesquisa “Educação Superior em Saúde e Iniquidades Sociais”³, acompanhei o mapeamento dos cursos médicos no Brasil, realizado pelo Diretório de Informações das Escolas Médicas (DIREM), considerando sua distribuição geográfica, categoria administrativa, organização acadêmica. Contribuí com a etapa de construção das categorias de análise dos projetos pedagógicos e realizei entrevistas com grupos focais de docentes e discentes dos cinco estudos de caso que compuseram o projeto apoiado pelo CNPq.

Destaco ainda que, no momento da análise dos dados, estive inserido em oficinas regionais do projeto “Formação Médica para o Brasil: onde estamos e para onde vamos? Um olhar comprometido com a responsabilidade social do século XXI”⁴, participando da sistematização de informações oriundas da escuta de gestores/as, educadores/as e educandos/as e entidades da educação médica sobre os principais avanços e desafios das escolas de Medicina.

O percurso da pesquisa se articula, portanto, ao próprio florescimento da consciência social do pesquisador e da sua percepção sobre elementos que são marcantes na produção de conhecimento no âmbito da Saúde Coletiva – a interdisciplinaridade, os projetos de sociedade e a produção de sentido. O desafio deste trabalho investigativo se constituiu na integração entre teoria, estratégia e técnica de produção e análise de informações de forma original, resguardando os princípios da pesquisa qualitativa, incluindo-se a possibilidade de combinação com outras abordagens. Os achados deste estudo enquanto extensão da memória e do desejo são também um produto da posição que o autor assume.

³ O projeto “Relação entre iniquidades e inovação em saúde: foco em Qualidade-Equidade e Competência Tecnológica Crítica no SUS” atende à chamada pública CNPq/MS/SCTIE/Decit N° 12/2018 – Pesquisas de Inovação em Saúde.

⁴ O projeto “Formação Médica para o Brasil: onde estamos e para onde vamos? Um olhar comprometido com a responsabilidade social do século XXI” é desenvolvido pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde (MS).

1 INTRODUÇÃO

O estudo crítico da educação médica no Brasil e na América Latina tem relação direta com o desenvolvimento de um pensamento social em saúde nessa região. Destacam-se, por um lado, as características da ordem institucional da escola médica e sua organização técnica e administrativa e, por outro, a relação da formação de médicos com outros processos da sociedade, com destaque para o trabalho médico e as relações com a produção de serviços de saúde. É possível identificar formulações que inserem as discussões da educação médica de forma articulada às questões relacionadas à vinculação da medicina à estrutura social, à influência da estrutura social na produção e disseminação de doenças e à análise da estrutura interna de produção de serviços médicos.

Os estudos pioneiros de Maria Cecília Ferro Donnangelo trazem contribuições substanciais à área ao salientarem aspectos relevantes às modalidades do trabalho médico, entendidas como as formas pelas quais o médico, enquanto trabalhador especializado, participa do mercado e se relaciona com o conjunto de meios de produção de serviços de saúde, possibilitando a compreensão dos aspectos legais, históricos e sociológicos da organização do setor de produção de serviços de saúde. A autora desenvolve ainda um quadro teórico sobre a medicina comunitária, que, segundo a estudiosa, deveria ser entendida como projeto de organização da prática médica para uma modalidade particular de articulação entre as diferentes agências e instituições encarregadas das práticas de saúde, bem como dos grupos sociais aos quais essas práticas de saúde são destinadas (Donnangelo, 1976).

Ao examinar a medicina como prática técnica e social, Donnangelo pavimentou o caminho para a construção de um quadro teórico específico, a teoria do trabalho em saúde, voltado para o “processo de trabalho em medicina”, constituindo uma verdadeira escola de pensamento, investigação e prática, com base nesse referencial teórico. Na segunda metade da década de 1970, surgem alguns trabalhos que, ao lado dos estudos de Donnangelo, vão se constituir em clássicos da Saúde Coletiva brasileira, como o estudo sobre o dilema preventivista, as instituições médicas no Brasil e a emergência da medicina social (Arouca, 1975; Luz, 1979).

A análise das relações entre saúde, medicina e sociedade pode ser observada também na obra *La Educación Médica en la América Latina*, em que Juan César Garcia analisa a produção de serviços de saúde como determinada pelas relações de

produção, mas, ao mesmo tempo, salienta que o campo médico apresenta uma autonomia relativa de outras instâncias que integram o todo social. Argumenta ainda que a produção de conhecimentos científicos, a produção do pessoal e a produção de serviços de saúde estão inter-relacionados. Para o autor, o modo de produzir médicos determina historicamente o que chama de “ordem institucional da educação médica”, que, por sua vez, resultaria diretamente das formas de organização do trabalho médico.

A atualidade do seu pensamento nas dimensões sociopolítica e político-pedagógica colabora para a relevância de sua contribuição para o fortalecimento de um pensamento social em saúde, uma vez que a educação médica no Brasil historicamente tem se apresentado distante de valores de promoção da saúde de pessoas e coletividades, se constituindo como um entrave ao processo de estruturação do Sistema Único de Saúde na garantia do direito à saúde ao perpetuar um modelo de formação incapaz de atender à ampliação das necessidades sociais por saúde e seus determinantes (Matos, 2001; Ayres, 2010; Machado, 2014).

A justificativa central para os movimentos de mudança na Educação Médica tem como argumento central a inadequação da formação para a produção de uma prática médica articulada às estratégias de reorientação dos modelos de atenção à saúde, que requer profissionais capacitados para trabalhar em equipe, aptos a prestar atendimento clínico integral e resolutivo, além de competente, nos atos de gestão, prevenção de riscos e doenças e promoção da saúde. No âmbito da Saúde Coletiva, a questão da formação de pessoal, caracterizada pela inadequação do perfil profissional, técnico-científico e ético-político dos egressos dos cursos universitários da área de saúde, tem se configurado como um dos entraves do processo de Reforma Sanitária no Brasil ao perpetuar um modelo de formação anacrônico e obsoleto, incapaz de atender à ampliação das necessidades sociais por saúde e seus determinantes (Almeida-Filho, 2011, 2013). Apesar dos esforços frente à necessidade de formar profissionais qualificados para a transformação das práticas e mobilizados politicamente para a mudança de modelos de atenção, as mudanças nos perfis profissionais não têm sido significativas (Bosi; Paim, 2010; Vieira-da-Silva; Paim; Schraiber, 2013).

Segundo Motta e Ribeiro (2013), a partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), houve um grande esforço em torno da reconfiguração de novas práticas de saúde na perspectiva de reorientação do modelo de atenção hegemônico

médico-assistencial privatista e da superação da Saúde Pública institucionalizada, tornando-se necessária a redefinição dos processos de formação e qualificação profissional no campo da saúde. As mudanças recomendadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação em Medicina publicadas em 2001 e ratificadas em 2014 encontram resistências e dificuldades à sua plena implementação (Brasil, 2001, 2014).

A queda verificada na proporção da receita corrente líquida federal destinada para o SUS, a falta de centralidade na Atenção Primária à Saúde (APS), as dificuldades de estruturação de planos de carreiras, a precarização dos vínculos de trabalho e a crescente terceirização da mão de obra e da prestação de serviço se articulam com entraves relacionados à adoção de novas estratégias educacionais orientadas para a formação interdisciplinar e interprofissional, bem como as questões relativas à falta de alinhamento de objetivos e ações entre docentes, coordenadores de curso e gestores do SUS (Barreto, 2012; Funcia, 2019).

Ademais, análises empíricas da expansão do setor privado da educação, responsável pela oferta de 60% dos cursos e de 69% das vagas de Medicina, apontam movimentos de reconfiguração empresarial do setor educacional com tendências de oligopolização e financeirização da educação médica (Poz; Maia; Costa-Couto, 2022), o que ameaça o caráter público e o compromisso social dessa área.

Apesar de as DCNs preconizarem que o graduando de Medicina deverá ter uma formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde com responsabilidade social, compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática a determinação social do processo de saúde e doença, Barboza (2017) alerta que é crescente a percepção de que a formação médica com enfoque exclusivo nas disciplinas biológicas é insuficiente para a apreensão da complexidade e da singularidade do adoecimento humano.

Nesse sentido, a importância da adequada integração das “humanidades” nos currículos médicos é um dado consolidado na literatura referente à formação médica, na medida em que promoveria a elucidação de questões profundamente humanas, assim como a compreensão dos processos interativos, relacionais e comunicacionais na prática médica, abordando o homem em sua complexidade e na multidimensionalidade do viver-adoecer-morrer (Rios, 2016).

De acordo com Almeida-Filho (2020), a Educação Médica estaria pouco comprometida com as políticas de cuidado em saúde, formando egressos carentes de visão crítica da sociedade e da saúde, com baixo compromisso e relevância atribuída ao SUS, com atitude pouco humanística, com dificuldade de atuação em equipe multiprofissional, distantes dos valores de promoção da saúde e desvinculados do contexto sociocultural da realidade em que vivem, com atitude pouco humanística e revelando pouco sentimento de solidariedade e empatia com o sofrimento social.

As inovações educacionais produzidas pelas políticas de reorientação da formação profissional vivem a tensão entre o lugar da ruptura em direção a novos arranjos, novas práticas de saúde e novas interações entre campos de conhecimentos diversos e a tradicional ênfase em processos normalizadores e disciplinadores. Segundo Gomes (2011), no modelo tradicional ainda predominante, a formação tem por base uma pedagogia que não estimula adequadamente a autonomia, a capacidade de análise, julgamento e avaliação, bem como raciocínio crítico, investigativo e criativo. Tal fato aponta para uma tensão existente entre o discurso e a prática de conceber modelos de ensino críticos, baseados em pedagogias transformadoras e emancipadoras.

Para Mendonça et al. (2015), as características principais do modelo tradicional de ensino seria a transmissão verticalizada de conhecimentos, a ênfase na memorização em detrimento da reflexão crítica, baseando-se, essencialmente, em aulas expositivas, em que o professor é o detentor de conhecimentos e grande protagonista, cabendo aos discentes repetir fidedignamente os conteúdos memorizados nas provas classificatórias. Cyrino et al. (2015) destacam o papel do professor como ator capaz de avançar nas inovações e na efetivação das mudanças na educação universitária e nos desafios da reorientação da formação profissional em saúde, corroborando a concepção de que o pessoal docente é o agente de ensino característico do “processo de produção de médicos” ao estabelecer relações com o processo de ensino e seu “objeto”, o discente, mobilizando para tanto conhecimentos e habilidades que configuram o saber como social, concretizado por atores individuais empenhados numa prática (Garcia, 1972). Assim, o docente é visto como alguém que trabalha dentro de uma estrutura social e econômica específica, que molda tanto o conteúdo ensinado quanto a forma de ensino.

Tardif e Lessard (2005), ao discutirem a respeito do trabalho docente para a constituição das sociedades contemporâneas, justificam sua importância (do trabalho

docente) devido às dimensões social, política e cultural que esses profissionais desempenham. As diferentes representações relativas ao exercício da docência apresentam enraizamentos históricos que remetem ao período da criação dos sistemas de ensino, geradores de paradigmas que persistem na atualidade. Vale destacar que a prática da medicina e a educação médica, por consequência, assumem diferentes formas de organização social de acordo com as características de cada tipo de sociedade.

A relação entre a educação e o trabalho médico variou historicamente. Antes da criação das universidades medievais, o estudo da medicina se dava através do trabalho desenvolvido como discípulo-ajudante ou aprendiz de um médico. Nesse modo de produzir médicos, a aprendizagem e o trabalho se encontravam intimamente relacionados.

Durante a Idade Média, ocorreu uma mudança que perdura até nossos dias, a separação entre a educação médica e o trabalho médico, dando origem à divisão do trabalho em manual e intelectual, a qual transformou o discípulo-ajudante em uma categoria social cuja tarefa fundamental passa a ser a aprendizagem sem qualquer intervenção na solução dos problemas de saúde da população. Nessa conformação, a prática que o estudante realiza é vista como uma experiência pedagógica, e não como uma contribuição para a transformação da realidade no setor da saúde.

A Escola de Salerno, considerada o berço da educação médica ocidental, foi uma das primeiras instituições a estabelecer um currículo formal para a formação de médicos, contribuindo com o desenvolvimento da medicina como profissão, com forte ênfase no ensino prático organizado em torno de estudos preparatórios iniciais e mais cinco anos complementares, sendo o último dos quais equivalente ao atual internato (Rezende, 2009). Além disso, recebia estudantes de várias nações e estava aberta ao ingresso de discentes do sexo feminino, o que ampliaria as discussões sobre o que deveria ser ensinado, a quem se destinaria o privilégio desse ensino e a quem caberia essa atribuição.

Conforme Nogueira (2007), a medicina liberal, enquanto forma histórica surgida no período de consolidação do capitalismo concorrencial no século XIX nos países europeus e no século XX em alguns países da América Latina, embora apresente novas roupagens, subsiste até hoje com reflexos importantes na forma que assumem tanto a preparação quanto as práticas de profissionais de saúde. A hierarquia de organização de pessoal na prática médica, por exemplo, se reflete na organização dos

cursos e dos conteúdos de ensino, no grau de separação entre ensino e atividades práticas e até mesmo na seleção de estudantes.

Além de aspectos históricos, fatores mais atuais têm provocado mudanças tanto no trabalho quanto na formação docente frente às transformações da função social da escola contemporânea, marcada pela modificação da clientela escolar, com novos recortes cognitivos e culturais. São evidentes, na contemporaneidade, os distintos modos de apropriação da cultura e suas repercussões, inclusive nos padrões de relacionamento professor-aluno. A vocação, fortemente associada à concepção de educação como arte em períodos anteriores, se transverte na missão de transmitir a racionalidade científica por meio da escola em tempos atuais.

Os objetivos da escola, por sua vez, se tornam cada vez mais ampliados, vagos e sujeitos a reinterpretações, visto que as relações escolares não mais se enquadram em pautas previamente estabelecidas. Esse aumento de atribuições da escola afeta as relações no seu interior, transformando as experiências dos diferentes atores escolares e colocando novas demandas para os professores e pondo em debate os conteúdos da docência e as representações sobre o trabalho docente (Tardif; Lessard, 2005).

O conceito de Competência Tecnológica Crítica (CTC), por sua vez, enquanto competência fundamental para aplicar tecnologias para a promoção da saúde no máximo da sua eficácia, tornando-a eficiência (custo-benefício), efetividade concreta (com qualidade-equidade) e transformação sustentável, reforça os questionamentos sobre o perfil sociopolítico e vocacional dos futuros egressos de Medicina ao discutir princípios, valores e atitudes que devem ser cultivados para uma prática de saúde efetiva, resolutiva e criativa, capaz de produzir postura inter e transdisciplinar, interprofissional, multirreferenciada, sensível culturalmente e politicamente responsável (Almeida-Filho, 2018).

Em relação às principais dificuldades encontradas na implantação de mudanças curriculares a partir do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas de Medicina (PROMED), Alves et al. (2013) identificaram como um dos elementos principais a resistência docente às mudanças propostas, a falta de capacitação pedagógica e o desconhecimento do Projeto Pedagógico da instituição por parte dos profissionais. Segundo Sousa (2011), apesar do reconhecimento da necessidade de mudanças no ensino médico, a prática docente tem se mostrado resistente a modificações à medida que a maioria dos docentes não reconhecem a

docência como profissão e sim uma complementação de suas atribuições, com implicações na dificuldade de realização das práticas educativas, no planejamento das aulas e na elaboração das avaliações.

Considerando a relevância que os docentes dos cursos de Medicina podem ter nos processos de (re)orientação da formação em saúde, torna-se necessário analisar a conformação de identidades desses profissionais diante de sua implicação social no desenvolvimento da competência de uso de saberes, práticas e técnicas de cuidado em saúde por parte dos futuros médicos. Se, por um lado, o docente, como afirma Contreras (2012), é considerado possível articulador da interação ensino-serviço-comunidade e capaz de direcionar, juntamente com os discentes, reflexões críticas passíveis de gerar uma formação emancipatória, observa-se, por outro, que a trajetória docente tem sido influenciada pelo autodidatismo, com uma crença no esforço do próprio professor, na elaboração de saberes e na experiência como fundamentos que sustentam a docência em Medicina, prática essa secundarizada e caracterizada pela baixa profissionalização (Canuto; Batista, 2009).

Esses fatores diminuiriam a chance de consolidar as alterações curriculares abrangentes propostas para o curso de Medicina, principalmente quando o docente médico tende a considerar as tarefas de ensino menos importantes que sua prática médico-assistencial ou suas atividades de pesquisa. Vale destacar que o currículo em ato é aquele desenvolvido no cotidiano dos sistemas de ensino, em que as condições materiais das instituições influenciam a aprendizagem, assim como o nível de formação dos professores e a construção de sua identidade profissional (Figueiredo et al., 2016). Os professores, ao se constituírem uma espécie de modelo para os alunos, influenciam na formação da identidade pessoal e, particularmente, de forma mais acentuada, na identidade profissional de seus discentes por meio de mecanismos de identificação positiva ou negativa, transferindo valores e visões de mundo repletos de ideologias.

Para Dubar (1997), o processo de socialização permite compreender a noção de identidade numa perspectiva sociológica restituída numa relação de identidade para si e identidade para o outro. A identidade profissional consiste em um aspecto bastante definido no conjunto da individualidade e será responsável por escolhas e atividades no contexto do convívio social, não se restringe a uma definição de área de atuação, ou tampouco à aprendizagem de técnicas e procedimentos de uma dada ocupação profissional, mas é, antes de tudo, um conjunto de conhecimentos tecidos de

modo peculiar junto a elementos de percepção, entendimento, concordância, crítica e ética, que envolvem determinada forma de organização de informações e sua utilização sistemática na abordagem do mundo real.

A docência em saúde, e particularmente nos cursos de graduação em Medicina, torna-se objeto de análise importante no cenário de implantação de estratégias de formação de novos perfis profissionais e inovações curriculares que, ao considerarem a prática docente como eixo estruturante, a ressaltam como prática social complexa e interdisciplinar que exige, portanto, competências para a ação. Diante desse conjunto complexo de questões, o presente estudo buscou responder à seguinte questão central: de que forma a identidade profissional repercute na prática de docentes das escolas médicas brasileiras, considerando a necessidade de superação das desigualdades sociais, com vistas à garantia do direito à saúde?

A fim de responder à questão de investigação, os objetivos do presente estudo buscaram analisar a conformação de identidades profissionais de docentes inseridos em escolas médicas brasileiras, identificando as repercussões dessas formas identitárias na formação de médicos em consonância com as necessidades do SUS. Especificamente buscou-se identificar elementos históricos e estruturantes relacionados ao movimento de renovação da escola médica no Brasil; caracterizar a formação, a trajetória socioprofissional e a prática dos docentes de graduação em Medicina; identificar a percepção dos docentes do curso de Medicina acerca de suas práticas profissionais e docentes e discutir a relação entre o processo de construção da identidade profissional, as práticas docentes e as desigualdades em saúde.

Parte-se do pressuposto de que o processo de construção da identidade profissional dos docentes dos cursos de graduação em Medicina é influenciado tanto por fatores profissionais quanto pelas formas típicas de suas trajetórias individuais, de mundos sociais e de sistemas de práticas. Nesse sentido, a hipótese que orientou a construção deste estudo foi que a ação docente, de modo geral, tem contribuído de maneira incipiente para a produção de egressos qualificados técnica e eticamente para trabalhar com a diversidade econômica, cultural, social e epidemiológica que define a maioria da população brasileira.

2 PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA ÁREA

A fim de identificar diferentes abordagens e temas relacionados ao objeto de estudo, foi realizada uma revisão exploratória de literatura acerca da docência no contexto da educação médica tomando como fonte de informação os trabalhos indexados na base de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO) e da PubMed, considerando que esses repositórios abrigam em seu acervo os principais periódicos nacionais e internacionais na área. Após consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a busca foi conduzida utilizando-se os seguintes descritores e unitermos: “Educação Médica” (Medical Graduate/Educación Médica) e “Educação de Graduação em Medicina” (Medical Graduate Education/Educación de Graduación Médica).

O material selecionado foi identificado com a utilização do método integrado de pesquisa na ferramenta de busca, utilizando-se, para ambos os descritores, o operador booleano “AND” juntamente com o termo “docente” (teacher/professor). O conjunto de descritores foi, então, utilizado para identificar os artigos, priorizando-se, para essa finalidade, a literatura nacional ao entender que a docência nos cursos de Medicina no Brasil tem relação direta com as mudanças em curso nas políticas de saúde ao longo dos últimos 30 anos, com repercussões importantes nas políticas de formação para o SUS, sem, entretanto, desconsiderar a produção internacional.

No cômputo geral, foram identificadas inicialmente 289 publicações, sendo excluídos trabalhos duplicados, publicações sem resumo, trabalhos com mais de dez anos, restando um total de 84 publicações a serem analisadas. Desse conjunto de artigos, após leitura deles, foram selecionadas 29 publicações diretamente relacionadas ao tema deste trabalho. Em linhas gerais, foram identificadas três temáticas predominantes nos materiais consultados: uma primeira relacionada à (1) função ou ao papel social do docente; uma segunda relacionada aos (2) aspectos éticos e relacionais envolvidos na docência e uma terceira relacionada à (3) competência docente para o desenvolvimento de seu trabalho.

O resultado da investigação aponta para o predomínio de trabalhos que no geral mostram a necessidade de reorientação da prática docente. A participação do docente e seu comprometimento diante de propostas de reformas, segundo Pavan, Senger e Marques (2019), seriam fundamentais para que elas de fato ocorram e se renovem continuamente. Entretanto, seria comum a resistência de parte dos docentes

em relação às mudanças em função dos impactos delas para a sua prática diária. Ainda que, de modo geral, os professores tenham apresentado uma visão positiva das mudanças no estudo realizado pelo autor, a dificuldade em avaliar o aluno e a falta de um plano permanente de desenvolvimento docente apareceram como sendo os principais problemas a serem enfrentados.

Silva (2018), ao analisar o papel docente no fortalecimento das políticas de reorientação da formação profissional no contexto das escolas médicas brasileiras, identificou que a participação docente nas estratégias de integração ensino-serviço limita-se ao cumprimento de ações previstas nos projetos pedagógicos dos cursos, que, na maioria das vezes, estão descontextualizados da realidade dos serviços.

A percepção do professor de Medicina como elemento fundamental para a reorientação da educação médica é corroborada por Ferreira (2015), que destaca a importância de estratégias de apoio institucional voltadas para o desenvolvimento do conhecimento técnico-científico e o aprimoramento do processo de ensino e aprendizagem. Embora a atividade docente seja reconhecida como elemento central para a reorientação da educação médica, Machado (2017) afirma que com frequência essa prática tem sido fundamentada nas experiências vivenciadas durante a graduação, caracterizadas pela adoção de métodos tradicionais de ensino.

Para Távora et al. (2020), a discussão em torno do conceito do que faz um bom professor na área médica vem mudando com o tempo à medida que a transformação do perfil dos estudantes requer novas formas de ensinar. Ao avaliar a percepção dos discentes e docentes de um curso de Medicina sobre quais qualidades o docente deve ter para ser considerado um modelo, a categoria interação com os alunos e colegas sobressaiu, ao passo que a capacidade de estimular a participação do aluno foi considerada a menos importante.

Vale destacar que, embora a mudança do perfil de discente deva ser levada em consideração para a atualização das práticas docentes, a baliza sobre o bom desempenho docente deveria estar diretamente articulada ao contexto social e, portanto, articulada à mobilização de saberes e práticas articuladas às necessidades de saúde como um critério de qualidade.

Nessa direção, Frenk et al. (2010) argumentam que as oportunidades criadas pelas mudanças pedagógicas em curso, a proeminência da saúde pública, a interdependência da saúde a partir do intenso movimento de pessoas, de agentes patogênicos, da circulação de tecnologias, de recursos e de informação tensionam o

papel da universidade a ensinar novas formas de aprendizagem para além dos limites das salas de aula.

Considerar a importância da mobilização do pensamento crítico e da conduta ética, tornando os futuros profissionais competentes para participar dos sistemas de saúde com foco nos pacientes, forte responsabilidade local e capazes de promover a equidade na saúde, como propõe o autor, exige, entretanto, relativizar, no caso brasileiro, a primazia do setor público, haja vista a predominância do setor privado na oferta de vagas na educação médica e a instabilidade das políticas públicas de saúde diante das pressões de interesses econômicos e corporativos.

Em relação à operacionalização dos processos de mudança no âmbito da educação médica, Rey et al. (2021) chamam atenção para o fato de que conhecer a perspectiva dos docentes sobre aspectos éticos e relacionais é elemento imprescindível nas agendas educacionais que visem a aprendizagens capazes de provocar transformações na atenção ao paciente.

Colon-Gonzalez et al. (2015), por sua vez, sinalizam que os limites financeiros e de formação de lideranças que inviabilizam propostas de mudanças podem ser enfrentados com soluções criativas e estabelecimento de parcerias tendo como componente central a atenção primária à saúde. Recomendam ainda a incorporação da comunicação intercultural e a articulação dos currículos das escolas médicas aos determinantes sociais de doenças.

Conforme Rios (2016), apesar de haver um movimento vivo de revalorização das humanidades nos currículos médicos, aliado à crescente compreensão de que essas disciplinas constituem ferramentas para uma formação e prática médica mais integrais, na maioria das escolas médicas, não se observa uma efetiva integração técnico-humanística. Segundo o autor, os esforços para a constituição de um “eixo humanístico” no ensino não têm surtido efeito na formação em Medicina, principalmente porque faltariam professores capazes de realizar a interdisciplinaridade constitutiva de seu campo.

Conceber tais mudanças sem considerar a trama de relações econômicas, políticas e ideológicas presentes nas formações sociais em que são formulados os discursos a respeito dessas propostas de mudanças é desconsiderar a prática docente enquanto prática social. Cabe dizer que a problematização de uma concepção idealista de docente é crucial para promover uma educação alinhada com as necessidades sociais e educacionais contemporâneas.

Ao analisar as tendências dos estudos sobre educação médica num período de dez anos, Kim (2019) identificou uma preocupação crescente na literatura internacional relacionada a tópicos como: aprendizagem baseada em problemas, aprendizagem baseada em equipe, avaliação de programas, esgotamento dos discentes e, mais recentemente, aspectos relacionados ao *e-learning* e ao ensino digital. Seu estudo antecipa também que o tema da inteligência artificial na educação médica, em um futuro próximo, terá implicações na formação dos futuros profissionais e no papel dos docentes na incorporação e utilização de tecnologias que podem impactar em questões técnicas e éticas envolvidas na relação médico-paciente, nas equipes multiprofissionais, na prática médica e em sistemas de suporte à decisão clínica.

A formação de médicos para o SUS, como um imperativo ético que envolveria discussões sobre a responsabilidade de se garantir o desenvolvimento de competências técnicas de forma articulada aos princípios de equidade, integralidade e humanização do cuidado, não foi objeto de preocupação dos estudos. A abordagem da saúde como um direito e da promoção de ações que combatam as desigualdades sociais e regionais, oferecendo uma atenção integral e resolutiva, ficou em segundo plano nos estudos que priorizaram, por sua vez, questões éticas relacionadas a comportamentos.

García-Jr. e Machado (2019) identificaram problemas éticos no âmbito da educação médica circunscritos a algum tipo de conduta considerada inadequada na percepção dos discentes. Como inadequações éticas percebidas no processo de formação, os recém-graduados relataram aspectos relacionados às relações dos profissionais de saúde com pacientes e familiares, relações de médicos com seus colegas e decisões arbitrárias em sala de aula por parte dos docentes.

Freitas et al. (2016), ao investigarem os saberes docentes sobre o processo de ensino e aprendizagem em saúde em uma universidade pública, perceberam que a falta de preparação docente para o exercício da atividade docente reforçaria o ensino tradicional. Já Machado, Wuo e Heinzle (2018), em ensaio em que fazem uma análise histórica da educação médica no Brasil, assinalam que o perfil do docente brasileiro, caracterizado por médicos que exercem docência, sem, necessariamente, terem conhecimentos pedagógicos, corroboraria a escolha dos estudantes para as especialidades médicas em detrimento de um perfil generalista.

O conceito de competência, no âmbito da educação médica, estaria relacionado ao conhecimento específico da área de formação do professor, segundo estudo que buscou analisar o significado da educação médica para docentes da área (Machado et al., 2017). O despreparo para a atividade docente induziria uma forma de compensação caracterizada pela ênfase em atividades diretamente relacionadas às práticas exercidas dentro do serviço de saúde, conformando uma trajetória docente marcada pelo autodidatismo, com uma crença no esforço próprio e na experiência como fundamentos da docência.

Para Vieira, Pinto e Lucas (2018), o conceito que prevalece em muitas instituições é que o único requisito para exercer a docência universitária é o domínio do conteúdo a ser ensinado ou a detenção de expertise no campo de atuação clínico. Tal perspectiva vai de encontro às iniciativas direcionadas ao desenvolvimento docente promovidas e/ou apoiadas pelo Ministério da Saúde, tais como a especialização em Ativação de Processos de Mudanças na Formação Superior de Profissionais da Saúde, o Pró-Ensino na Saúde e o Programa Foundation for Advancement of International Medical Education and Research (FAIMER) (Brasil, 2010, 2015; Bollela et al., 2016).

Benè e Bergus (2014), ao analisarem estratégias de formação de docentes, observam que é comum eles apresentarem falta de confiança em suas habilidades para ensinar. Os autores sugerem que o ensino por pares (professor e aluno) seria uma valiosa metodologia para incentivar e capacitar alunos como futuros professores, o que amplia as discussões acerca da prática docente de forma articulada à trajetória individual, às experiências pelas quais o médico passa até se tornar docente, aos vínculos estabelecidos durante o processo de formação e à conformação da identidade profissional.

Stagg et al. (2012), ao analisarem a influência docente nas escolhas da carreira de estudantes de Medicina no âmbito acadêmico, identificaram que as relações de continuidade, os vínculos estabelecidos com os professores, a organização de estágios longitudinais e o julgamento positivo por parte dos discentes com relação ao trabalho docente, quando combinados entre si, influenciam na maior busca por uma carreira de cuidados primários.

Ao realizar uma revisão sistemática de literatura sobre metodologias ativas em educação médica no Brasil, França e Maknamara (2019) destacam que a capacitação dos agentes comprometidos com os novos modelos educacionais deve reconhecer

que não é suficiente apenas ter experiência na área do conhecimento médico/tecnológico tradicional para ser docente.

Os processos de inovações curriculares na educação médica exigem programas de capacitação docente permanentes e eficientes, uma vez que o docente ligado ao curso de Medicina com frequência baseia sua prática educacional em modelos profissionais observados durante sua formação que costumavam atuar de forma individual com baixa interação com seus pares. Determinadas fragilidades na apropriação teórica e pedagógica por parte dos docentes dificultam a efetivação de mudanças no processo de ensino e aprendizagem com vistas a uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva (Figueredo et al., 2017).

Laskaratos, Gkotsi e Panteliou (2014), ao realizarem uma revisão crítica do currículo da educação médica no Reino Unido, apontam recomendações no sentido de se desenvolver a competência docente para fornecer *feedback* útil, honesto e em tempo oportuno, especialmente em situações de baixo desempenho. Docentes e coordenadores, ao reconhecerem o papel do *feedback* como uma importante estratégia de ensino e aprendizagem, contribuiriam para a melhora dos resultados da aprendizagem, para a reflexão crítica e para o estabelecimento de relações horizontais e transparentes entre os agentes do ensino.

Ao desconsiderar o docente como um agente inserido em um contexto social mais amplo, os estudos não abordam como a interação entre docentes, discentes e sociedade molda a formação do médico. Pensar a docência como prática social na educação médica passa por superar a atuação do professor como transmissor de conhecimentos, mas, em última instância, implica uma discussão na esfera política do papel social (a ser) assumido por esses docentes de forma a articular aspectos técnico-científicos a questões relacionadas ao que, para quem e por que ensinar.

Enquanto prática social, é partilhada por um grupo de agentes, se articula a um sistema que garante sua legitimidade e define sua utilização e sofre influência do “objeto” (sujeitos) de sua ação. Reconhecer a natureza social da prática docente não significa, porém, eliminar a contribuição dos atores na sua construção concreta, já que sua própria existência depende de docentes (mas não somente deles) enquanto atores individuais empenhados nessa prática passível de adaptação e transformação.

O modelo teórico proposto por Almeida (1997) com o objetivo de analisar o grau de profundidade das mudanças na formação médica implementadas no início dos anos 90 ajuda a caracterizar a produção científica selecionada. A maior parte das

publicações diz respeito ao plano fenomênico, associado a mudanças superficiais, isoladas e parciais nos componentes do processo de ensino (atividades, metodologia e meios) e nas relações técnicas entre os agentes de ensino.

De forma menos expressiva, alguns estudos tangenciaram o plano dos sujeitos e atores sociais, o qual envolve algum grau de reinterpretação das bases conceituais da educação tradicional com predomínio de modificações nas relações sociais. Já o plano estrutural, mais diretamente relacionado à essência do próprio processo de produção do conhecimento, à construção dos novos paradigmas e à elaboração de estratégias articuladas aos determinantes histórico-sociais da educação médica, não foi abordado nos estudos identificados por esta revisão.

Esta análise, além de informar escolas médicas sobre aspectos pedagógicos relacionados ao currículo, pode orientar formuladores de políticas na reforma da educação médica para lidarem com situações de escassez de mão de obra, necessidades de reorientação de perfis profissionais e regulação do setor, bem como estimular a compreensão crítica das relações entre saúde, educação e sociedade.

Para o presente estudo, a revisão de literatura permitiu posicionar a pesquisa dentro de um contexto mais amplo diante da lacuna de produções que utilizem abordagens metodológicas que articulem as dimensões técnico-científicas e ético-políticas da prática docente na escola médica, em sua interface com outros processos da estrutura social.

3 QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

O percurso teórico-metodológico apresentado a seguir busca contribuir para a dimensão analítica do problema de pesquisa anunciado, na medida em que permite conhecer melhor o objeto de estudo em questão ao identificar especificidades e características da diversidade discursiva envolvida na docência. Com o intuito de abordar a problemática epistemológica do currículo, foi utilizado como referencial teórico o autor Ball (1994, 2001, 2002, 2006), tendo em vista a visibilidade que suas discussões sobre Epistemologia Política receberam nos últimos anos. O autor estabelece dois tipos de Epistemologia e elucida que a Epistemologia Profunda está ligada à política educacional como um processo social, relacional, temporal, discursivo, revestido de relações de poder, sendo base para um processo de política da interpretação. Já a Epistemologia da Superfície realiza apenas um conjunto de reflexões relativamente mundanas sobre o acesso a dados e a validação do entrevistado, por exemplo (Mainardes, 2015).

A elaboração de um pensamento sistemático e reflexivo sobre o social transcendendo o biologismo e o funcionalismo hegemônico na época por parte de Juan César Garcia fornece, por sua vez, elementos para pensar a relação entre história objetiva e história subjetiva da formação médica. A educação dos profissionais de saúde, como um processo histórico, estaria subordinada à estrutura economicamente predominante na sociedade na qual se desenvolve, mas a forma e o conteúdo dos currículos, por apresentarem certas contradições secundárias ao processo de produção capitalista, não seriam, portanto, totalmente determinados pela matriz econômica. Interessa-nos, portanto, analisar como as escolas médicas incorporam condutas e relações que servem, de acordo com Nunes (2015), como poderosos instrumentos de reprodução do modelo dominante de organização dos serviços de saúde e das práticas profissionais.

A teoria da construção das identidades sociais e profissionais de Claude Dubar, que se debruçou sobre o estudo de configurações identitárias, ajuda a compreender como estas se constituem, se reproduzem e se transformam no ambiente universitário (Dubar, 2005). As formas identitárias socialmente pertinentes em um determinado campo de ação seriam compreensíveis a partir de dois eixos: o processo relacional e o processo biográfico, conjuntamente definidos por Dubar como “formas identitárias”,

nas quais temos uma concepção de ator, que se define a um só tempo pela estrutura de sua ação e pela sua formação, inseridas em um contexto e uma história.

Segundo Silva (1993), o processo de ensino e aprendizagem não é neutro, representando um momento de apropriação do saber pelo educando, e pode ser acionado como prática de mudança ou de manutenção. Ou seja, tanto o discente quanto o professor aproveitam-se do momento para problematizar a realidade, o modelo de pensá-la e o próprio processo de produção-transmissão-apropriação do conhecimento. Lopes e Macedo (2012) afirmam que o currículo em ato é, portanto, uma produção cultural discursiva marcada pela contingência social, sendo o ensino também determinado pelo contrato territorial local e pela época histórica, com diversas perspectivas e discursos disputando pela hegemonia de significados — produção dinâmica da cultura. Ainda que existam diretrizes gerais, o currículo é aquele desenvolvido na realidade dos sistemas de ensino (cada vez mais privado), em que as condições materiais das escolas e suas formas de organização influenciam a aprendizagem, assim como o nível de formação dos professores e a construção de sua identidade profissional.

3.1 ANÁLISE DE POLÍTICAS EDUCACIONAIS

A perspectiva de análise das políticas educacionais (Ball, 1997, 2001, 2006) será utilizada para apoiar a compreensão e captura da: (1) política proposta, aquela que habita os discursos que revelam as intenções e estabelecem influências; (2) política de fato, que se refere aos textos legais e documentos oficiais que definem as orientações curriculares e (3) política em uso, que se efetiva na realidade e acontece como resultante do trabalho dos profissionais da educação com seus diferentes conceitos, métodos, modos e intenções.

O ciclo de políticas educacionais discutido pelo autor contempla cinco contextos: o contexto de influência, o da produção de texto, o da prática, o dos resultados ou efeitos e o da estratégia política. O contexto de influência estaria atrelado a interesses e ideologias dogmáticas, em que as políticas educacionais são iniciadas e os discursos políticos são construídos, existindo grupos de interesse que disputam a influência na definição das finalidades sociais da educação e do que significa ser educado. Os conceitos que adquirem legitimidade formam um discurso de base para as políticas, sendo que o discurso que está em formação por vezes

recebe apoio e outras vezes é desafiado por argumentos mais amplos que estão exercendo influência nas arenas públicas de ação. No contexto da produção de texto, no qual os textos políticos estão articulados com a linguagem do interesse mais geral, suas representações podem tomar várias formas, resultando em disputas e acordos, uma vez que os grupos que atuam dentro dos diferentes lugares da produção competem para controlar as representações políticas.

O terceiro contexto é o da prática, em que a política está sujeita à interpretação e recriação e produz efeitos e consequências que podem representar mudanças e transformações significativas na política original. Para Ball (apud Mainardes; Marcondes, 2009, p. 305), as políticas são implementadas. O autor usa o termo atuação ou encenação de políticas, pois, para ele, “a pessoa que põe em prática as políticas tem que converter/transformar [...] entre a modalidade da palavra escrita e da ação [...]. E o que envolve isto é um processo de atuação, a efetivação da política na prática e através da prática”.

O quarto contexto do ciclo de políticas de Ball é o contexto dos resultados ou efeitos. Esse contexto preocupa-se com as questões de igualdade, justiça e liberdade individual, ou seja, nesse contexto as políticas deveriam ser analisadas em termos do seu impacto e das interações com desigualdades existentes. O último contexto, denominado contexto da estratégia política, diz respeito à identificação de um conjunto de atividades sociais e políticas que seriam necessárias para lidar com as desigualdades criadas ou reproduzidas pela política investigada (Ball, 2006).

3.2 O “PROCESSO DE PRODUÇÃO DE MÉDICOS”

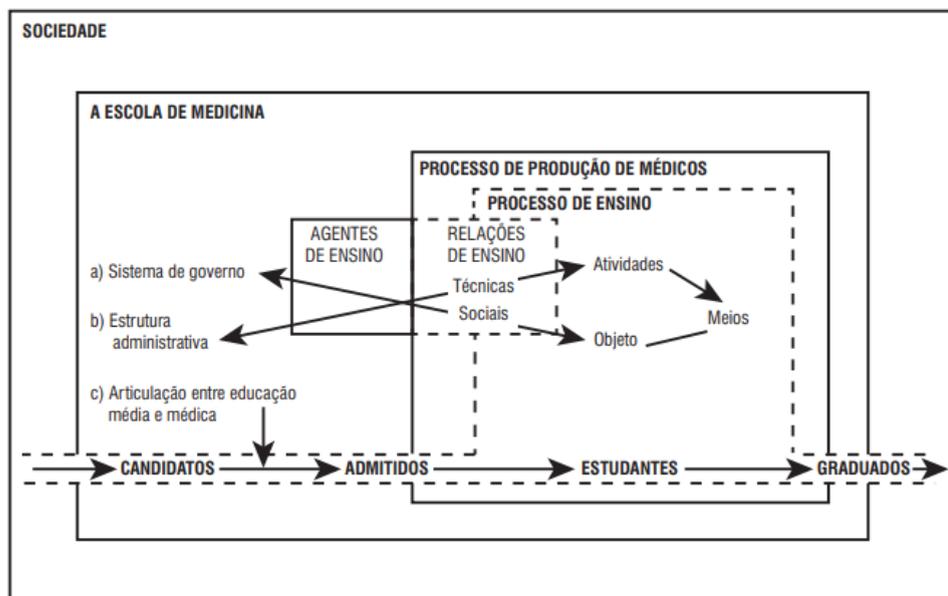
O estudo de Garcia (1972), ao analisar a educação médica na América Latina, teve como contribuição central a tese de que o saber e a prática no campo da saúde são articulados à transformação histórica do processo de produção econômica. Em cada formação social concreta, a educação médica cumpre papel fundamental na reprodução da organização dos serviços de saúde e se cristaliza na reatualização e preservação de práticas específicas, tanto nas dimensões do conhecimento quanto nas técnicas e nos conteúdos ideológicos.

Se, por um lado, a estrutura da atenção médica exerce uma ação dominante sobre o processo de formação através da dinâmica do mercado de trabalho e de outras condições que circunscrevem a prática médica, por outro lado a universidade

configura-se como espaço social diferenciado que lhe permite mediar as pressões e exigências externas, determinando com certo grau de autonomia a organização de suas atividades e a reinterpretação das necessidades sociais. O reconhecimento de possibilidades, dentro de certos limites, sinaliza a contribuição da universidade na transformação das práticas profissionais existentes, de modo a superar a tese de determinação mecânica da prática sobre a formação de pessoal.

A partir desse entendimento, o autor elabora um esquema (Figura 1) que permite identificar em um plano geral a inserção da “escola de medicina” na estrutura societária, âmbito particular no qual se desenvolve o “processo de produção de médicos”, conceito básico do quadro teórico adotado na presente investigação, com interesse particular no docente, agente das práticas, que desempenha papel central na implementação e na transformação das práticas educacionais.

Figura 1 - Esquema do marco teórico da educação médica



Fonte: Garcia (1972).

A universidade, segundo Paim (1990, 1991), deve atuar de forma crítica e transformadora, promovendo a reflexão sobre as práticas tradicionais e incentivando a adoção de novos paradigmas, concebendo que a formação acadêmica deve ir além da técnica, englobando dimensões sociais e políticas para preparar profissionais aptos a enfrentarem os desafios impostos pelo SUS e promovendo um alinhamento entre as práticas profissionais e as diretrizes da saúde coletiva e pública no Brasil.

O conceito de sociedade, ou melhor, de estrutura social, nos permite compreender a educação dos profissionais de saúde enquanto um processo não isolado. Situa a educação e a saúde como um dos setores subordinados à estrutura econômica, mas não de forma mecânica, guardando certo grau de autonomia.

O processo de educação dos profissionais de saúde, a forma e o conteúdo dos currículos, por apresentarem certas contradições secundárias ao processo de produção capitalista, não são, portanto, totalmente determinados pela matriz econômica. A universidade, ao organizar com certo grau de autonomia suas atividades, poderia contribuir, em certo limite, para transformar as práticas, estabelecendo novos perfis que questionariam o exercício profissional vigente.

A escola médica, segundo o esquema utilizado, é a forma particular de organização, de propriedade pública ou privada, com estrutura administrativa própria e um sistema de governo separado das instituições de práticas médicas característicos de nossa época, responsável pelo “modo de produção” dos médicos. É essa organização que por vezes impede a passagem de um modo de produção de agentes das práticas de saúde para outro.

A formação do médico está inserida em uma prática universitária, e essa universidade, por sua vez, disputa na sociedade uma representação social de espaço onde se concentram as atividades intelectuais, podendo ela orientar com certa autonomia a organização de suas atividades, a reinterpretação das necessidades sociais provenientes das estruturas externas e o estabelecimento de novos perfis, embora de maneira hegemônica se tenda a optar por reproduzir as práticas ocupacionais vigentes.

Entendem-se as instituições de ensino como um dos espaços privilegiados do processo de formação dos agentes das práticas de saúde e os planos de estudo como um conjunto de elementos distribuídos em uma organização que determina a função de cada componente dentro da totalidade. Na análise do processo de produção de médicos, podem ser identificados dois componentes inseparáveis, sendo que a forma institucional que adquire um determinado “modo de produção” de médicos constitui a superestrutura do processo, e as relações de ensino, sua infraestrutura.

O processo de ensino pode ser definido como o conjunto de momentos pelos quais o discente passa ao se transformar em médico. Nesse processo distinguem-se atividades, meios e objetos de ensino. Já as relações de ensino, que são técnicas e

ao mesmo tempo sociais, expressam os vínculos estabelecidos entre as pessoas que participam do processo de produção dos médicos.

3.3 CONSTRUÇÃO DAS IDENTIDADES SOCIAIS E PROFISSIONAIS

A teoria da construção das identidades sociais e profissionais de Claude Dubar fornece subsídios importantes para a elaboração dos instrumentos de produção e análise de dados da pesquisa. O autor destaca que a identidade profissional do indivíduo não deve ser vista exclusivamente do ponto de vista de sua subjetividade, mas compreendendo a constituição da identidade como interação entre os parceiros e a sua trajetória pessoal e social, numa ótica da sociologia do trabalho e da psicologia social. A identidade como “**forma identitária**” que se configura nas relações sociais e de trabalho seria responsável por escolhas e atividades no contexto do convívio social.

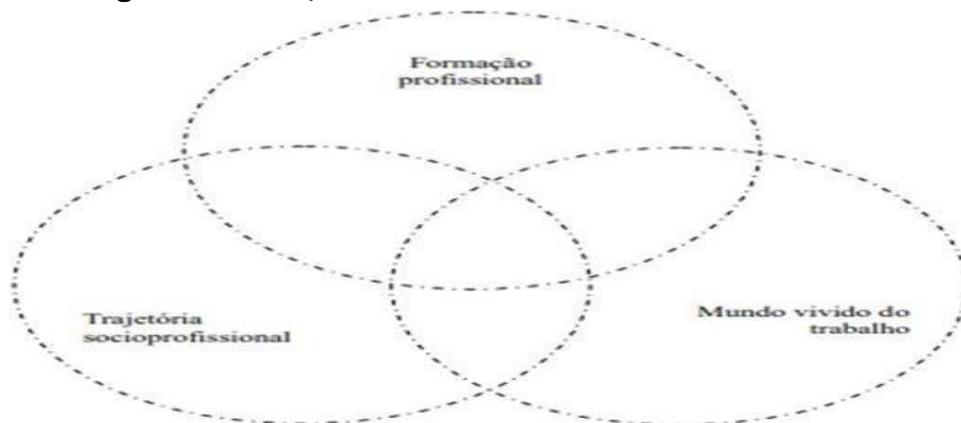
A identidade profissional, no entanto, não se restringe a uma definição de área de atuação ou tampouco à aprendizagem de técnicas e procedimentos de uma dada ocupação profissional, mas é, antes de tudo, um conjunto de conhecimentos tecidos de modo peculiar junto a elementos de percepção, entendimento, concordância, crítica e ética, que envolvem determinada forma de organização de informações e sua utilização sistemática na abordagem do mundo real. Ao longo de sua trajetória biográfica, o indivíduo passa por numerosos processos de socialização que se refletirão na sua capacidade de interagir com os outros num determinado contexto sociocultural (Dubar, 2005).

Para Dubar (1997), o processo de socialização permite compreender a noção de identidade numa perspectiva sociológica restituída numa relação de identidade para si e identidade para o outro. Analisa a evolução das identidades profissionais e a socialização das carreiras com base em teóricos da sociologia das profissões, situando-se na interconexão entre sociologia das profissões e sociologia do trabalho. Suas pesquisas buscam relacionar “trajetórias subjetivas” com “mundos vividos”, organizados em torno de categorias específicas e oriundas da análise de relatos biográficos, propondo a noção de “formas identitárias”, as quais se configuram nas relações sociais e de trabalho, compreendendo-as como interação entre os atores e a sua trajetória pessoal e social.

Os processos de construção de identidades são influenciados tanto por fatores profissionais quanto pelas formas típicas de trajetórias individuais e de mundos

sociais, sistemas de crenças e de práticas, hábitos e projetos de vida. Tais identidades são as formas socialmente construídas pelos indivíduos de se reconhecerem uns aos outros no campo do trabalho e do emprego. São estabelecidas pela socialização, a qual revela o sentimento de pertencer a um determinado grupo, assumindo suas atitudes e seus valores que guiam as condutas. Dubar e Triper (1998) assinalam que as identidades resultam, pois, do encontro entre trajetórias socialmente condicionadas e campos socialmente estruturados a partir da interseção de três campos (Figura 2), a saber: (1) o “mundo vivido do trabalho”, (2) a trajetória socioprofissional, principalmente os movimentos de emprego, e (3) a relação dos profissionais com a formação e, em especial, a maneira como aprenderam o trabalho que realizam ou realizarão.

Figura 2 - Campos essenciais da Identidade Profissional



Fonte: Adaptado de Dubar (2005).

Trata-se de abordar a construção das formas identitárias por parte dos docentes do curso de Medicina, sobretudo sua carreira, como um constructo teórico-prático, que inicialmente partiu de um padrão mais normativo e estável (carreira como produto) para atingir uma forma mais relacional e psicossocial (carreira como processo). Essa trajetória ou carreira, enquanto microestrutura ou projeto de ação socializado, pode ser compreendida como uma relação dialética entre projeto social (estrutura objetiva) e projeto de vida de cada pessoa (estrutura subjetiva), entendendo projeto como uma articulação entre o individual e o social, concretizados pelas trajetórias de vida (deslocamentos espaço-temporais) tanto das pessoas quanto das organizações do trabalho, vistos como fenômenos psicossociais legitimados e compartilhados.

O presente estudo busca refletir sobre os processos identitários como fenômeno social dinâmico e em processo, implicado fundamentalmente por relações de poder na tentativa de superar um debate no qual tal dimensão nem sempre foi considerada de forma adequada, ressaltando a análise acerca de sua dimensão política. Os enfoques teóricos selecionados assumem que os fenômenos relacionados às identidades implicam a reflexão sobre o seu caráter processual e dinâmico, enquanto universal e particular, evidenciando suas dinâmicas próprias e suas características mais gerais.

Nesse sentido, elencamos quatro elementos a partir dos quais entendemos que os processos identitários podem ser pensados e analisados, quais sejam: a) os atores sociais de algum modo articulados a grupos; b) os motivos de disputas de pertencimento ou não a tais grupos; c) os elementos morais e normativos que regulam os meios pelos quais esses atores entram em interação pelo que disputam e d) os contextos históricos e sociais nos quais são produzidos e, ao mesmo tempo, contribuem para sua produção.

A articulação dos quatro elementos destacados aponta possibilidades analíticas dos processos identitários no âmbito da educação médica a partir de enfoques que explicitem as características dos processos de emergência e (re)inserção social de atores em contextos sociais, políticos e culturais, dinâmicas essas muitas vezes ofuscadas pelos usos do termo identidade associado às ideias de diversidade e pluralidade cultural. Interessa ao estudo capturar as ambiguidades e ambivalências dos processos sociais que criam e recriam formas de subordinação e hierarquização, ao mesmo tempo que expressam formas de contestação e transgressão social.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Foi realizado um estudo exploratório, de natureza qualitativa, que tomou por objeto a identidade dos docentes dos cursos de Medicina analisada com base na teoria do processo de produção de médicos de Juan César Garcia, na teoria da construção das identidades sociais e profissionais de Claude Dubar e no enfoque de Ball sobre análise de políticas educacionais.

4.1 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS

Como forma de apreensão de elementos históricos e estruturantes do processo de renovação da Educação Médica foram realizadas entrevistas em profundidade com lideranças que participaram de movimentos sociais e institucionais pela reforma do Ensino Médico e que poderiam ter informações relevantes acerca do tema da pesquisa. Segundo Gaskell (2014), a entrevista em profundidade permite explorar a cosmovisão pessoal do entrevistado, em que os pontos de vista pessoais refletem resíduos ou memórias de conversações passadas, o que possibilita uma compreensão mais detalhada acerca de crenças, atitudes, valores e motivações em relação a comportamentos e contextos específicos.

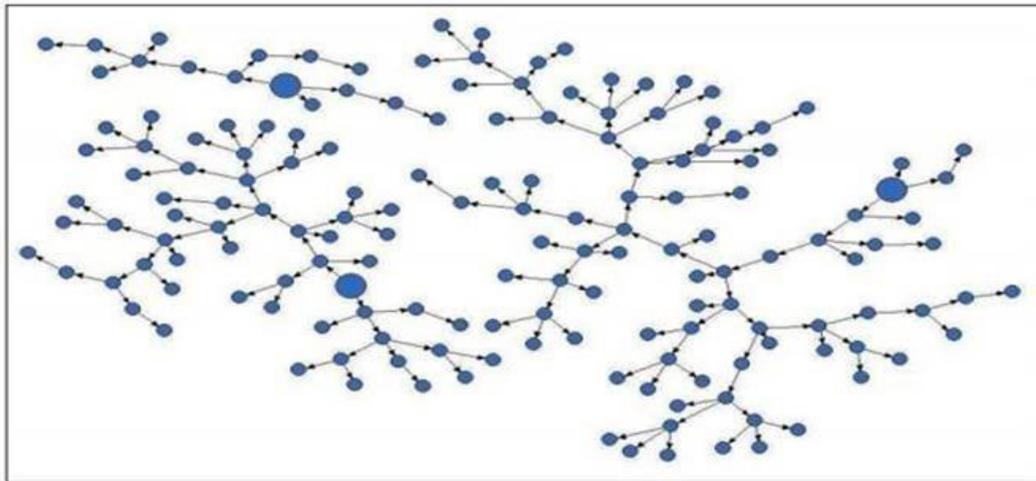
Para tanto, foram elaboradas uma questão disparadora e algumas questões de apoio para qualificar a escuta dos conteúdos da entrevista em profundidade (Apêndice A), sendo que, para escolha dessas lideranças, foi utilizada a técnica metodológica *snowball* (Figura 3), também divulgada como *snowball sampling* (“bola de neve”) ou “cadeia de informantes” (Biernacki; Waldorf, 1981). Essa técnica se configura como uma forma de amostra não probabilística utilizada em pesquisas sociais em que os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes, os quais, por sua vez, indicam novos participantes, e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto (o “ponto de saturação”).

A expressão “saturação teórica”, utilizada na pesquisa qualitativa, segundo Fontanella (2012), considera que, quando se coletam dados, ocorre uma transferência de significações psicoculturais de seu meio original, de indivíduos ou grupos, para outro meio, aquele do pesquisador. Considera-se saturada a coleta quando nenhum novo elemento é encontrado e o acréscimo de novas informações deixa de ser

necessário, pois não altera a compreensão do fenômeno estudado, o que permitiria estabelecer a validade do conjunto de dados.

Para fins desta pesquisa, a saturação dos dados, observada no processo de organização do material empírico proveniente das entrevistas, delimitou o número de participantes (10). Diante da redundância de informações e no momento em que se identificou a recorrência de ideias, considerou-se saturada a coleta de informações relacionadas às lideranças.

Figura 3 - Representação de uma cadeia de referências (*snowball sampling*)



Fonte: Albuquerque (2009).

Em paralelo, a estratégia metodológica elaborada para identificar características da formação, da trajetória socioprofissional, da prática e a percepção dos docentes de cursos de graduação em Medicina contemplou questões desenvolvidas no quadro teórico de referência a partir de dimensões que abordam os conceitos de “processo de produção de médicos” e “identidade profissional”. Esses elementos foram discutidos com docentes de duas escolas médicas: a primeira Escola Médica do Brasil, instalada na Universidade Federal da Bahia, e uma proposta inovadora referente ao curso da Universidade Federal de Sergipe, campus Lagarto, oriundo do processo de expansão e interiorização do ensino superior público.

A produção dos dados foi realizada através da técnica de entrevistas semiestruturadas, do tipo individual, para as quais foi elaborado um roteiro com questões (Apêndice B) de forma a tangenciar princípios, fundamentos e finalidades da formação em Medicina anunciados nas Diretrizes Curriculares Nacionais que devem

orientar a organização, o desenvolvimento e a avaliação dos cursos de Medicina, bem como elementos considerados essenciais a partir da revisão de literatura.

O fato de os professores serem homenageados pelos alunos em ocasião de formatura deixaria transparecer algum significado que poderia expressar influências e concepções valorativas, na perspectiva de que eles representam expressões culturais e valores admirados pelos discentes. O material empírico obtido foi tratado e processado em matrizes de análise de conteúdo (Minayo, 2001), buscando-se identificar os núcleos de sentido relacionados com as categorias analíticas relativas aos elementos das diversas formas identitárias dos docentes (Apêndices C, D, E, F e G).

A necessidade de explicitação do valor do discurso dos agentes que se destacam por sua reconhecida influência nos discentes levou em consideração que toda linguagem exerce uma função de mediação entre o homem e a realidade.

O critério adotado para constituição da amostra levou em conta o fato de o professor ter sido escolhido por pelo menos uma turma nos últimos cinco anos, contemplando aqueles professores que, mesmo estando há pouco tempo em contato com os alunos, já estão entre os destacados como modelo e parâmetro de conduta médica. Como critérios de exclusão, foram destacados a existência de docentes que estejam aposentados ou em algum tipo de afastamento/licença de suas atividades na instituição de ensino e a recusa em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Além do levantamento dos docentes homenageados, foi realizado um levantamento por meio de um questionário compartilhado por contato eletrônico (*e-mail*) com os discentes das turmas do último ano dos cursos de graduação no intuito de que respondessem (de forma não obrigatória) qual docente mais havia influenciado na sua formação enquanto futuro profissional da saúde e quais seriam os atributos mais importantes que consideram para um “bom docente”, justificando essa resposta. Os dados obtidos coincidiram com a lista de docentes identificados pelo sistema de escolha dos homenageados/paraninfos. Como critérios de exclusão, foram considerados: os discentes não regularmente matriculados no período da coleta de dados, o não cumprimento de algum componente curricular obrigatório exigido para a turma nos semestres anteriores, os discentes oriundos de transferência externa e a recusa em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na descrição dos resultados da pesquisa, para manter a confidencialidade dos dados, os entrevistados foram identificados utilizando-se codinomes. Para as lideranças, utilizou-se de nomes emblemáticos da história da medicina e da mitologia, bem como de orixás cultuados por religiões de matriz africana presentes no Brasil, como forma de expressar a diversidade de concepções, valores e pontos de vista relacionados à prática médica e ao cuidado em saúde (Hipócrates, Higeia, Asclépio, Panaceia, Xangô, Ossaim, Iansã, Omolu, Exu e Salerno). Já em relação aos docentes, foram utilizados nomes de autores que consideramos fornecer subsídios que contribuem para uma perspectiva histórico-crítica da educação, além de nomes de pessoas com expressão na área de formação e desenvolvimento de trabalhadores na área da saúde (Anísio, Paulo, Darcy, Juan, Florestan, Dermeval, Antônio, Izabel e Tânia).

4.2 ANÁLISE DOS DADOS TEXTUAIS: O USO DO IRaMuTeQ

As informações coletadas através das entrevistas foram tratadas pelo *software* IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), programa informático gratuito que permite diferentes formas de análises estatísticas sobre *corpus* textuais e sobre tabelas de indivíduos por palavras (Ratinaud, 2009).

Segundo Lahlou (1994), a análise de dados textuais (análise lexical) aponta para a superação entre a dicotomia quantitativo *versus* qualitativo na análise de dados a partir da utilização de cálculos estatísticos em variáveis de natureza qualitativa, os textos. Camargo e Justo (2013) salientam que sua incorporação no Brasil ocorreu sobretudo entre pesquisadores da área de Representações Sociais, oportunizando diversos tipos de análise de dados textuais, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), e análises multivariadas, como a classificação hierárquica descendente e análises de similitude, por exemplo.

Vale destacar que, no presente estudo, a utilização do *software* não se configurou como “método da pesquisa” nem tampouco em técnica de análise de dados, cabendo ao pesquisador o trabalho de leitura e releitura do material e a interpretação de dados apresentados pelo IRaMuTeQ a partir do referencial teórico de base, sem a expectativa de que os relatórios gerados pelo *software* se constituíssem por si só na análise de dados. A justificativa pela escolha do *software* se deu,

portanto, pelo amplo número de ferramentas que sustentam o processo interpretativo com base na estatística textual, o que facilitou a organização e ordenação das informações (Santos et al., 2017).

Salem (1986) define a lexicometria como um conjunto de técnicas de tratamento estatístico que apoia a análise das características estruturais e de conteúdo de um texto ou conjunto de textos com base no vocabulário utilizado, permitindo a identificação de tendências, regularidades e estilos discursivos articulados a padrões de associação entre palavras, expressões e conceitos, reduzindo o material e dando sentido ao aglomerado de dados, podendo ser combinadas (as técnicas) com o uso de técnicas de análise de conteúdo e diversas modalidades de análise de discurso (Oliveira et al., 2003; Marchand, 2013).

As contribuições das lideranças que discutiram elementos históricos e estruturantes do processo de renovação da Educação Médica e dos docentes inseridos em duas escolas médicas foram coletadas através de 20 entrevistas, organizadas a partir de roteiros com aspectos específicos para cada um dos dois grupos. A fim de realizar o registro preciso das falas, as entrevistas foram gravadas em mídia digital, transcritas, com apoio do Excel® suas informações foram sistematizadas em planilhas, excluindo-se contribuições repetidas e elementos textuais sem valor, sendo montados dois *corpora* textuais (*corpus* lideranças e *corpus* docentes) que contemplaram formas ativas (substantivos e verbos), adjetivos e advérbios.

Inicialmente, o IRaMuTeQ identificou o número de palavras, a frequência média e o quantitativo de palavras com frequência (hápx) e seguiu com a pesquisa de vocabulário com base na raiz das palavras (lematização), criando uma espécie de dicionário de formas reduzidas e formas ativas e complementares, transformando Unidades de Contextos Iniciais em Unidades de Contextos Elementares, conforme postulado de Camargo e Justo (2013). Na sequência, foi realizada a codificação dos sujeitos da pesquisa por número (10 lideranças e 10 docentes), seguida por uma codificação temática para cada um dos três objetivos específicos, utilizando as categorias de análise como subtemas. Os dois *corpora* foram submetidos a três diferentes tipos de análise com o intuito de torná-los compreensíveis, de fácil visualização e de forma a viabilizar a interpretação de dados: Classificação Hierárquica Descendente, Análise Fatorial Confirmatória e Nuvem de Palavras.

Segundo Camargo (2005), a **Classificação Hierárquica Descendente** (CHD), ou método Reinert, possibilita que os segmentos de textos que apresentam vocabulário semelhante entre si sejam analisados a partir do cálculo de distâncias e proximidades (teste de qui-quadrado) em relação aos textos com vocabulário diferente. Esse tipo de análise dos conglomerados possibilitou categorizar as palavras ativas em classes lexicais, considerando as frequências e as posições de palavras ativas e suas variâncias entre os perfis individuais em torno do perfil médio. A análise de agrupamentos proporcionada pela CHD sobre o segmento de textos de cada *corpus* se deu em função da coocorrência de formas lexicais nos enunciados, permitindo uma classificação estável desses segmentos em classes lexicais homogêneas, sendo que a força de associação entre as palavras e sua respectiva divisão em classes foram ilustradas a partir da elaboração de dendrogramas (Mendes et al., 2019).

Já a **Análise Fatorial Confirmatória** (AFC) permitiu confirmar os grupos formados por meio das classes através da CHD, representando no plano cartesiano as diferentes palavras e variáveis associadas a cada uma das classes, inclusive facilitando a busca de segmentos de textos vinculados a cada classe no *corpus* textual e a recuperação do contexto das palavras com significância estatística. Nos planos fatoriais apresentados nos resultados, será possível observar o posicionamento das classes e as palavras do *corpus* textual com maior frequência. Para organização gráfica das palavras em função de sua frequência, foi utilizada a **Nuvem de Palavras**, que, embora seja uma análise lexical mais simples, possibilitou a identificação de palavras-chave e termos preponderantes de um *corpus* de forma ágil e com apresentação gráfica bastante interessante.

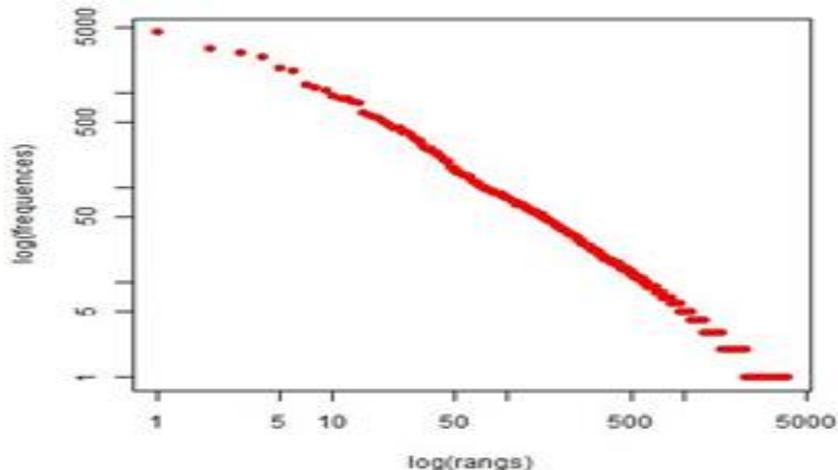
Nesse sentido, o suporte do IRaMuTeQ na análise dos dados das entrevistas com base no referencial teórico-metodológico configurou maior confiabilidade às inferências realizadas e trouxe maior objetividade às interpretações frente à necessidade de lidar com um grande volume de respostas textuais. Inicialmente, foi realizada uma análise do *corpus* textual formado pela contribuição de 10 lideranças (*corpus* lideranças) envolvidas no movimento de renovação da educação médica no Brasil. A análise lexicográfica gerada pelo IRaMuTeQ apresentou 61.535 ocorrências, 3.859 formas distintas e 1.638 palavras que aparecem apenas uma vez, correspondendo a 42,45% das formas e 2,66% das ocorrências. Já a análise do *corpus* textual formado pela contribuição dos docentes (*corpus* docente) apresentou,

por sua vez, 44.984 ocorrências, 5.004 formas distintas e 2.620 palavras que aparecem apenas uma vez, correspondendo a 52,35% das formas e 5,82% das ocorrências.

A robustez das análises levou em consideração o aproveitamento mínimo de 87,71% dos segmentos de texto na análise lexicográfica, e o valor do qui-quadrado de Pearson foi de $p < 0,0001$ nas análises de CHD, o que aponta para um grau elevado de satisfação entre as classes e a soma dos fatores dos eixos dos gráficos da Análise Fatorial por Correspondência próxima de 100%. O comportamento das palavras nos referidos *corpora* (liderança e docentes) pode ser observado através do diagrama de Zipf, em que o eixo das abcissas expressaria os logaritmos dos “pesos” e o eixo das ordenadas estaria relacionado às frequências das formas, representando a distribuição da frequência X rang.

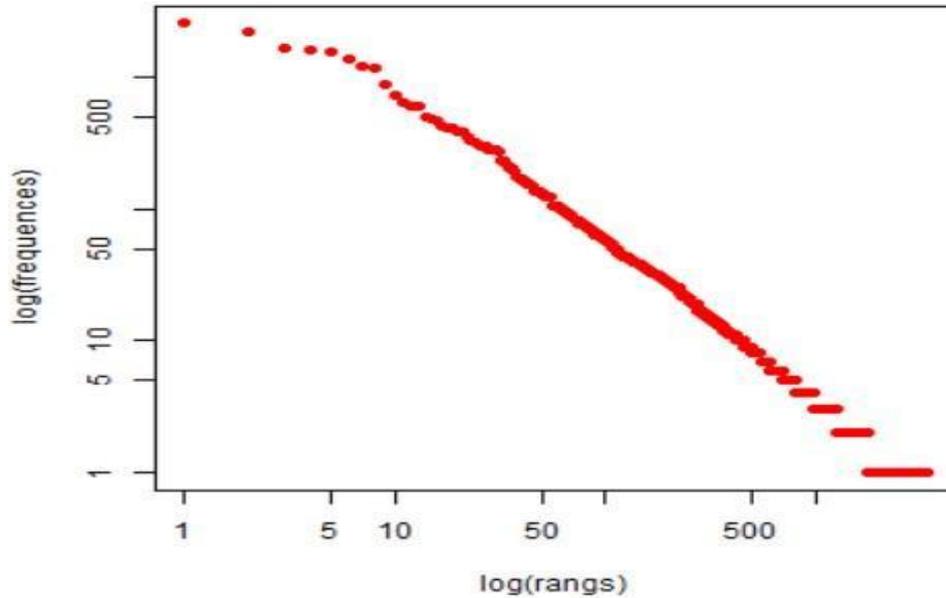
Segundo Guedes e Borschiver (2005), a lei de Zipf estaria atendida quando se apresenta de forma constante o produto da ordem de série (r) de uma palavra pela sua frequência de ocorrência (f). Nessa direção, a representação gráfica obtida (Figura 4 e Figura 5) demonstra que uma reduzida quantidade de palavras teve alta frequência (eixo y) e, de forma inversa, uma grande quantidade de palavras teve baixa frequência (eixo x), características essas favoráveis ao processamento de variadas análises por parte do IRaMuTeQ e, conseqüentemente, alto potencial analítico.

Figura 4 - Diagrama de Zipf com comportamento das palavras no *corpus* textual referentes a elementos históricos e estruturantes do movimento de mudanças nas escolas médicas



Fonte: Diagrama gerado pelo IRaMuTeQ versão 0.7 Alpha 2.

Figura 5 - Diagrama de Zipf com comportamento das palavras no *corpus* textual referentes à identidade profissional, às práticas e à percepção docente

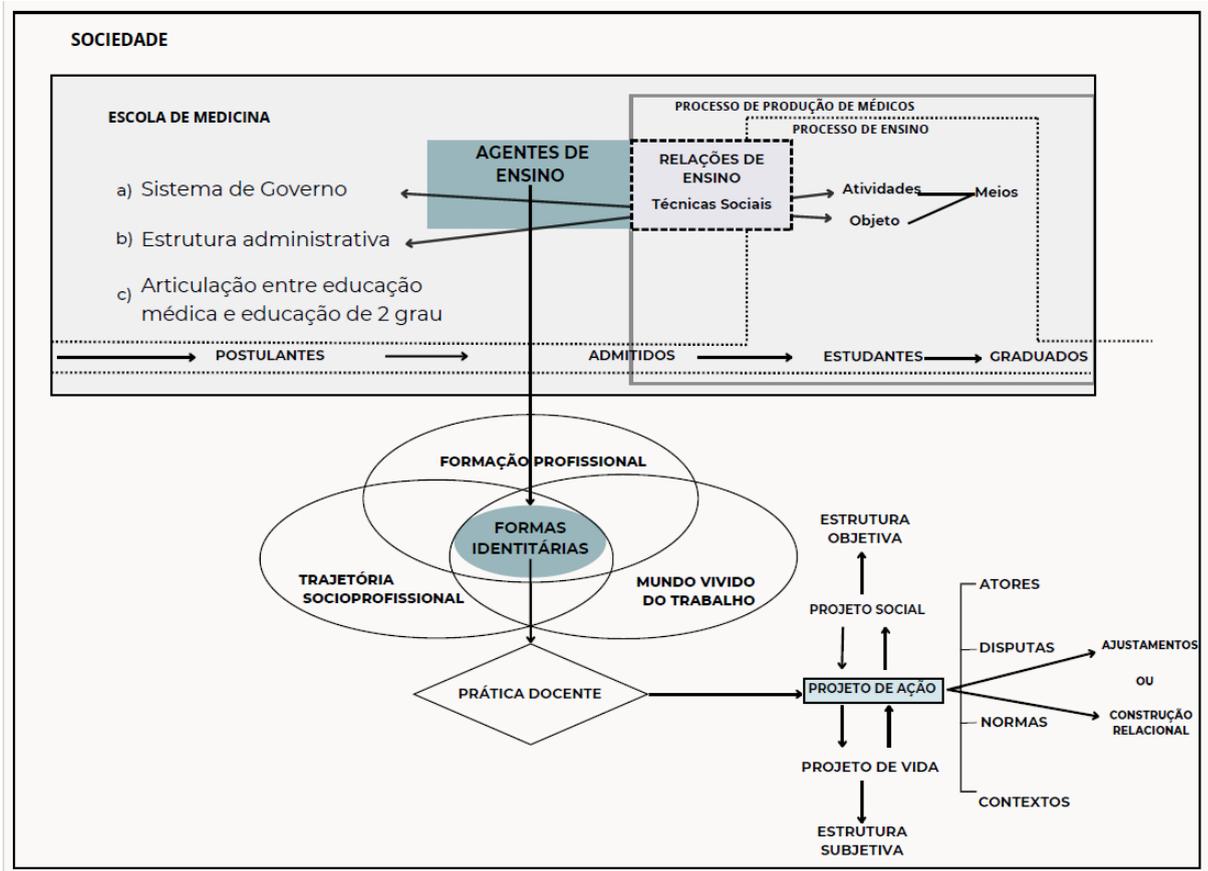


Fonte: Diagrama gerado pelo IRaMuTeQ versão 0.7 Alpha 2.

4.3 PLANO DE ANÁLISE

O plano de análise apresentado a seguir (Figura 6) procurou articular as dimensões do conceito de identidade aos estudos que, através de uma abordagem dialética, postulam a ideia da carreira mais como um processo psicossocial do que um artefato administrativo. A carreira, enquanto microestrutura ou projeto de ação socializado, pode ser compreendida como uma relação dialética entre projeto social (estrutura objetiva) e projeto de vida de cada pessoa (estrutura subjetiva), entendendo projeto como uma articulação entre o individual e o social, concretizados pelas trajetórias de vida (deslocamentos espaço-temporais) tanto das pessoas quanto das organizações do trabalho, vistos como fenômenos psicossociais legitimados e compartilhados (Ribeiro, 2009).

Figura 6 - Plano de Análise das formas identitárias dos docentes dos cursos de graduação em Medicina



Fonte: Elaboração própria, adaptado de Garcia (1972), Dubar (2005) e Ribeiro (2009).

A primeira parte do estudo, ao buscar elementos históricos e estruturantes relacionados às mudanças nas escolas médicas, insere os processos identitários numa abordagem de compreensão deles a partir da explicitação das relações de poder envolvidas. Optou-se por abordar as “formas identitárias” como um fenômeno social dinâmico e em processo, implicado fundamentalmente em relações de poder e configuradas a partir de quatro elementos: os atores (de algum modo articulados a grupos), as disputas (e seus motivos), os elementos morais e normativos que regulam a interação entre os sujeitos e os contextos históricos e sociais constituintes desse fenômeno social.

Na segunda parte do estudo considerando o conceito de “formas identitárias”, disposto no quadro teórico-conceitual do estudo, tratou-se de definir as categorias de análise do processo de construção/reconstrução da identidade docente nos cursos de Medicina, articulando as dimensões da formação prévia, da trajetória e da prática dos docentes. Analisar as formas identitárias dos docentes de Medicina na contemporaneidade implicaria, portanto, considerar dois caminhos: o da busca do

ajustamento ou da adaptação mais definidos e estáveis ou da ação de construção relacional entre pessoa-mundo do trabalho, sendo a carreira psicossocial uma síntese temporária dessa relação que pode levar a uma apropriação da carreira (possibilidade) ou a uma relação instável e transitória que dificultaria essa apropriação (instrumentalidade).

Coube, portanto, um esforço de analisar a trajetória docente, a formação docente e a prática docente desses atores como uma prática social diretamente articulada às intencionalidades de sua ação, qual seja, a formação de pessoal capaz de subsidiar a ampliação, consolidação e requalificação da formação médica, a fim de colaborar com a aproximação da atuação desses profissionais ao Sistema Único de Saúde de forma articulada e coerente com os processos incluídos e democráticos propostos pela Reforma Sanitária Brasileira.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva, com certificado (CAAE) nº 58981022.1.0000.5030 e parecer nº 5.500.997, o qual respeita os aspectos bioéticos da pesquisa em saúde, fundamentando-se nas normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) – Resolução CNS 466/12, a respeito de pesquisas que envolvem seres humanos, e Resolução 510/2016, que regulamenta as pesquisas em ciências humanas e sociais quanto a seus aspectos éticos, visto que foram realizadas entrevistas com informantes-chave.

Sobre a realização das entrevistas, informamos que elas só foram iniciadas a partir da aprovação formal, inserida no sistema CEP/CONEP, conforme preconizam as normativas vigentes. Durante a realização da pesquisa, foram realizados esclarecimentos relacionados aos objetivos e procedimentos metodológicos do estudo, bem como foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice H), sendo garantido ao/à entrevistado/a se negar a responder qualquer pergunta que julgasse inadequada, bem como solicitar a retirada do conteúdo de sua entrevista a qualquer tempo. O anonimato dos/as participantes e o sigilo no uso das informações obtidas através das entrevistas foram garantidos a partir do processo de codificação de cada participante com pseudônimos. Em decorrência dos possíveis riscos de contágio provocados pela pandemia de Covid-19, foi priorizada a realização

virtual das entrevistas a partir da oferta de plataforma virtual, garantidas a segurança e a privacidade, sem gravação da imagem do/a participante a fim de proteger o seu anonimato e evitar constrangimentos ou quaisquer outros riscos decorrentes dessa participação.

Para o objeto de estudo em questão, os possíveis riscos estariam relacionados ao caso de o/a entrevistado/a se sentir constrangido/a ou inibido/a com os questionamentos que pudessem levar a certo grau de ansiedade, estresse e/ou outros sentimentos no momento da execução da pesquisa, a variar pelas experiências de cada participante, o que não foi registrado nessa oportunidade, na qual estava assegurada a liberdade para não responder questões que o/a participante julgasse serem constrangedoras a fim de minimizar desconfortos.

5 RESULTADOS: O CURSO DO RIO

No intuito de responder à questão central do presente estudo acerca da conformação de identidades profissionais de docentes de escolas médicas e suas repercussões no desenvolvimento de competências voltadas para a superação de desigualdades em relação ao direito à saúde, os resultados desta pesquisa serão apresentados em dois blocos seguidos da discussão e de comentários finais, a saber: Bloco 1 - elementos históricos e estruturantes relacionados ao movimento de renovação da escola médica no Brasil (objetivo específico 1), e Bloco 2 - identidade profissional, práticas e percepção docente (objetivos específicos 2 e 3).

5.1 ELEMENTOS HISTÓRICOS E ESTRUTURANTES DA EDUCAÇÃO MÉDICA: MARGENS E CURVAS

A partir da identificação das três temáticas predominantes na Revisão de Literatura realizada (função ou papel social do docente; aspectos éticos e relacionais envolvidos na docência, e competência docente para o desenvolvimento de seu trabalho), passamos a investigar junto às lideranças elementos históricos e estruturantes relacionados ao movimento de renovação da escola médica no Brasil, com o intuito de identificar os discursos que habitaram o movimento, suas intencionalidades, eventuais disputas e interesses envolvidos, a influência dessas questões nos textos e programas oficiais e como esses elementos se relacionam com a prática docente.

Com o objetivo de examinar a relação desse movimento com o enfrentamento das desigualdades em saúde, questionamos os entrevistados sobre o cenário contemporâneo marcado por significativos avanços tecnológicos nas áreas de diagnóstico e tratamento em saúde, mas também pelo crescimento das iniquidades sociais. Diante disso, perguntamos quais seriam as perspectivas apontadas para a formação médica.

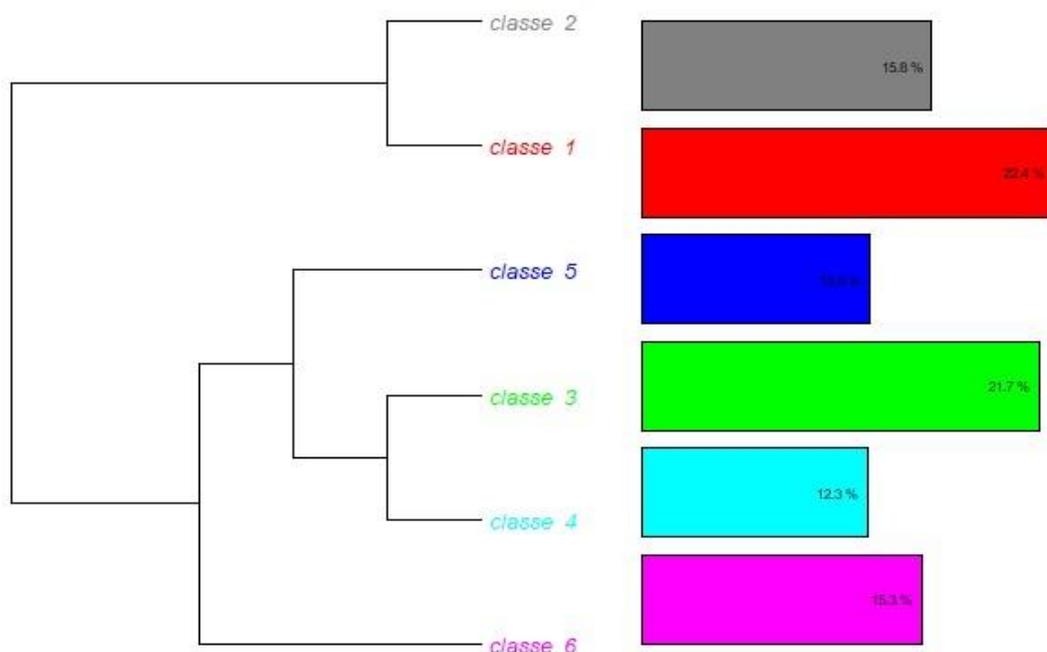
Além dessa questão disparadora, utilizou-se de tópicos de apoio relacionados à identificação de sujeitos (individuais ou coletivos) que participaram da formulação de propostas para mudanças no ensino médico e de experiências pioneiras e/ou exitosas de mudança e análise sobre desafios e perspectivas.

Classificação Hierárquica Descendente (CHD) produzida, correspondendo a 81,98% de aproveitamento.

Da análise emergiram 61.535 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), das quais 6.044 eram palavras distintas e 2.974 com ocorrência única. As características do *corpus* atenderam a requisitos de confiabilidade e validade de forma a contribuir com a abordagem analítica. O conteúdo analisado deu origem a seis classes: Classe 1, com 302 ST (22,42%); Classe 2, com 213 ST (15,81%); Classe 3, com 292 ST (21,68%); Classe 4, com 166 ST (12,32%); Classe 5, com 168 ST (12,47%), e Classe 6, com 206 ST (15,29%). Um elemento importante para a análise da Classificação Hierárquica Descendente refere-se à estabilidade das classes, garantida a partir da composição de segmentos de textos com vocábulos semelhantes, o que pôde ser verificado no presente estudo.

A geração de seis classes terminais indica que ocorreram cinco partições na formatação do dendrograma (Figura 8). A primeira partição dividiu o *corpus* em dois blocos terminais distintos, sendo que a segunda ocorreu dando origem às Classes 1 (22,4%) e 2 (15,8%). Na terceira partição, separou-se a Classe 6 (15,3%); na quarta, por sua vez, originou-se a Classe 5 (12,5%), e, por fim, na quinta partição, dividiram-se as Classes 3 (21,7%) e 4 (12,3%).

Figura 8 - Dendrograma das seis classes lexicais obtidas a partir da classificação das palavras ativas advindas das contribuições das dez lideranças

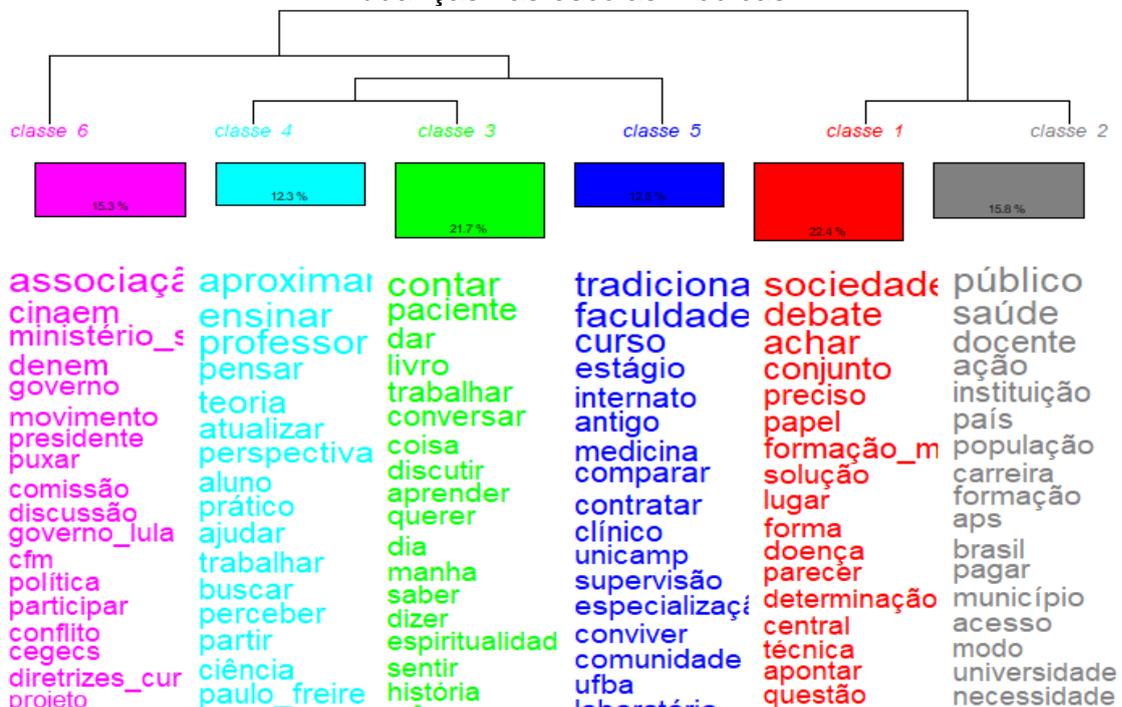


Fonte: Dendrograma gerado pelo IRAMuTeQ versão 0.7 Alpha 2.

A interpretação do dendrograma pressupõe que as classes que se reuniram num mesmo bloco têm maior proximidade de vocabulário entre si, e, quanto maior foi a agregação nos ramos de um bloco, mais forte foi essa similaridade. Através das partições e da separação das classes, observou-se a existência de unidades entre alguns dos conjuntos de segmentos, de forma a construir um sentido único e diferente de outros segmentos analisados. Com isso, foi possível notar que as Classes 1 e 2 e as Classes 6, 5, 4 e 3 têm grande similaridade entre si, com maior proximidade observada entre as Classes 1 e 2 e entre as Classes 3 e 4.

Os vocábulos mais significantes em cada uma das classes referem-se àqueles com valores de p menor que 0,0001, o que sinaliza que suas posições têm um nível de certeza bastante elevado e forte associação das palavras nas respectivas classes. A observação de palavras mais frequentes (significativas) em cada classe (Figura 9) e a leitura do contexto de suas inserções nos segmentos de textos permitiram tanto a nomeação dessas classes a partir do estabelecimento de “núcleos de sentido” quanto, posteriormente, a realização de inferências sobre as compreensões dos participantes da pesquisa.

Figura 9 - Dendrograma na Classificação Hierárquica Descendente dos segmentos de textos relacionados a elementos históricos e estruturantes do movimento de mudanças nas escolas médicas



Fonte: Dendrograma gerado pelo IRaMuTeQ versão 0.7 Alpha 2.

A organização das classes após o processamento dos dados pelo *software*, da releitura do pesquisador e da observação do universo semântico de cada uma delas resultou na seguinte nomeação: Classe 1 – **Debate em torno da educação médica**; Classe 2 – **Conjuntura e Educação Médica**; Classe 3 – **Vínculos**; Classe 4 – **Saber e trabalho docente**; Classe 5 – **Prática médica: “cenário privilegiado” de aprendizagens** e Classe 6 – **Sujeitos e projetos**.

Classe 1: Debate em torno da formação médica

Observando as palavras referidas da Classe 1, identificou-se a articulação de sentidos em torno de uma discussão considerada central (debate), o papel a ser desempenhado pela universidade no contexto social brasileiro. Nesse sentido, foram valorizadas as lutas e defesas relacionadas à construção de um olhar mais comprometido da formação médica com o cuidado com as pessoas, o que incluiria um desafio ético diante das iniquidades em saúde e da compreensão do processo de determinação social do processo saúde-doença, com desdobramentos na revisão de concepções e práticas pedagógicas.

Embora avanços importantes tenham sido reconhecidos, identificou-se com frequência a preocupação em restringir as discussões em torno da educação médica ao conjunto de técnicas pedagógicas, sob o risco de reduzir assim o espaço de reflexões sobre o conjunto de questões políticas acerca do que aprender e do papel da universidade no enfrentamento das desigualdades sociais. Destacou-se a necessidade de o debate sobre a educação médica passar a ser um debate sobre a formação de profissionais de saúde de forma mais ampliada na agenda política, coerente com os pressupostos ético-políticos do SUS e articulado à complexidade dos problemas e a novos arranjos de organização do trabalho em saúde.

Classe 2: Conjuntura e Educação Médica

Ao analisar o conteúdo dos textos referente às palavras destacadas na segunda classe, observou-se a ênfase em questões relacionadas à influência do sistema público de saúde no Brasil como elemento central nas discussões sobre a formação

médica, seja por aspectos relacionados à influência e a referências às normas (Lei Orgânica da Saúde e Diretrizes Curriculares Nacionais), seja por questões relacionadas à reorganização das práticas nos serviços de saúde e sua utilização enquanto cenário de ensino e aprendizagem privilegiado.

Por outro lado, discutiu-se com frequência a perda do protagonismo das universidades federais e do setor público de uma forma geral frente à expressiva expansão do ensino privado. As disputas relacionadas ao perfil de egressos especialistas *versus* generalistas foram situadas no contexto da forte valorização da prática médica liberal e privada, com implicações diretas sobre as dinâmicas de remuneração, seleção, dedicação, compromisso e prática docente no âmbito universitário.

Classe 3: Vínculos

As falas relativas aos discursos dos/as entrevistados/as que compõem a Classe 3 se direcionaram a desafios e perspectivas de mudanças na educação médica, com forte predomínio dos aspectos relacionados à capacidade de realização de um cuidado efetivo e compatível com as crenças e práticas culturais de saúde dos usuários (pacientes), tendo ênfase no diálogo e na aproximação a respeito de suas necessidades como ponto de partida para a mudança das práticas. Ainda que tenham sido consideradas importantes as iniciativas em curso para o desenvolvimento de novas habilidades e atitudes, discutiu-se que as universidades/faculdades, de um modo geral, têm reforçado e reproduzido a cultura do machismo, do racismo e da LGBTfobia.

A maior integração entre os departamentos, a estruturação da área de Medicina de Família e Comunidade, as discussões sobre bioética provocadas pelo contexto atual, as práticas de extensão e o interesse sobre espiritualidade, ainda que sejam consideradas elementos potenciais, esbarrariam na baixa capacidade de diálogo e articulação entre os docentes, haja vista a baixa disponibilidade de tempo para atividades para além da sala de aula, como planejamento conjunto e capacitação docente.

Classe 4: Saber e trabalho docente

A observação da conformação da Classe 4 permitiu identificar reflexões acerca da prática docente no âmbito da educação médica ao longo dos anos, com sinalizações particulares relativas ao contexto atual. Destaca-se como justificativa ou tema central para o movimento de mudanças a perpetuação do modelo de ensino médico, caracterizado pela explicação unicausal das doenças, pelo biologicismo, pela fragmentação, pela ênfase na recuperação e reabilitação, no hospital, no tecnicismo e na especialização.

As palavras reportadas nos discursos dos entrevistados destacam o saber e a prática docente como elementos estruturantes do processo de formação de médicos ao articularem questões cognitivas, epistemológicas e sociais. O saber docente relacionou-se a elementos de história de vida e ao desenvolvimento de carreira profissional, com características e condicionantes específicos. Discutiram-se as inovações pedagógicas, metodologias de ensino e aprendizagem e novos arranjos curriculares enquanto oportunidades de maior articulação entre teoria e prática, haja vista a interdependência entre educação e sistemas de saúde para o desenvolvimento de novas competências. Aspectos relacionados às mudanças no processo de aprendizado das novas gerações, bem como sobre a posição social do saber docente em relação a outros conhecimentos sociais no contexto da pandemia, também foram abordados.

Classe 5: Prática médica: “cenário privilegiado” de aprendizagem

Analisando as palavras reportadas na Classe 5, foram observados elementos relacionados à prática médica e docente exercida nos cenários/campos de práticas e suas implicações no processo de ensino e aprendizagem. Se, por um lado, a inserção nos campos de práticas foi considerada um momento privilegiado da formação com potencial de ampliar a concepção sobre território, comunidade, trabalho em equipe e necessidades de saúde, por outro lado identificaram-se preocupações com a reprodução de práticas fragmentadas. O internato, por exemplo, seria organizado na maioria das vezes pela lógica de preceptores, que em geral são especialistas focais e

com incipiente formação pedagógica e/ou pouco contato com os objetivos educacionais previstos no projeto pedagógico dos cursos.

Foi destacada a potencial contribuição de lideranças docentes que tenham conhecimento sobre a realidade e a organização dos serviços de saúde locais para efetivação de mudanças estruturantes nos cursos. Identifica-se pelas falas que os cursos mais “antigos” estariam organizados sob forte influência de docentes/médicos especialistas, enquanto os cursos “novos” estariam mais propensos à incorporação das contribuições dos docentes/médicos de formação generalista. Foram apontadas possíveis diferenças de concepções sobre práticas e estágios em relação aos docentes dos cursos “novos” inseridos no processo de ampliação de vagas em universidades federais daqueles envolvidos na ampliação do ensino privado.

Classe 6: Sujeitos e projetos

O conteúdo dos textos relacionados às palavras da Classe 6 destaca os atores que ao longo dos anos teriam protagonizado as discussões e formulações da educação médica, com destaque para a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) e o Conselho Federal de Medicina (CFM).

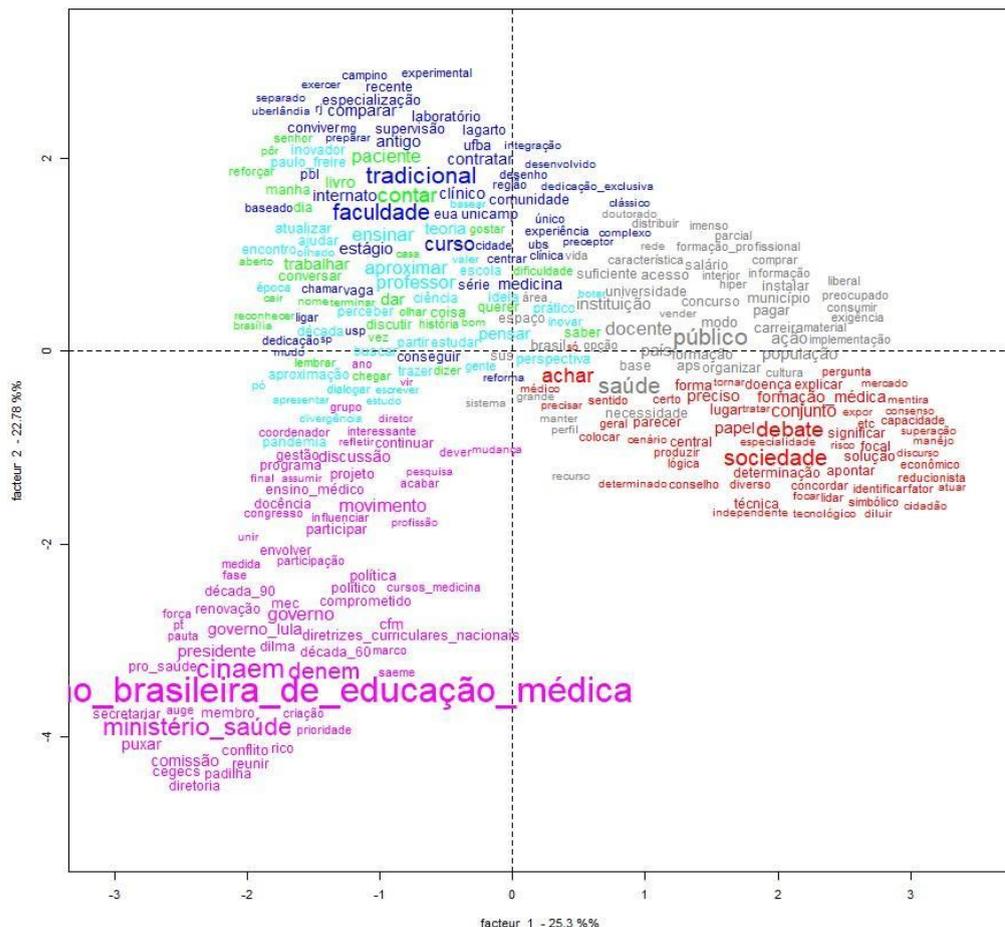
As proposições em torno da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), a partir do processo de avaliação de escolas médicas, foram consideradas um marco importante, configurando-se como elemento aglutinador no plano discursivo, ao recuperar propostas de reformas para o ensino médico colocadas anteriormente, e no plano político, ao estimular alterações nas estruturas de poder e eventual reposicionamento dos atores sociais no campo. As diversas iniciativas governamentais voltadas para a reorientação da educação médica por sua vez, embora limitadas, foram identificadas como importantes elementos de ação reformista em diferentes conjunturas, como o projeto UNI, o Programa de Educação pelo Trabalho (Pet Saúde), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS) e o Programa Mais Médicos mais recentemente.

5.1.2 Percepção das lideranças sobre a “política proposta”: afluentes

A ferramenta de apoio ao processamento de dados tornou possível revisitar o conjunto de textos organizados em diferentes estratégias de análise e contribuiu para a identificação de tendências e regularidades. A partir do mapa estratégico da presente investigação, tratou-se de dar sentido ao conglomerado de informações a partir das questões de estudo, vinculadas às suas categorias (analíticas e operacionais) e às evidências articuladas ao objetivo específico 1.

Nessa direção, a **Análise Fatorial por Correspondência (AFC)** contribuiu para a visualização do conteúdo específico de cada classe nos diferentes contextos lexicais ou semânticos, expressando no plano cartesiano o posicionamento das classes e seus respectivos vocábulos, tendo como referência a correlação (χ^2) e a frequência de cada palavra, conforme pode ser observado na Figura 10.

Figura 10 - Análise Fatorial por Correspondência (AFC) dos segmentos de textos relacionados a elementos históricos e estruturantes do movimento de mudanças nas escolas médicas



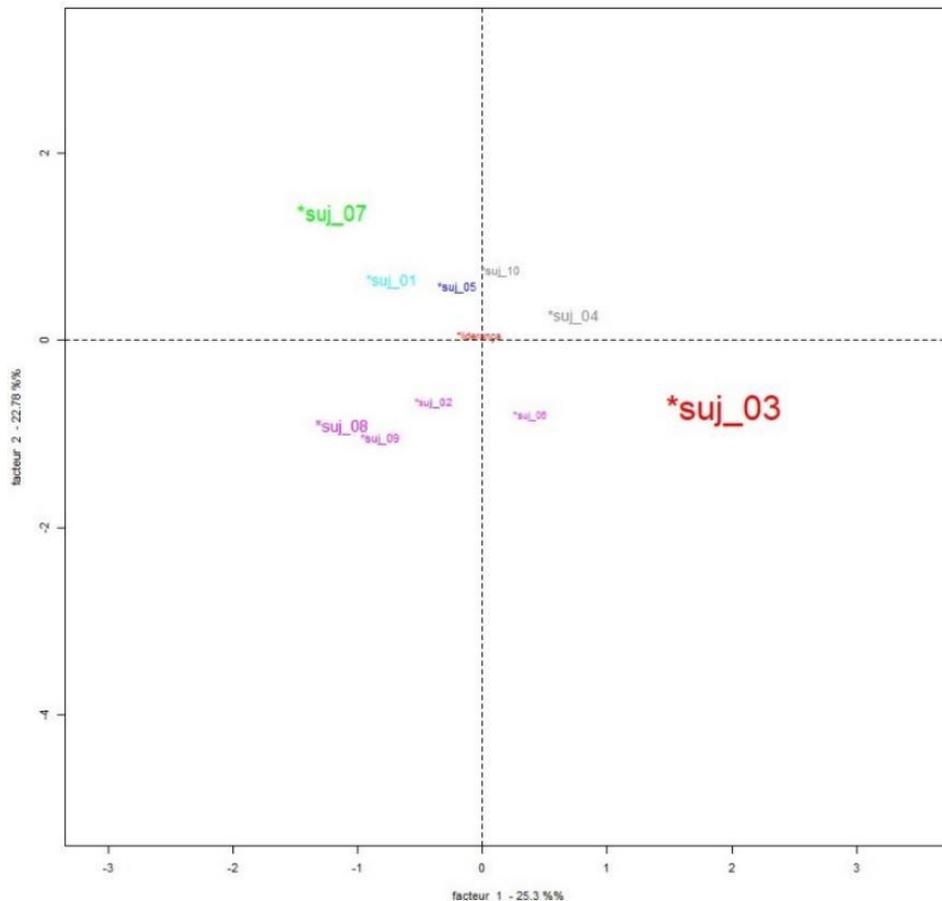
Fonte: AFC gerada pelo IRaMuTeQ versão 0.7 Alpha 2.

O posicionamento das classes e palavras com maior destaque no *corpus* textual indicou a formação de **três Clusters** na AFC, sendo possível identificar um primeiro cluster formado pelas Classes 3, 4 e 5, um segundo formado pelas Classes 1 e 2 e, por fim, percebe-se um cluster mais isolado (universo lexical muito particular), composto por discursos da Classe 6.

A representação da distribuição dos elementos textuais num espaço bidimensional a partir da AFC confirmou a associação das classes descrita anteriormente na CHD, o que contribuiu na interpretação dos achados de forma mais objetiva, a partir da recuperação dos segmentos de textos e de seus contextos de aparecimento.

A Análise Fatorial por Correspondência permitiu ampliar a compreensão do pesquisador sobre o tema, apoiando o aprimoramento de estratégias e técnicas empregadas na segunda etapa da pesquisa em relação à captura dos elementos vinculados à prática docente. A ênfase das contribuições dos discursos das lideranças, expressas na Figura 11, indicam ao mesmo tempo elementos de complementaridade e de forte convergência, o que comprovaria a efetividade das cadeias de referência, conformadas por uma rede de informantes com forte representatividade de vivências e inserções no âmbito da educação médica: docente, pesquisador/a, coordenador/a de curso, pró-reitor/a, presidente da ABRASCO, presidente da ABEM, Coordenador/a Geral da DENEM, Secretário/a da SGTES e Coordenador/a da Comissão de Recursos Humanos do CNS.

Figura 11 - Análise Fatorial por Correspondência (AFC) dos segmentos de textos relacionados a elementos históricos e estruturantes do movimento de mudanças nas escolas médicas



Fonte: AFC gerada pelo IRaMuTeQ versão 0.7 Alpha 2.

Nesse sentido, o **Cluster 1**, formado pelas Classes 1 e 2, apresentou informações mais diretamente relacionadas às categorias “contextos” e “normas”. Já o **Cluster 2**, composto pelas Classes 3, 4 e 5, permitiu identificar elementos mais diretamente relacionados às “disputas”, ao passo que o **Cluster 3** sinalizou uma ênfase na estruturação do discurso em torno da categoria “atores”.

Cluster 1 - Finalidades sociais da educação e saúde: o contexto da influência

As discussões sobre o papel a ser desempenhado pela universidade no contexto social brasileiro se articularam de forma sinérgica com as pretensões da estruturação de um sistema público de saúde, de caráter universal, equitativo e com vistas à integralidade em saúde, sendo base para os movimentos de mudanças na educação médica:

Acho que o papel da universidade na formação de médicos deveria ser muito maior do que só o papel na educação médica, e sim o papel na formação do cidadão, na formação de sujeitos críticos (Hipócrates).

O mote do debate sobre o que aprender, sobre o papel da universidade... se apropriar de um conjunto de conhecimentos ou de fato uma leitura de mundo, uma leitura do papel dos sujeitos no mundo? (Salerno).

O debate da universidade sobre o nosso papel, que é formar cidadãos críticos com capacidade reflexiva (Exu).

Apesar de a garantia constitucional da saúde como direito, a partir da estruturação do SUS, ser considerada marco importante dos discursos e articulada a uma concepção sobre universidade que extrapola contribuições a políticas e programas específicos da área da saúde, vale destacar que os movimentos de mudanças abrigavam pensamentos divergentes e, por vezes, antagônicos, como pode ser observado a seguir:

Tinha um negócio meio conservador, que era a ideia de se reduzir o conjunto de questões políticas e de determinação mais profundas de vinculação com a sociedade a um conjunto de técnicas pedagógicas (Omolu).

Então de certa forma tem uma tensão que existe entre apostas em mudanças societais mais profundas em relação ao papel do médico na sociedade e à formação do cidadão... formação para identificar e para atuar sobre determinação social (Iansã).

Observou-se, no discurso dos entrevistados, a construção do que seria um olhar mais comprometido da formação médica com as necessidades de saúde e com o cuidado com as pessoas como ideia-força principal das intencionalidades e justificativas de mudanças discutidas ao longo dos anos:

Aqui [década de 70] já se apontava essa história do que deve ser central para a formação... estar conectado às condições de saúde e às necessidades de saúde da população (Higeia).

Eu preciso ter profissionais muito comprometidos com o cuidado da saúde da população, eu preciso ter médicos que ele olhe para a pessoa e pense "eu preciso cuidar dessa pessoa"... Então, eu acho que esse é um pouco o caminho, que os alunos entendam que eles precisam cuidar das pessoas (Asclépio).

Não dá para entender que os problemas têm uma causa só, uma determinação só, uma explicação só e que se reduzem, portanto, a uma possibilidade de abordagem muito simples... A gente tem que complexificar explicações... complexificar a percepção (Panaceia).

Ainda que o tema da educação médica tenha sido reconhecido como objeto de preocupação internacional, o contexto sócio-histórico nacional apresentaria especificidades importantes que justificariam discursos e propostas de mudanças. Notadamente com a criação do SUS e o fortalecimento da proposta de reorganização dos serviços de saúde, um outro perfil profissional passou a ser exigido, o que em parte caracterizaria especificidades em relação ao contexto local:

Destacaria um protagonismo do setor saúde na formação... O protagonismo que está lá na Constituição, no artigo 200 da Constituição, que diz que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos... Um país que há 30 anos optou pelo sistema de saúde como o nosso, com as características do nosso SUS, que teoricamente assume que estaria conduzindo ou ordenando a formação profissional (Xangô).

Quanto à responsabilidade social da própria escola... a relação dela com o SUS, a responsabilidade com uma formação médica que atenda às necessidades de saúde da população... nosso contexto é muito dinâmico, faz com que qualquer escola médica esteja olhando e preocupada (Ossaim).

Nós temos um sistema de saúde, o SUS, que tem toda uma base conceitual, uma organização da sua rede, uma estrutura que fornece atenção e todas as ações não só de cuidados de saúde, mas de vigilância, de inteligência, de informação... um sistema de saúde de base pública é muito importante (Higeia).

Com o processo de estruturação do SUS, determinados conceitos adquirem legitimidade e sustentam um discurso de base para as propostas de mudanças, sendo que o discurso em formação por vezes recebe apoio e outras vezes é desafiado por argumentos mais amplos que estão exercendo influência nas arenas públicas de ação.

Nessa direção, a operacionalização de mudanças nas políticas e agendas educacionais diante das iniquidades em saúde e da determinação social do processo saúde-doença foi discutida como um desafio ético no presente cluster.

Se a gente tá falando de uma educação médica que a gente quer construir para a superação das desigualdades, a gente precisa ser capaz de discutir as opressões... os grupos que têm sido oprimidos e como é que a gente faz para pensar isso aqui dentro da graduação e na residência (Salerno).

Acho que a sociedade está apontando claramente nos últimos 30, 40 anos que a formação médica não é só uma formação de elite, formação de privilegiados... é formação de pessoas com um papel na sociedade... capaz de contribuir para a superação das desigualdades em saúde (Exu).

Nós estamos num momento histórico em que as pessoas já entenderam que, gostem ou não, a manutenção da iniquidade é uma desgraça para a sociedade, porque no mínimo vira violência (Xangô).

Levando-se em consideração a permanência de desigualdades em relação ao direito à saúde e o processo de construção de um sistema público de saúde com princípios e diretrizes abrangentes que deveria ser operacionalizado mediante políticas sociais e econômicas, destacou-se a rede de relações sociais, políticas e econômicas imbricadas em propostas de mudanças curriculares, processos de trabalho e prática médica:

[...] porque parece que talvez o desafio mais profundo do debate sobre educação médica seja ele deixar de ser o debate sobre educação médica... ele passar a ser um debate sobre a formação de profissionais de saúde (Omolu).

Talvez a medicina tenha aprovado já há muitos anos essa história milenar que pelas mais diversas ideologias ela tem um lugar diferenciado da sociedade, e obviamente que isso é desconfortável, mas é reafirmado o tempo todo (Asclépio).

Acho que enquanto o médico for um sujeito parte da sociedade, com um reconhecimento social, simbólico e político diferenciado, acho que ainda essa questão vai continuar (Panaceia).

A análise de diferentes formações históricas e suas estruturas políticas e econômicas como elementos intrínsecos à prática médica e, portanto, ao processo de produção de médicos reforça a necessidade de apreensão de elementos mais gerais e a compreensão de particularidades do contexto brasileiro:

Olha para Cuba... você tem em quase toda a família um, dois, três médicos da família... você ter um percentual dos profissionais médicos muito alto desloca absolutamente o que que significa ser médico para a sociedade... deixa de ser a exceção e passa a ser mais um médico... e qual que é o papel social desse médico? É preciso saber isso (Ossaim).

Então, de certa forma, e uma coisa que eu trouxe é uma tensão que existe entre apostas em mudanças sociais mais profundas em relação ao papel do médico na sociedade... formação do cidadão para identificar e para atuar sobre determinação social (Hipócrates).

Os interesses e ideologias que permeiam os discursos em torno das políticas educacionais constituem o contexto da influência em que os diferentes grupos disputam a definição das finalidades sociais da educação e, em consequência, do que significa ser educado. Nessa direção, a “arena” onde estaria situada a agenda de discussões sobre educação médica, os atores que influenciariam nas tomadas de decisão sobre ela e os limites de espaços de “controle social” no âmbito universitário foram problematizados pelos entrevistados:

Então os desafios hoje que nós temos da formação do bom profissional passam, na minha opinião, por mil, por mudanças da sociedade como um todo, mudanças nessa dinâmica de quem é que dá as regras hoje da boa formação (Iansã).

Antigamente, era bem o Ministério da Educação... quem hoje diz o que é boa formação, vamos dizer assim, é a imprensa, o lobby e o marketing... A gente não tem mais esse reconhecimento público (Omolu).

Um outro elemento é a verdadeira falta de participação por várias razões dos conselhos universitários... Pelo menos aqui tem uma cadeira, entre aspas, para a comunidade, só que é uma cadeira no meio das outras tantas cadeiras (Panaceia).

A CINAEM, ao dar visibilidade à pauta de revisão de concepções e práticas pedagógicas, esteve presente nos discursos como elemento de contexto histórico, considerado o mais relevante e estratégico, no sentido de explicitar os desafios de formar profissionais com competências relacionadas ao cuidado em saúde articulado com a linguagem do interesse mais geral, revelando elementos de disputas e competição para controlar as representações políticas:

Na década 60, havia alguns movimentos de olhar para poucas dezenas de escolas médicas que tinham no Brasil, passaram até a usar o termo renovar esse ensino, mas a CINAEM possibilitou um movimento de envergadura nacional (Higeia).

Naquela oportunidade [CINAEM], havia uma preocupação de se fazer uma avaliação de cada escola de Medicina do país e a partir dela discutir com os docentes e com os estudantes mudanças na prática profissional e na prática docente (Exu).

A proposta [da CINAEM] de organizar uma resposta da escola na abordagem das necessidades de saúde, da população... então toda a valorização da APS, a valorização das UBS como espaços de formação profissional estava muito presente (Salerno).

A partir das discussões e recomendações realizadas no âmbito da CINAEM, seria possível identificar desdobramentos políticos e potenciais avanços no contexto mais recente como resultado da busca por materializar ideias e conceitos presentes nas formulações da comissão:

Hoje temos um conjunto de profissionais formados com capacidades, competências necessárias para a atenção primária (Xangô).

Estamos formando mais profissionais para o SUS com mais equidade do perfil desses profissionais em relação às necessidades do país... Essas diretrizes da reorganização do trabalho clínico que são organizacionais, que

são do processo de trabalho, elas precisam ser adotadas como estratégias pedagógicas (Ossaim).

Além da contribuição da CINAEM, destacaram-se as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação em Medicina como expressão da responsabilização social por parte das universidades, já que o contexto de sua modulação teria se dado no bojo de interesses e orientações articulados à construção de um sistema público de saúde democrático e tendo como referência a busca pela universalidade e integralidade da atenção. Entretanto, ainda permanecem alguns distanciamentos na sua implantação, sinalizando, no âmbito da análise das políticas educacionais, que há discrepâncias entre a política proposta, a política de fato e a política em uso no âmbito da educação médica:

O nosso discurso da autonomia [universitária] absoluta bate de frente com esse conceito, que é uma certa prestação de contas para a sociedade dentro daquilo que a sociedade compreende (Asclépio).

Um outro problema é a compra e venda de currículos... Grande parte dessas instituições [privadas] compraram currículos de consultores, e, quando elas abriram, os consultores não estavam mais lá (Salerno).

As Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 dão a sensação de que, mesmo com esse movimento [de mudanças], as coisas parecem precisar avançar ainda de uma forma melhor... Na própria formação médica, por exemplo, o debate sobre multiprofissionalidade e interprofissionalidade e atuação em equipes é um debate bem periférico (Hipócrates).

Considerando que as políticas educacionais devem ser analisadas em termos do seu impacto e das interações com desigualdades existentes, faz-se necessária a identificação de um conjunto de atividades sociais e políticas que contribuem para que essas desigualdades sejam reproduzidas. Como marcador importante em relação ao contexto brasileiro, enfatizaram-se a expressiva expansão do ensino privado e a consequente perda progressiva de protagonismo das universidades públicas na agenda da formação como um elemento extremamente significativo:

Além do crescimento desordenado, foi tendo uma inversão de um processo de educação médica pública para um processo de educação médica, hoje inclusive com um predomínio quantitativo de escolas privadas (Salerno).

Você tem uma ênfase na formação que faz com que os egressos do curso de Medicina valorizem mais a prática liberal, a prática privada (Panaceia).

Essa contradição, ela é presente... Na universidade pública, nas universidades federais, você tem como modular um pouco esse efeito dessa

diferença [distanciamento do SUS], enquanto nas universidades privadas você tem isso muito exacerbado (Exu).

Uma vez que os movimentos de mudanças na formação médica no contexto particular do Brasil demandam sinergia entre o sistema educacional e o processo de fortalecimento da política pública de saúde, a mercantilização do ensino médico se configuraria, segundo os entrevistados, como pilar estruturante para a agudização das contradições e dos distanciamentos no âmbito da educação médica:

Elas [universidades públicas] têm essa característica sistêmica, elas têm essa noção vinculada, digamos, a projetos que se implantam simultaneamente em muitos lugares e que podem impactar de modo importante a vida nacional, então isso é uma característica muito distintiva (Omolu).

Quando você tem um predomínio muito grande das escolas privadas, elas são muito individualizadas, mesmo quando participam de uma universidade... As universidades privadas, elas têm uma coisa muito particular e, portanto, não tem sentido falar em sistema de saúde, porque elas assim não se veem (lansã).

Aspectos relacionados à preparação, ao provimento e à seleção docente também foram apresentados como distanciamentos importantes entre a intenção e a efetivação de mudanças que ajudariam na compreensão da influência das normas e instituições de trabalho na conformação das identidades profissionais e da prática docente:

A pós-graduação brasileira, ela é uma pós-graduação vitoriosa no sentido de formar pesquisadores e alavancar a produção científica, mas não é um projeto vitorioso de formação de professores... Quando o doutor se forma, ele é um pesquisador, ele não teve formação pedagógica... (Ossaim).

O recrutamento de professores médicos é feito como se a universidade não fosse pública; é muito parecido com o do mercado de especialistas conhecidos, com grande prática clínica e seus discípulos, seus grupos de recrutamento (Higeia).

Vivenciamos hoje um problema importante na docência médica no Brasil, que é a falta de professores... Estamos abrindo escolas no interior e não temos professor para dar conta de um curso médico (Asclépio).

A influência do sistema público de saúde no Brasil como elemento central nas discussões sobre a formação médica, com repercussões significativas do ponto de vista das normas (Lei Orgânica da Saúde e Diretrizes Curriculares Nacionais), e a permanência de certos distanciamentos quanto a essas assertivas sinalizaram para

atualizar a análise sobre a prática docente em suas dimensões técnicas e sociais no cenário atual:

O desafio na formação de médicos implica também em construir ações educativas que tenham coerência... entender que a gente está lidando de adulto com adulto (Omolu).

É preciso entender que a gente tem que ter uma relação entre professores e estudantes que não seja uma relação de poder opressiva, mas que seja uma relação no sentido de conduzir a ideia pedagógica (Xangô).

Facilitar a abertura de caminhos, mas não de oprimir... de ter liberdade, autonomia freiriana já como princípio... Preciso ter uma formação que promova a autonomia dos estudantes, que promova a capacidade dos médicos aprenderem sozinhos a resolver os novos problemas que hoje nem existem (Higeia).

Cluster 2 – Disputas na educação médica e suas implicações para o trabalho docente

O Cluster 2, composto pelas Classes 3, 4 e 5, permitiu identificar elementos relacionados às “disputas” no campo da educação médica, sendo caracterizado pela maior densidade de conteúdo dos discursos vinculados ao *corpus* textual das lideranças. Como elemento central do conteúdo deste Cluster destaca-se a perpetuação do modelo de ensino médico caracterizado pela explicação unicausal das doenças, pelo biologicismo, pela fragmentação, pela ênfase na recuperação e reabilitação, no hospital, no tecnicismo e na especialização como “contraponto” principal ao movimento de mudanças na educação médica. Elementos relacionados à prática médica e às concepções sobre saúde e cuidado, enraizados dentro e fora das universidades, forneceriam subsídios importantes para a perpetuação desse modelo de ensino:

Você chega lá, uma pessoa é do Candomblé... está te explicando uma situação que ela viveu, como ela acredita que ela adoeceu... o médico não está nem aí... não quer saber de nada, acha tudo aquilo uma baboseira... Eu sinto que ainda tem muito desrespeito, muita falta de compreender que ali é uma pessoa e que você tem que respeitar (Hipócrates).

Você tem um saber que é só do médico... só do fisioterapeuta... só do psicólogo... mas você tem um saber que ele tem que se misturar... Se a gente quer cuidar bem das pessoas, tem que dialogar... o diálogo, ele tem que acontecer, mas o médico não quer interagir (Panaceia).

Diante do impasse nas mudanças em relação à educação médica, algumas proposições foram formuladas pelas lideranças entrevistadas como forma de contribuir para alterar a lógica atual de organização das estruturas curriculares e dos modelos pedagógicos:

É preciso trabalhar muito mais com a competência de comunicação do que propriamente com a competência de saber exames dos mais sofisticados para resolver problemas (Ossaim).

Talvez a gente teria que começar o curso numa perspectiva mais ampliada de trazer alguns conteúdos que justamente fornecessem subsídios para o aluno entender que as coisas estão conectadas (Xangô).

Eu penso que a gente teria que ter um pouco mais do campo das humanidades... mas só no começo do curso eu acho que não dá conta (Iansã).

A disputa de compreensões e projetos que se materializam no cotidiano da formação expressaria de alguma forma uma complexa trama de relações com dimensões éticas, políticas e sociais:

Para além do que está escrito nos documentos... qual é de fato a relação que a gente estabelece com o conhecimento? (Asclépio).

[...] que os médicos sejam sujeitos sociais com capacidade crítica... com capacidade de procurar profundamente as questões de determinação do processo da doença e não só operadores técnicos da medicina... que sejam cidadãos (Higeia).

As diferentes abordagens de modelos de formação e seus consequentes impactos nos modos de cuidado em saúde se expressam no cotidiano das instituições, a partir da organização dos planos pedagógicos e dos itinerários formativos, sendo a parte mais perceptível dessas divergências os movimentos de disputas por maiores espaços na distribuição de carga horária:

Não adianta fazer reforma curricular para ficar brigando os departamentos da faculdade para quem vai dar mais aula... não é para isso que a gente quer reforma (Omolu).

Se eu souber na graduação fazer cateterismo, excelente... mas é mentira que vai sair sabendo fazer cateterismo... se sair sabendo fazer um cateterismo, é porque deixou de saber fazer um outro conjunto de coisas que ele tinha que necessariamente saber fazer (Exu).

A dimensão objetiva das disputas, expressa pela carga horária dos componentes curriculares, se articula ao processo de produção de subjetividades a partir das relações de poder como elemento decisivo para se pensar a produção do cuidado e a educação médica. A percepção do que deveria ter mais status ou deveria ser mais valorizado durante a graduação teria relação direta com os modelos hegemônicos do cuidado em saúde:

Vou ter que ter menos cirurgiões na escola médica... vou ter que ter menos otorrinos na escola médica, eu vou ter que ter menos neurologistas, cardiologistas, nefrologistas, endocrinologistas... sinto muito (Xangô).

Essa tensão parece que é uma tensão talvez fundamentalmente política... mas que ela não é só a leitura política no sentido eventual e partidário... é uma disputa de poder que nasce do lugar das especialidades gerais, como a medicina de família e comunidade, e as especialidades focais... Eu acho que é impossível de pensar desafios da formação médica sem pensar desafios da profissão médica (Ossaim).

A partir do discurso dos entrevistados, é possível identificar características do padrão tecnológico dominante das práticas de educação médica de base supostamente flexneriana, expressas nas estruturas curriculares, bem como nos modelos pedagógicos colocados em prática:

Muito pouco trabalhado essa perspectiva de que você tem que pensar uma educação que você faça a pessoa voar... que ela se incomode com o que você está falando no sentido de dizer: "Será que é isso? Será que não é isso?" (Hipócrates).

Então eu acho que essa dimensão de criar situações para o aluno poder ser crítico, ser criativo, ser reflexivo é fundamental (Salerno).

Esse modelo do professor ficar dando aula teórica sem se conectar com os estudantes como se você não tivesse um monte de menino que não entende nada não existe mais, eu penso (Higeia).

Se de fato o processo de construção da identidade profissional de docentes tem repercussões na formação técnico-ético-política dos futuros médicos, as relações predominantes entre os agentes do ensino médico podem indicar um cenário de manutenção da baixa qualidade do cuidado prestado no sistema público:

Muito sério é que a pedagogia médica tradicional, eu chamo pedagogia da perversidade, é centrada no autoritarismo, na humilhação do aprendiz, nas aulas expositivas e na supervisão... é aquele horror, todo mundo tenso na graduação (Panaceia).

O professor, ele tem que perceber isso... entender que ele também tem que mudar a forma com que ele se relaciona com esses estudantes, a forma com que ele vai abrir para aprendizagem (Hipócrates).

Nessa direção, as disciplinas e os componentes curriculares vinculados mais diretamente ao que se convencionou intitular como Saúde Coletiva no âmbito universitário poderiam, segundo os entrevistados, ocupar um papel estratégico na subversão do modelo vigente. Como principais potencialidades da área destacaram-se a capacidade de propor uma visão mais ampliada dos temas, disciplinas e componentes curriculares e a possibilidade de experimentar práticas de cuidado integradas e colaborativas com outras categorias profissionais:

O que mais eu penso é essa perspectiva da interdisciplinaridade, de uma disciplina dialogar muito com a outra, e da interprofissionalidade também (Salerno).

Algumas experiências, vamos chamar de vida, que o ajudem [discente] a passar por esse processo e sair profissional e fazer uma coisa mais geral (Exu).

Por outro lado, essa atuação estratégica exigiria revisão na própria forma de apresentação dos conteúdos e das metodologias do ensino da Saúde Coletiva, como a construção de conexões, interfaces e interações com outras áreas do conhecimento e especialidades dos cursos:

Além de mudar a Saúde Coletiva, a gente deveria ter algumas intervenções no curso médico e buscar alguns encontros com outras áreas... a Pediatria, por exemplo. Comecei a pensar como é que a gente podia integrar um pouco os campos da Saúde Coletiva, como é que a gente podia fazer algum encontro entre planejamento, epidemiologia e ciências sociais, mas isso demorou (Ossaim).

Se, por um lado, foi reconhecido o papel estratégico da Saúde Coletiva, contribuindo com novas práticas e novos objetivos educacionais, por outro lado advertiu-se que a ênfase dada pelo campo nos meios de evitar doenças e manter a saúde não deveria significar uma recusa da importância do diagnóstico e do tratamento de doenças:

Grande parte do nosso movimento da Saúde Coletiva tem uma influência grande ao pensar determinação social... tendeu a pensar a prática clínica como essencialmente iatrogênica, essencialmente produtora de danos (Xangô).

Nessa direção, vale destacar, nos cursos de Medicina, a crescente diversificação em relação ao perfil étnico-racial e a ocorrência de situações de vulnerabilidade socioeconômica de grupos sociais menos favorecidos. Além desses aspectos, as discussões relacionadas a sexualidade, gênero, identidade de gênero e diversidade sexual têm se tornado cada vez mais presentes no âmbito da sociedade, sobretudo nos grupos jovens. Esses elementos poderiam ser acionados, portanto, em torno de uma agenda que aglutinasse interesses de discentes e docentes com essas temáticas pelo seu potencial de produzir interfaces com outros determinantes que atravessam o cuidado em saúde do ser integral e do cotidiano de vida dos discentes.

A área de Saúde Coletiva poderia ainda ampliar sua articulação com temas e práticas contemporâneos mais abrangentes, explicitando elementos do próprio cotidiano dos discentes e docentes no ambiente universitário como subsídio para reflexão sobre os modos de cuidado em saúde:

Discutir que, na verdade, dentro da faculdade de Medicina a gente ainda tem estruturas que reforçam machismo, LGBTfobia, racismo... isso é uma discussão estratégica também (Iansã).

Os obstáculos materiais e institucionais (marcadores sociais de diferença, como cor/raça, geração, etnia, classe e renda) que determinados grupos sociais encontraram para acessar os cursos de Medicina poderiam ser utilizados para ilustrar as diferenciações e segregações que acontecem cotidianamente nos serviços de saúde, ampliando, portanto, a compreensão sobre as lógicas e os instrumentos das práticas de saúde e induzindo alterações na correlação de forças nas dinâmicas de disputas em torno de mudanças nas estruturas curriculares e nos modelos de ensino. O potencial instituinte desses elementos deveria ser estimulado considerando-se os divergentes projetos em disputa nas instituições concretas em conjunturas específicas, visando à reorganização das práticas.

Neste Cluster, a prática docente foi discutida como elemento importante do movimento de renovação da educação médica. Assumindo que as “identidades profissionais” são formas socialmente construídas pelos indivíduos de reconhecerem uns aos outros no campo do trabalho e do emprego, sendo estabelecidas no processo de socialização e busca pelo sentimento de pertencimento a um determinado grupo, fragmentos dos discursos das lideranças ajudam a compreender a complexidade das

identidades profissionais no âmbito da educação médica ao relacionarem “trajetórias subjetivas” com “mundos vividos”:

Você tem um monte de gente que é muito competente na sua área profissional e não tem preparação pedagógica e de gestão do ensino nenhuma... e você acaba ensinando como você aprendeu (Omolu).

Essa discussão da passagem do médico ao professor de Medicina é muito importante para a gente poder entender e avançar nesse processo de mudanças (Exu).

Mas, afinal, como se reconhecem os docentes dos cursos de Medicina? São docentes? São médicos? Como essa percepção contribuiria para a adoção de determinadas atitudes e valores que orientam suas condutas, uma vez que as identidades profissionais seriam conformadas pelo investimento na formação/preparação para a prática docente, por escolhas profissionais ao longo da vida e por aspectos subjetivos e objetivos de contextos específicos do mundo do trabalho?

Se, por um lado, as formulações mais recentes contribuem com um pensamento pedagógico de valorizar o trabalho dos professores na direção de uma escola mais comprometida com a mudança social, por outro lado as propostas pedagógicas inovadoras esbarrariam em dois problemas: a ausência de indivíduos que construíram uma trajetória de preparação para a docência e a falta de oportunidades formativas no mundo do trabalho que favoreçam o desenvolvimento de novas competências a partir de processos de socialização:

Tem currículo que no papel é inovador, com métodos ativos de ensino e aprendizagem, sistema de avaliação centrada no estudante, integração com a comunidade, e você contrata professores que não têm a menor noção de como implantar aquele currículo (Asclépio).

Você não tem como ter esses professores se você não tiver dentro da universidade esses espaços [de formação docente]... tem toda uma teoria que ele precisa para formar um indivíduo crítico (Panaceia).

Às vezes você faz um curso curto e você já vai ser tutor de PBL, você se adéqua sem ter uma formação... Eu acho que esse é o principal desafio... Eu brinco que você vai dormir médico e acorda professor (Xangô).

A identidade profissional docente nos cursos de Medicina exigiria um conjunto de conhecimentos articulados a elementos de percepção, entendimento,

concordância, crítica e ética na organização e utilização de informações em sentido contrário à “pedagogia do terror” citada anteriormente:

Docência não se faz sem a amorosidade, afetividade, não se faz sem compromisso, não se faz sem diálogo... uma boa docência, ela incorpora a perspectiva dialógica do ensinar e do aprender (Exu).

O modelo de formação, estruturado na doença, nas especialidades e para dar conta basicamente da clientela hospitalar, cujo objeto de intervenção seria o corpo anatômico, disputaria os cenários de formação com outros espaços (o ambulatório, a família, o trabalho, a escola, o território), que considerariam o social como elemento estruturante da educação médica:

A gente subestimou a reformulação dos campos de estágio no sentido das diretrizes do SUS, da interprofissionalidade, do trabalho em equipe, da longitudinalidade... O estágio é uma medicina tradicional... tudo que se ensinou é deformado (Iansã).

Demorou muito para esses hospitais-escola serem inseridos no SUS, então os hospitais-escolas eram feudos onde cada enfermaria o professor mandava, internava quem ele queria, do jeito que ele queria... se ele achasse que a pessoa tinha que ficar um mês lá, ficava um mês (Omolu).

A gente priorizou a pedagogia e os processos ativos, mas não conseguiu formar os professores; à medida que os alunos iam passando para o internato, voltava tudo... Os estágios eram tradicionais (Higeia).

As iniciativas de mudanças ao longo dos anos de alguma forma expressariam a busca de articulação da formação com as necessidades de saúde e apontariam a importância de construção de estratégias em várias direções para efetivar mudanças:

O [projeto] FAIMER, ele foi um programa que deu às pessoas primeiro a clareza da sua identidade profissional não só como professor, mas principalmente como educadores, entendendo formação de pessoas e entendendo a gestão da formação (Ossaim).

Uma educação médica que pensa em todos os pontos das redes, que ofereça aos alunos essas oportunidades, eu acho que começa com aquele PROMED, que era ainda do governo Fernando Henrique Cardoso, e acho que o coordenador naquela época era o professor Francisco Campos, que era uma pessoa da Saúde Coletiva (Xangô).

A gente só conseguiu avançar numa reforma curricular da década 90 porque a nossa escola foi uma escola selecionada num projeto que chamava projeto UNI... e aí a gente pôde avançar numa reforma que a gente realmente mudou o ensino no departamento e passou a trabalhar com módulos num desenho modular e sem disciplina (Hipócrates).

O envolvimento na construção de projetos de caráter coletivo dentro dos cursos/instituições formadoras implicaria a constante leitura de cenários, inclusive das políticas governamentais, e a constituição de “sujeitos dinamizadores” capazes de produzir acumulações ao longo do tempo:

Criamos um programa massivo de formação de preceptores... para que, além de formar os preceptores da residência, os residentes tenham um curso de preceptoria justamente para que eles também pudessem receber os estudantes de graduação (Salerno).

Eu, no início, eu me incomodava muito com isso... “Poxa, os colegas não entendem”... Depois eu comecei a me dar conta que alguns vão entender e vão aderir, vão se aproximar, e a gente tem que trabalhar com esses (Higeia).

Às vezes tu não estás maduro o suficiente para entender aquilo... tu estás com a cabeça na profissão... quem sabe num segundo momento... a gente não pode desistir das pessoas (Omolu).

No contexto das propostas de reformas do ensino médico frente aos desafios de currículos fragmentados, desatualizados e estáticos, uma série de inovações pedagógicas foi sendo experimentada no Brasil ao longo dos anos, com destaque, no discurso das lideranças, para as contribuições do uso de metodologias ativas de ensino e aprendizagem e da pedagogia baseada em problemas:

A aprendizagem baseada em problemas permite que você trabalhe menos fragmentado o curso... as áreas têm que discutir para fazer os casos, você tem que começar um movimento de formar professores para eles estarem um pouco mais atualizados sobre como ensinar... como pensar esse ensino menos fragmentado (Iansã).

Essa perspectiva de trabalhar com aprendizagem baseada em problemas... se você me perguntar se eu acho que isso é um avanço, eu vou te dizer que sim (Omolu).

A gente pensou muito nessa coisa da metodologia e na reforma curricular... essa coisa de antecipar a prática, de apostar em metodologias ativas e em aproximar o campo de estágios de práticas do SUS (Exu).

Embora as metodologias ativas de ensino e aprendizagem se configurem como dispositivos ou estratégias potenciais para alcançar efeitos significativos, na visão das lideranças, um dos limites da sua incorporação estaria na compreensão delas (as metodologias) enquanto uma mera inovação metodológica dissociada da sua finalidade pedagógica e, portanto, de sua perspectiva contra-hegemônica:

A aprendizagem baseada em problemas, eu também acho que ela não avançou muito nesse sentido de trazer a determinação social do processo de saúde e doença (Ossaim).

Não é só uma questão de a escola passar a ser uma escola que trabalhasse com o ensino baseado em problemas, mas você tinha que ter realmente uma questão mais de politização, de trabalhar com a humanização do cuidado, saindo um pouco do hospital (Xangô).

As palavras reportadas nos discursos dos entrevistados destacaram o saber e a prática docentes como elementos estruturantes do processo de formação de médicos, de maneira a relacioná-los a elementos de história de vida e do desenvolvimento de carreira profissional, que, por sua vez, apresentam características e condicionantes específicos. Ainda neste cluster, a pandemia de Covid-19 se configurou, segundo os entrevistados, como uma oportunidade de ampliar a agenda de reflexões sobre a produção de conhecimentos de forma articulada às demandas sociais:

Você faz esse diálogo entre a experiência e os desafios contemporâneos e busca uma atualização em relação a isso... em termos de potencialidades, a questão da pandemia foi muito emblemática (Exu).

A educação médica tem por trás uma ciência que tenta buscar as evidências... aliás, a pandemia colocou muito em xeque a cientificidade e a forma como nós estamos trabalhando ela na formação do médico (Iansã).

Então a importância de estudar e avaliar o que aconteceu [contribuições da pandemia para o ensino] se mostra muito importante (Asclépio).

Cluster 3 - Movimentos, instituições e sujeitos

A análise dos segmentos de textos presentes nos discursos das lideranças envolvidas nos movimentos de mudanças na educação médica situados na Classe 6 permitiu capturar informações relevantes acerca do tema da pesquisa no que diz respeito à participação de atores na formulação de propostas de mudanças no contexto brasileiro, bem como as implicações desse conjunto de atividades sociais e políticas para a prática docente no ambiente universitário. Esses elementos foram sistematizados no Cluster 3.

A agenda em torno da Educação Médica mostrou-se ao longo dos anos permeada por diferentes atores (indivíduos ou instituições) que exerceriam alguma

influência nos processos de formulação e implementação de políticas públicas governamentais e não governamentais na área.

No espaço mais amplo de discussões, os entrevistados destacaram atores que teriam participado de forma mais ativa e progressista das discussões e formulações em torno da agenda da educação médica:

Eu acho a DENEM, executiva dos estudantes, o agrupamento mais mobilizado na [agenda] educação médica... são atores fundamentais porque eles sempre vêm puxando: “Para que mesmo a gente quer a educação médica?” Ela sempre esteve comprometida com o SUS e com uma educação transformadora (Ossaim).

Acho que o papel da Associação Brasileira de Educação Médica ficou muito, muito marcado... tinha um potencial inclusive de intervenção mais imediato, porque ali reunia os coordenadores de cursos e membros de NDE (Xangô).

Destacaria também a participação de lideranças marcantes do SUS vinculados à Reforma Sanitária... os departamentos de medicina preventiva, os gestores públicos da saúde e da educação que tinham interesse na formação de recursos humanos para a área da saúde tensionavam e colocavam questões também (Panacea).

Identificou-se também que algumas entidades participariam desse debate numa posição mais “conservadora”, sem um maior alinhamento com as propostas mais substanciais de reformulação do ensino médico, com foco na defesa do exame de ordem e na restrição da ampliação de vagas e cursos:

Dá para falar também das entidades médicas que estão em um outro lado mesmo... o CFM, a AMB, que de uma maneira geral defendem aí o *status quo* da categoria médica, inclusive nas pautas da educação médica (Asclépio).

A ideia do CFM era, através dessa comissão interinstitucional, criar um mecanismo de avaliação das escolas para criar instrumentos para barrar a proliferação de novos cursos (Iansã).

Vale destacar que a participação e a posição dos atores não devem ser analisadas de maneira linear ou estanque, variando em função de composições internas, aproximações de suas lideranças com partidos e agrupamentos político-partidários e elementos de cada conjuntura política e governamental que de alguma forma podem alterar a correlação de forças e colocar em movimento esses atores, demandando novos posicionamentos frente a pautas ou acirramentos de projetos divergentes.

Como ilustração dessa situação, observaram-se mudanças e involuções por exemplo na ABEM e no segmento estudantil:

A Associação Brasileira de Educação Médica, ela é uma associação que tem altos e baixos... ela tem momentos em que ela tem uma direção mais conservadora e outros que ela avança mais (Omolu).

Nesse período mais recente, a gente também teve entidades mais conservadoras de estudantes de Medicina se formando... disputando a associação nacional de médicos residentes financiado e orquestrado com a vênua do CFM e da AMB (Exu).

A participação desses atores na agenda da educação médica precisaria ser analisada no contexto de debates mais amplos do cenário político nacional e da disputa de projetos e tensões envolvendo propostas governamentais de reorientação e expansão do sistema público de atenção à saúde, de regulação do trabalho médico e da autonomia da profissão:

Em especial CFM e AMB em determinados momentos se organizaram para juntar várias entidades em uma ordem de médicos do Brasil, tentando ganhar protagonismo (Salerno).

O CFM especificamente teve um alinhamento com o governo Bolsonaro... não partiu para a cobrança ética do que deveria ser a postura frente ao combate à pandemia (Higeia)

Os Conselhos de Medicina sempre trouxeram para si o lugar de guardiões da ordem, da boa prática, e obviamente que isso tem muita proximidade com debates sobre formação (Hipócrates).

A construção desse cenário geral nos discursos das lideranças permite analisar a dimensão política da criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) e de seu trabalho, que, ao refletir sobre o “ato de avaliar”, pautou a ampliação da participação ativa de docentes e alunos no processo, configurando-se como movimento de resistência de entidades sindicais, científicas e estudantis da área médica à política neoliberal de “ranqueamento” dos cursos.

As proposições da CINAEM a partir do processo de avaliação de escolas médicas foram consideradas, portanto, como marco importante, configurando-se como elemento aglutinador no plano discursivo, ao recuperar propostas de reformas para o ensino médico colocadas anteriormente, e no plano político, ao estimular alterações nas estruturas de poder e eventual reposicionamento dos atores sociais no campo.

Ao propor a identificação de fatores impeditivos para a construção de um novo modelo de formação médica e formular estratégias capazes de reforçar os fatores facilitadores, a CINAEM teve efeito de aglutinação de professores e estudantes:

Junto com esse movimento da própria CINAEM, a gente vai ter professores que vão buscar uma maior aproximação do SUS e uma inserção dos estudantes basicamente na APS com essa perspectiva de você formar pessoas mais comprometidas para o sistema que entendam mais essa questão da determinação social (Salerno).

Os próprios cadernos do ECEM e do COBEM a partir da CINAEM incorporam mais formulações sobre desenvolvimento docente e sobre as necessidades de capacitação sobre os modelos de avaliação (Omolu).

E aí eu acho que a DENEM consegue ter uma grande atuação dentro da Associação Brasileira de Educação Médica, e isso também mobiliza os docentes (Asclépio).

Na sequência, o processo de debates sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 também foi apontado como importante momento de apresentação de propostas e de assegurar como política a necessidade de produzir mudanças no processo de formação médica. Uma vez que se indicavam caminhos, flexibilizavam regras para a organização de cursos para além do currículo mínimo. Assim, as políticas e estratégias técnico-pedagógicas ganharam maior proeminência no sentido de ordenar a constituição de perfis adequados às perspectivas e necessidades de mudanças nas estruturas e nas práticas de saúde.

Apesar da significativa contribuição, as Diretrizes Curriculares para os cursos de Medicina foram objeto de análise crítica por parte dos entrevistados, o que ajuda a compreender as disputas envolvidas na formulação e implantação das políticas educacionais e as diferentes concepções e os interesses dos diferentes atores:

As Diretrizes de 2001 é muito mais consensual, mas é muito menos diretiva... é um negócio lindo, mas não diz como faz... e as grandes questões não aparecem ali (Xangô).

A minuta da Diretriz não falava da determinação social... falava dos determinantes de saúde... esse conceito da medicina social latino-americana era para falar justamente de um conceito marxista para pensar a organização da saúde (Ossaim).

Parece que havia uma tensão no campo da determinação... se era de natureza sociológica, política e estrutural da sociedade ou se era uma determinação da pedagogia e de aspectos da psicologia, de como que se dá o conhecimento, de como se dá a produção de saber (Panaceia).

A síntese provisória em torno do movimento de mudanças expressas nas Diretrizes Curriculares Nacionais orientou diferentes políticas e estratégias de reorientação da formação médica que buscavam materializar suas ideias e seus valores. Em linhas gerais, as diferentes iniciativas do Ministério da Saúde de incentivo a reformas curriculares, a produção de conhecimentos e a educação permanente em saúde foram consideradas importantes elementos de fortalecimento e sustentabilidade do SUS, com ênfase na Atenção Primária à Saúde:

Os movimentos que apontam nesse sentido são movimentos que são bons... me parece são movimentos que são virtuosos... uma utopia naquela lógica de mover a gente (lansã).

São movimentos que constroem uma maior sintonia da medicina com a sociedade genericamente... são movimentos que estimulam debates sobre qual o papel do médico na sociedade e, portanto, que a formação médica tem que se aproximar (Omolu).

Além de ajudarem a compreender o contexto da produção do texto das Diretrizes Curriculares e sua articulação com a linguagem do interesse mais geral, os discursos das lideranças chamam atenção para o ambiente em que as políticas são implementadas ou “encenadas”, ou seja, para o cenário de efetivação da política na prática e através da prática. A escola médica, como espaço social diferenciado, modularia as pressões e exigências externas, determinando com certo grau de autonomia a organização de suas atividades e a reinterpretação das necessidades sociais. A resultante do trabalho dos docentes, com seus diferentes conceitos, métodos, modos e intenções, é determinada e determinante da política que situa os discursos e textos oficiais.

Foi observado que, apesar do potencial propositivo que habitou os discursos de mudanças na formação e de formulação de estratégias no sentido de contribuir para a efetivação do que foi inserido nos textos legais, ainda persistem desafios concretos para a materialização desses princípios, o que caracterizaria um cenário de implantação incipiente, parcial ou periférica de mudanças:

Então para nós a extensão no currículo vai ser talvez a maneira de transversalizar aquilo lá que a gente pensava no início... sem mudar o currículo, a gente vai trabalhar dentro das quatro linhas, como diz o nosso presidente (Exu).

Eu fiquei muito chateado com as resistências a mudanças... eu disse: “Olha, sabe uma coisa... currículo não se trabalha só por fora, a gente trabalha por

dentro também... eu tenho disciplinas e vou tentar mexer com as minhas disciplinas de dentro para fora” (Salerno).

Também foi possível identificar iniciativas e contribuições que podem ajudar a produzir fatos, acumular poder e promover mudanças nas instituições, possibilitando novas acumulações sociais (Matus, 1987), o que reforça a importância dos sujeitos da prática (Testa, 1995; Paim, 2017):

Estamos fazendo formação de metodologias ativas buscando a ampliação da prática em vários campos... invadindo o primeiro, segundo ano, terceiro ano de formação (Higeia).

No nosso Departamento de Medicina Social, temos cursos de educação a distância há muitos anos... desde 2010 temos mais de uma década de experiência nessa área formando especialistas (Hipócrates).

Durante a pandemia tivemos muitas atividades interessantes com as Tecnologias de Informação E Comunicação... nosso próprio departamento usufruiu disso nas atividades na Residência de Medicina de Família e Comunidade, de Saúde da Família, nos estágios dos alunos das UBSs (Ossaim).

Dar visibilidade aos sujeitos e aos processos de mudanças estimularia que fossem criados e fortalecidos nós estratégicos que, uma vez articulados e entrelaçados a outras redes, poderiam desencadear processos de desenvolvimento curricular, de investigação e produção do conhecimento, de cooperação técnica e de articulação política:

Opiniões vão ser divergentes mesmo... isso não é um problema... vamos ter momentos em que a gente vai precisar de fato estar junto para conseguir construir isso aí que a gente defende (Xangô).

5.1.3 Discussão: sopram ventos fortes

A sistematização e a apresentação dos resultados da pesquisa relacionados ao *corpus* textual formado pela contribuição das 10 lideranças permitem a análise de elementos históricos e estruturantes relacionados ao movimento de renovação da educação médica no Brasil e o estabelecimento de uma aproximação inicial com a questão central do presente estudo acerca da conformação de identidades profissionais de docentes e suas repercussões no desenvolvimento de competências voltadas para a superação de desigualdades em relação ao direito à saúde num

cenário de avanço significativo das iniquidades sociais, mesmo diante de um conjunto de avanços tecnológicos na perspectiva diagnóstica e terapêutica em saúde experimentados no contexto contemporâneo.

Os elementos históricos e estruturantes relacionados às mudanças na Educação Médica inseriram os processos identitários numa abordagem que explicita as relações de poder envolvidas. As “formas identitárias” dos docentes (objeto do bloco 2 dos resultados e discussões) como um fenômeno social dinâmico e em processo, implicado fundamentalmente em relações de poder, se articulam aos atores (de algum modo articulados a grupos), às disputas (e seus motivos), aos elementos morais e normativos que regulam a interação entre os sujeitos e os contextos históricos e sociais constituintes desse fenômeno social.

A “política proposta”, presente nos diferentes discursos em torno da educação médica, revelou intencionalidades e a existência de grupos de interesse que disputaram/disputam influência na definição das finalidades sociais da educação e do que significa ser educado. O contexto de afirmação de um sistema público de saúde influenciou diretamente a “política de fato”, aquela que se refere aos textos legais e documentos oficiais, cuja função, por sua vez, é orientar a organização dos projetos políticos pedagógicos. Nessa direção, pode-se dizer que as DCNs assinalaram como política a necessidade de produzir mudanças no processo de formação, flexibilizando as regras para a organização dos cursos e favorecendo a construção de maiores compromissos dos cursos de Medicina com o SUS.

Entretanto, apesar dos esforços e avanços, observa-se a permanência de uma “defasagem”, não involuntária, entre os textos oficiais e as práticas concretas no enfrentamento das desigualdades sociais em saúde no âmbito da educação médica, o que exigiria uma formulação crítica sobre como ela se articula com o próprio sistema social de um modo geral e, em particular, com instituições, serviços e práticas médicas, considerando que a Epistemologia Profunda, anunciada no quadro teórico da investigação, situou a Educação Médica como expressão de uma política educacional e, portanto, como um processo social, relacional, temporal, discursivo, revestido de relações de poder, sendo base para um processo de política da interpretação (Ball, 1994, 2001, 2002, 2006).

CONTRADIÇÕES E DISTANCIAMENTOS ENTRE ATOS E PROJETOS

Os elementos históricos e estruturantes relacionados ao movimento de renovação da educação médica destacados pelas lideranças ajudam na elaboração de possíveis explicações para a baixa contribuição das escolas médicas no desenvolvimento do que Almeida-Filho (2018) intitula de competência articulada à formação de perfis profissionais capacitados a operar o sistema de saúde num padrão competente de superação de desigualdades em relação ao direito à saúde – Competência Tecnológica Crítica (CTC).

O avanço significativo das iniquidades sociais, mesmo diante de um conjunto de avanços tecnológicos na perspectiva diagnóstica e terapêutica em saúde experimentados no contexto contemporâneo, é o “cenário de fundo”, base para o processo de “política da interpretação” (Ball, 1994, 2001, 2002, 2006), aquela que se efetiva na realidade das práticas universitárias nas escolas médicas, resultante dos trabalhos de docentes e seus diferentes conceitos, métodos, intenções e projetos. Recuperar a subjetividade e o sentido da ação dos atores sociais no conjunto das relações políticas e institucionais nos sistemas de educação e políticas de saúde, considerando que os contextos sociais influenciam tanto os comportamentos individuais quanto a própria construção das realidades sociais, exige, por sua vez, explicitar os mecanismos de reprodução e de transformação da realidade como elemento central e não secundário aos aspectos da transmissão de conhecimentos e técnicas pedagógicas.

A educação médica enquanto expressão de contradições sociais auxilia compreender a realidade social a partir dos substratos econômico, político e cultural no qual vivemos e sua relação com a manutenção de um modelo de formação incapaz de atender à ampliação das necessidades sociais por saúde e seus determinantes, apesar dos esforços de formar profissionais qualificados para a transformação das práticas e mobilizados politicamente para a mudança de modelos de atenção à saúde.

Ao lançar luz sobre a historicidade dos objetivos e finalidades das práticas de saúde e da educação, fica cada vez mais clara a interpretação dos dados da pesquisa sobre os distanciamentos e contradições no âmbito da educação médica no conjunto de relações que determina e caracteriza a prática médica na estrutura social. Dowbor e Blandy (2023), ao analisarem a cadeia que relaciona aspectos e processos dos movimentos de financeirização da educação brasileira, apontam fortes impactos, em

curto tempo, das mudanças endereçadas às organizações escolares, suas finalidades e seus objetivos educacionais, que, por sua vez, impactam professores, alunos, suas coletividades, o tecido social e cenários futuros.

A tendência de concentração da oferta em instituições de Ensino Superior privadas, identificada desde os anos 2000, se aprofundou, sendo o setor privado responsável atualmente pela oferta de 60% dos cursos e de 69% das vagas de Medicina (Brasil, 2024). Nessa direção, Poz, Maia e Costa-Couto (2022), ao analisarem a tendência global de aumento da participação do setor privado na formação de médicos, observaram no Brasil movimentos de reconfiguração empresarial do setor com tendências de oligopolização e financeirização; inclusive, a contraditória participação de iniciativas governamentais, como o Programa Mais Médicos, teria contribuído para a expansão e a tendência de concentração do setor educacional privado. No período do estudo, cerca de 31% das vagas do ensino privado eram ofertadas por dez grupos educacionais que apresentaram similaridade nas estratégias de gestão, ampliação da participação no mercado, diversificação dos negócios e captação de investidores e capital financeiro.

Fica evidente, assim, que a expansão dos cursos privados de Medicina e a reconfiguração empresarial do setor apresentam correlação com as disputas relacionadas a necessidades de atenção à saúde das populações e a empregabilidade dos profissionais médicos, o que reafirma a adoção de um enfoque dialético que permita conhecer as limitações e as possibilidades de elaborar estratégias e táticas para as lutas ideológicas no campo da educação e saúde, incluindo aí elementos de saberes e práticas docentes.

Apesar dos grandes avanços a partir da organização do SUS, com o aumento de cobertura e a conseqüente redução global das desigualdades em alguns indicadores de saúde, a população brasileira ainda sofre sérios problemas: alta mortalidade por causas externas, principalmente violência, aumento da incidência de doenças não transmissíveis associadas ao envelhecimento da população, persistência de algumas enfermidades transmissíveis e emergência de novas patologias (Paim et al., 2011). O setor saúde, enquanto espaço de inovação e desenvolvimento econômico e social, carece de maiores investimentos públicos para políticas orientadas por conhecimento científico, fortalecimento de sistemas de diagnóstico estruturados e remotos, vinculados às tecnologias digitais e às tecnologias clínicas (assistenciais, preventivas e reabilitativas) na forma de protocolos, consensos

e diretrizes terapêuticas como estratégias de compensar os vetores de assimetrias e desigualdades.

As contradições e os distanciamentos entre atos e projetos no âmbito da educação médica são explicados em parte pela existência de um mercado de trabalho que continua valorizando e absorvendo especialistas para além dos discursos e estratégias de formar médicos generalistas, tal como bem advertiu Feuerwerker (2002) na análise crítica “para além do discurso da mudança na educação médica”.

Ademais, as estratégias de estruturação da Atenção Primária em Saúde como ordenadora do cuidado e porta de entrada preferencial do sistema de saúde esbarra ainda em desafios objetivos de subfinanciamento das políticas da área e de maior investimento no componente hospitalar, o que demonstraria os limites de boas iniciativas na mudança concreta do modelo assistencial brasileiro.

INSTITUIÇÕES, SERVIÇOS E PRÁTICAS MÉDICAS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM DISPUTA

Ao considerar questões de igualdade e justiça social presentes nos discursos de mudança, a educação médica passa a ser analisada em termos do seu impacto e das suas interações com desigualdades existentes numa sociedade capitalista onde as relações sociais se fazem a partir da diferenciação de classes e da desigualdade na produção e no acesso às riquezas. As disputas em torno do que e como ensinar, inserida no contexto da estratégia política de Ball, dizem respeito à identificação de um conjunto de atividades sociais e políticas que seriam necessárias para lidar com as desigualdades criadas ou reproduzidas pela política investigada (educação médica) nesta sociedade em particular.

As contradições marcariam as representações da classe dominante, que informam as concepções mais abrangentes da sociedade como um todo e são veiculadas de forma especializada através da corporação médica, por meio de relações e de instituições legitimadoras de seus atos e discursos, sendo que, dentro de um esquema corporativo, o profissional médico reproduz de maneira contraditória as concepções sobre o corpo, sobre a saúde/doença, sobre a vida e sobre a morte. Mauss (1979) alerta que as representações sociais, tal como a de saúde/doença, caracteriza de forma específica as concepções de uma dada sociedade de modo articulado à coerência ou às contradições de sua visão de mundo e de sua

organização social. Tal perspectiva estimula a compreensão das relações entre indivíduos e sociedade e vice-versa, das instituições e de seus mecanismos de direção e controle.

Segundo Duarte (2013), o campo médico apresenta autonomia relativa de outras instâncias que integram o todo social, constituindo-se de três processos articulados: a produção de conhecimentos científicos, a formação de pessoal e a produção de serviços de saúde. A forma que a preparação de pessoal assume reflete a estrutura da própria prática médica, inclusive reproduz elementos de hierarquia observados na organização do conteúdo, nas divisões entre teórico e prático e na própria seleção dos discentes. O modo dominante de produção de serviços em uma economia de mercado requer médicos especializados, e, não por acaso, a maioria dos docentes são especialistas que, por sua vez, incentivam os discentes a prematuramente optarem por uma especialidade.

As variadas formas de pagamento do trabalho médico, que priorizam a quantidade e os procedimentos em detrimento de um cuidado efetivo, acabam reforçando a tendência especializante dos cursos de graduação em Medicina, compostos em grande parte por docentes acostumados ao manejo de tecnologias de alta densidade. Phillips et al. (2017) acrescentam que a principal tendência contemporânea no campo da saúde é o aumento acelerado da complexidade do cuidado em saúde, com crescente incorporação de inovações em técnicas, medicamentos, equipamentos e instrumentos. Nessa direção, a escola assume, portanto, um papel importante de legitimação de inovações surgidas na prática médica, funcionando como uma espécie de árbitro. A atenção e os cuidados médicos, enquanto conjunto de etapas sucessivas para promover saúde, prevenir doenças e reabilitar a saúde dos indivíduos, demandariam uma atividade humana específica e de certos meios materiais.

Apesar das potencialidades apresentadas no campo da inovação, Piketty (2014) adverte que estamos experimentando uma transição de paradigma tecnocientífico que se desenvolve com grande velocidade, intensidade e alcance, o que trouxe um componente social inesperado: a desigualdade de acesso dos sujeitos aos usos e benefícios de produtos dessa transição. Ademais, o fenômeno das redes sociais, mundos virtuais, avanços das neurociências e a maior compreensão do código genético desenham um cenário de significativas consequências sobre modos

de lidar com a constituição da saúde dos sujeitos e, de maneira ainda mais evidente, sobre modos de formação dos operadores tecnológicos e gerenciais dessas práticas.

Com vistas a explicitar os mecanismos de reprodução e de transformação da realidade como elemento central e não secundário aos aspectos da transmissão de conhecimentos e técnicas pedagógicas, o conceito de Representações Sociais contribui para recuperar a subjetividade e o sentido da ação dos agentes no conjunto das relações políticas e institucionais nos sistemas de educação e políticas de saúde, considerando que os contextos sociais influenciam tanto os comportamentos individuais quanto a própria construção das realidades sociais.

A adoção de uma visão dialética das relações entre base material e a visão social de mundo se apoia na clássica proposição de ampliação do campo e aprofundamento do foco sociológico dentro do qual trabalham os médicos, uma vez que “não haveria uma verdade sobre Saúde-Doença, mas um campo de teoria e prática historicamente construído no calor da luta social e ideológica, passível de ser compreendido (enquanto visão parcial) e transformado” (Minayo, 1991, p. 32). Apropriar-se da noção de saúde/doença enquanto expressão de contradições sociais permite compreender a realidade social a partir dos substratos econômico, político e cultural no qual vivemos e sua relação com a manutenção de um modelo de formação incapaz de atender à ampliação das necessidades sociais por saúde e seus determinantes.

O contexto brasileiro, no qual está inserida a educação médica, é caracterizado por disputas e resistências organizadas em torno da representação da Saúde enquanto questão vital de atribuição individual e coletiva e que ultrapassa os aspectos biofisiológicos. A “Consciência Sanitária⁵”, por sua vez, pensada como um fragmento da “Consciência Social”, salienta a relação social em termos mais abrangentes e globais (Berlinguer, 1978). A representação da saúde como direito coletivo vai ao encontro da transformação das condições de vida e de trabalho (melhores salários, acesso à terra, a empregos, a saneamento básico, a transporte, à moradia, à educação, ao lazer e a condições de trabalho seguras), o que implicaria transformações do modo de produção e das relações sociais de produção e, ao

⁵ “Por consciência sanitária entende-se a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um interesse da comunidade. Mas como esse direito é sufocado e este interesse descuidado, consciência sanitária é ação individual e coletiva para atingir este objetivo” (Berlinguer, 1978, p. 19).

mesmo tempo, a redefinição das prioridades do Estado em função de necessidades sociais que se colocam em oposição aos interesses econômicos.

Em diferentes momentos históricos, as necessidades das classes dominantes se expressam como sendo do conjunto da sociedade, condicionando o conceito de saúde-doença. Como pode ser observado nas sociedades capitalistas, o conceito de doença centrado na biologia individual ofusca o caráter social do fenômeno. A mediação particular exercida pela corporação médica caracteriza o médico, principal agente da prática e agente do conhecimento, como intelectual orgânico da classe dominante na construção da hegemonia que se expressa em tomo do setor saúde, através de relações e instituições legitimadoras de seus atos e discursos (Conti, 1972).

Destaca-se aqui a compreensão de Laclau e Mouffe (2004) sobre o conceito de hegemonia, entendida como operação política de construção do social que ocorre quando uma particularidade, através da articulação contingente, assume a tarefa de representar várias outras particularidades como universal compartilhado. Essa operação complexa, segundo os autores, exige que aceitemos a equivalência entre campo discursivo e campo social e, portanto, consideremos que todas as práticas sociais sejam práticas discursivas.

As identidades sociais, a partir dessa perspectiva, seriam discursos, o que explicita o acolhimento da dimensão simbólica como parte das construções sociais. Não se trata de conversão do campo social em campo linguístico, uma vez que os discursos atravessam toda a densidade material do social, indo além de fenômenos estritamente relativos à fala e à escrita. A noção de posições de sujeito no interior de uma estrutura discursiva relativiza o privilégio das classes sociais em função de sua posição nas relações de produção. Essa compreensão sugere que toda posição de sujeito é uma posição discursiva que participa do caráter aberto do discurso e que não fixa totalmente essas posições em um sistema fechado de diferenças (Laclau; Mouffe, 2004, p. 156).

Se é correto que a prática médica impõe a formação de pessoal e suas próprias leis de funcionamento, também é correto que isso aconteça até certo ponto. A autonomia relativa da educação médica gera certas contradições com as demandas surgidas na prática médica, abrindo espaço para o conflito entre projetos. É fundamental, assim, uma análise crítica, como alertou Paim (1991), com relação às reformas e transformações no ensino médico, visto que o otimismo por si só não seria suficiente para garantir as mudanças estruturais necessárias.

5.2 IDENTIDADE PROFISSIONAL, PERCEPÇÃO E PRÁTICA DOCENTE: PARA ONDE APONTA O LEME?

O esforço de analisar a trajetória, a formação e a prática docentes, como uma prática social, está diretamente articulado à perspectiva da formação de pessoal capaz de subsidiar a ampliação, a consolidação e a requalificação do Sistema Único de Saúde coerentes com os processos incluídos e democráticos propostos pela Reforma Sanitária Brasileira. A prática e o saber do campo educacional e da saúde estão ligados à transformação histórica do processo de produção econômica, e suas determinações estão situadas no conjunto das relações que constituem o todo social, mas a forma e o conteúdo dos currículos, por apresentarem certas contradições secundárias ao processo de produção capitalista, não seriam, portanto, totalmente determinados pela matriz econômica.

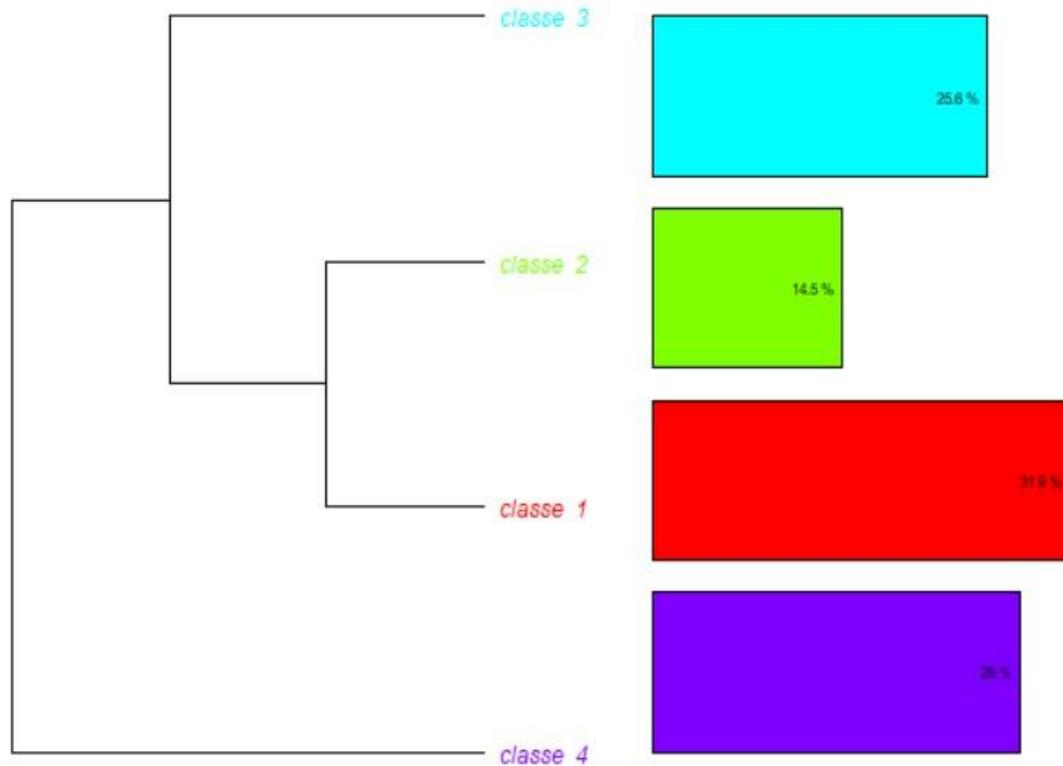
As alternativas que buscam mudanças nos projetos educacionais e nas práticas médicas devem ir além de um recurso retórico, de jogo de palavras e boas intenções e vincular-se a experiências concretas dos indivíduos com o mundo material objetivo, nas relações práticas do homem com as coisas e nas relações das pessoas entre si, de forma a articular movimentos sociais e ideológicos, produção de conhecimentos e ação política.

Questões relativas ao “como” do currículo, embora relevantes, só adquirem sentido dentro de uma abordagem que as considere em sua relação com as questões referentes ao “porquê” das formas de organização do conhecimento escolar. O currículo não seria um elemento neutro de transmissão desinteressada do conhecimento social, mas implicado em relações de poder, transmitindo visões sociais particulares e interessadas, devendo ser concebido como mecanismo essencial na constituição de identidades individuais e sociais particulares. Por seu caráter temporal, possui uma história vinculada a formas específicas e contingentes de organização da sociedade e da educação (Moreira; Silva, 1994).

Nesta oportunidade, serão apresentados os resultados relacionados aos objetivos específicos 2 e 3, articulados às questões de identidade profissional, práticas e percepção docente (Bloco 2), cuja fonte de evidências decorreu da análise do *corpus* textual formado pela contribuição de 10 docentes. A representação visual das palavras mais frequentes (“professor”, f=261; “aluno”, f=238, e “médico”, f=221) observadas na

337 ST (31,9%); Classe 2, com 153 ST (14,49%); Classe 3, com 270 ST (25,57%), e Classe 4, com 296 ST (26%).

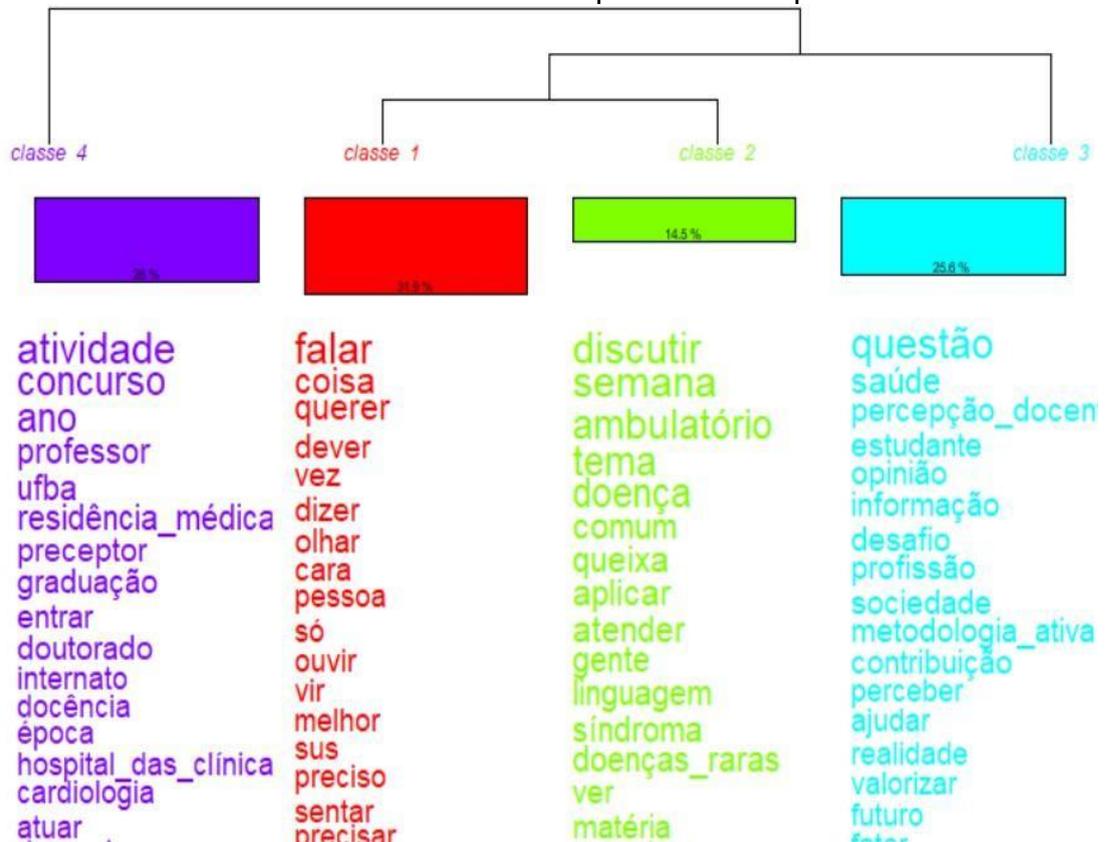
Figura 13 - Dendrograma das quatro classes lexicais obtidas a partir da classificação das palavras ativas advindas das contribuições dos dez docentes



Fonte: Dendrograma gerado pelo IRaMuTeQ versão 0.7 Alpha 2.

A organização das classes após o processamento dos dados pelo *software*, da releitura do pesquisador e da observação do universo semântico de cada uma delas resultou na seguinte nomeação: Classe 1 – **Estratégias de ensino**; Classe 2 – **Trabalho colaborativo**; Classe 3 – **Relações de ensino** e Classe 4 – **Preparação e prática docente**.

Figura 14 - Dendrograma na Classificação Hierárquica Descendente dos segmentos de textos relacionados à identidade profissional e prática docente

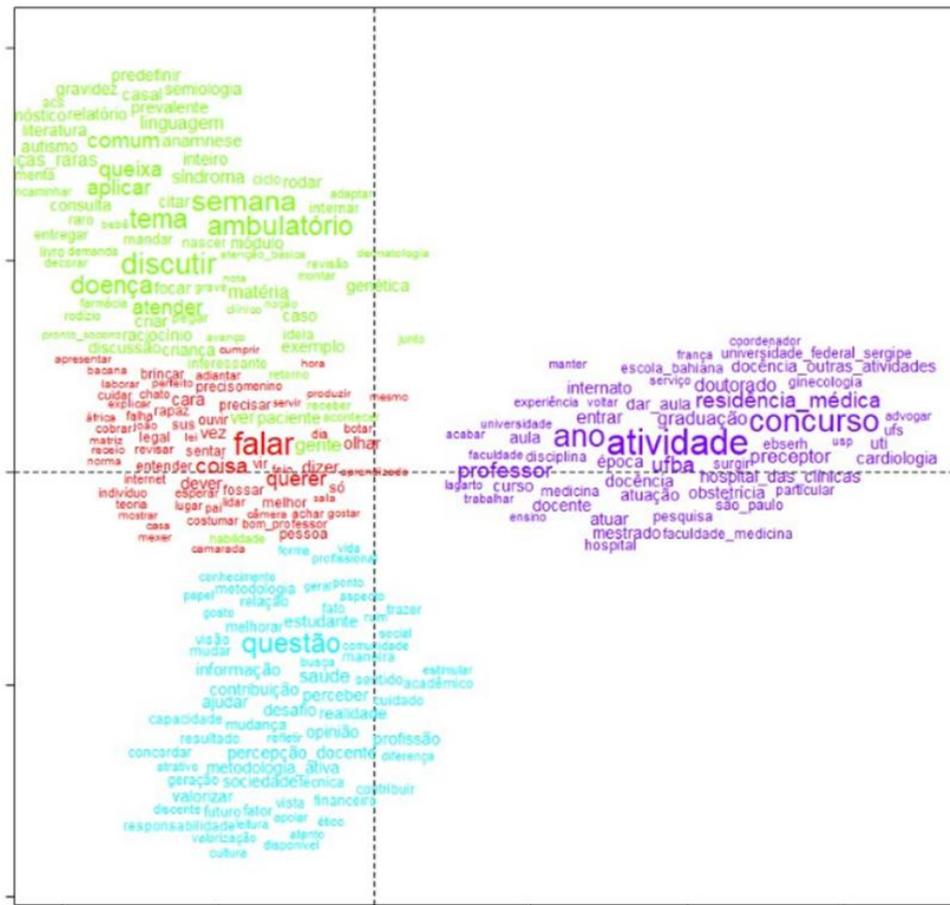


Fonte: Dendrograma gerado pelo IRaMuTeQ versão 0.7 Alpha 2.

5.2.1 Agrupamentos e sínteses dos discursos docentes: outros meandros

A representação da distribuição dos elementos textuais num espaço bidimensional a partir da Análise Fatorial por Correspondência (Figura 15), por um lado, e a observação de palavras mais frequentes (significativas) em cada classe, seguida da leitura dos segmentos de textos vinculados a elas, permitiram a identificação de tendências e regularidades das características estruturais e de conteúdo do conjunto de textos, favorecendo a conformação de núcleos de sentidos, organizados em torno de três clusters.

Figura 15 - Análise Fatorial por Correspondência (AFC) dos segmentos de textos relacionados à identidade profissional e prática docente



Fonte: AFC gerada pelo IRaMuTeQ versão 0.7 Alpha 2.

O Cluster 1, formado pelas Classes 1 e 2, apresenta informações mais diretamente relacionadas às categorias “conteúdos” e “metodologias”. O Cluster 2, formado pela Classe 3, permitiu identificar elementos mais diretamente relacionados à “abordagem de aspectos éticos, políticos e sociais” no processo de produção de médicos, enquanto o Cluster 3 traz ênfase nos aspectos articulados à categoria “experiências formativas e áreas de interesse” dos docentes, relacionando-se às trajetórias subjetivas das formas identitárias.

Cluster 1 – Escolhas de saberes e práticas: a dimensão social da docência

Observando as palavras referidas das Classes 1 e 2 e os respectivos contextos em que elas aparecem, observaram-se como elementos centrais dos discursos questões envolvidas com o exercício da prática docente na mobilização diária de conhecimentos e habilidades em sala de aula e outros cenários de aprendizagem no

sentido de concretizar suas tarefas. Questões do saber-fazer da prática docente foram abordadas na maneira de escolha de conteúdos, no planejamento das ações, bem como nas abordagens de aspectos teóricos e práticos. Os segmentos de textos relacionados à percepção dos docentes acerca de suas práticas sinalizam para um cenário de mudanças em relação a essa função, apoiado no professor como facilitador e mediador do processo de ensino e aprendizagem:

Eu acho que o nosso papel hoje mudou muito... eu não sou mais um cuspidor de informação, se é que essa palavra existe... um vomitador de informação (Anísio).

O professor, de fato, ele não é mais a fonte do conhecimento, ele é alguém que pode, de fato, conversar com os alunos sobre aquele conhecimento, sobre um ponto de vista mais maduro, e descortinar questões (Tânia).

Acho que o nosso papel é meio que guiar eles na busca da informação, porque, na verdade, a informação eles já buscam sem o professor... É mais um auxílio na busca correta de informação e de filtrar o que é mais importante para a prática (Isabel).

A adoção de metodologias centradas nos discentes como sujeitos da aprendizagem por parte desses cursos corrobora a perspectiva de atuação docente apresentada acima e em consonância com as recomendações de ampliação do uso delas na estruturação/revisão dos projetos pedagógicos dos cursos de Medicina de acordo com as DCNs:

No global eu sou otimista; eu acho que os currículos, as matrizes curriculares são bem melhores quando olho o que eu estudei do que a gente tenta propor hoje. Eu acho que a gente teve avanços importantes sim (Dermeval).

Acho que o ensino melhorou, na minha opinião, porque, ao invés do ensino de via única, temos um de via dupla, que as coisas vão e voltam num círculo (Antônio).

O conhecimento, ele chegava até nós de forma às vezes de uma forma coercitiva, através de um trauma, mas eu não quero que seja assim... eu quero que ele [o discente] venha pela liberdade e pelo desejo de estar aqui (Isabel).

É possível observar em diferentes oportunidades a preocupação com o trabalho docente para além do desenvolvimento de conhecimentos específicos e habilidades técnicas, contemplando elementos mais gerais da formação:

A preocupação nossa é de retornar para a comunidade o profissional que tenha uma visão generalista humanista e com as competências, as

habilidades e atitudes próprias da expectativa de quem os financiou (Dermeval).

O maior problema do profissional são as questões de comportamento pessoal, não é propriamente a questão de conhecimento... então você tem a obrigação de educar o estudante para que ele seja respeitador, que ele tenha comportamentos éticos (Tânia).

Tento não abandonar eles nos outros aspectos fora de sala de aula, de informalidade... conversar sobre o dia a dia da profissão, sobre salário, sobre emprego... porque isso ninguém fala na faculdade (Darcy).

A tendência de mudanças apresentada nos discursos dos docentes também é sustentada em alguma medida pela explicitação de situações que sugerem maior grau de comprometimento dos cursos às propostas de mudanças na formação médica, como podem ser observadas quando da indagação sobre exemplos de avanços:

A estruturação do eixo ético humanístico de uma forma muito forte com a inserção do aluno desde o ingresso no curso até a saída dele no internato (Paulo).

A inserção da medicina social de forma transversal durante o curso... o discente se sente muito mais bem acolhido e muito mais bem assistido (Florestan).

A questão da utilização dessas ferramentas da educação a distância e da telemedicina hoje é uma realidade... Eu percebia que tinham muitos docentes que eram bem resistentes (Juan).

Embora as DCNs estabeleçam o domínio das Tecnologias de Comunicação e Informação (TICs) como uma competência geral do médico, e os docentes reconheçam que a adoção delas pode contribuir para uma maior interação entre docentes e discentes, uma maior capacidade de decidir sobre a conduta mais apropriada com base em evidências científicas e como dispositivo de educação continuada/permanente, identificou-se um cenário incipiente de incorporação delas diante de limites relacionados à preparação docente e à infraestrutura, assim descritos:

Na pandemia eu usava pouco... eu sou uma pessoa muito analógica, tenho um pouco de dificuldade, apesar de não ser tão idosa, eu tenho um pouco de dificuldade tecnológica (Florestan).

As habilidades de comunicação fora do presencial, isso ainda é um desafio, por incrível que pareça (Darcy).

Você deve estar também no lugar confortável, o que é diferente para uma boa parte dos nossos estudantes, que muitas vezes não têm uma internet de

qualidade, não têm um aparelho, uma máquina, um computador para seu uso exclusivo (Antônio).

O ambiente virtual de aprendizagem seria muito bom, mas assim a gente precisaria de uma estrutura melhor e maior, e eu particularmente não tenho expertise (Paulo).

A identificação de inovações curriculares pontuais e de comprometimento nos discursos dos docentes relacionados às propostas de mudanças na formação médica provoca a busca por evidências que sustentem essa impressão inicial.

Esse desafio foi se tornando cada vez mais complexo diante da análise de elementos que caracterizam ou não a efetivação de mudanças anunciadas frente às questões do estudo destacadas no mapa estratégico da investigação, para além dos discursos mais gerais que se aproximam dos princípios da relevância social e do compromisso ético.

Nessa direção, alguns distanciamentos entre a “política proposta”, a “política de fato” e a “política em uso”, aquela resultante do trabalho concreto dos docentes, foram identificados, constituindo-se na percepção dos entrevistados como obstáculos importantes para efetivação das mudanças. Um dos desafios estaria relacionado à concorrência entre métodos e abordagens voltados para uma formação geral do médico na graduação e as demandas do mercado de trabalho, mais especificamente o processo de preparação para a seleção nos programas de residência durante a graduação, como segue:

Eu ainda acho que falta um pouco essa coisa centrado no raciocínio clínico, porque de alguma forma algumas matérias ainda focam muito na coisa do ultraespecialista, e eu acho que isso é uma questão que acontece por conta das provas de residência (Paulo).

As provas de residência, às vezes, elas vão ainda cobrar muito esse tipo de conduta do aluno, de decorar muitos números, de decorar muitas classificações que, às vezes, não têm nem tanta utilidade (Isabel).

Há uma concorrência grande com os modelos de formação de especialistas, o modelo “padrão ouro”... faz com que eles desviem muita atenção no internato para os cursos de preparação para residência... “medcurso” e companhia ilimitada (Tânia).

No modelo tradicional, se você tiver uma grande capacidade de decorar, você será um ótimo aluno, mas [o discente] sai da faculdade de certa forma inseguro, porque o paciente não vem com o diagnóstico, ele vem com a queixa, que você precisa explorar, é diferente (Antônio).

André et al. (2019) chamam atenção para o fato de que esse processo de dedicação dos discentes às atividades dos cursos preparatórios para os exames de residência médica tem provocado o aumento da evasão nas atividades de internato. Além de representar um grande prejuízo ao processo de formação, a efetividade desses cursos como fator diferenciador nesse tipo de avaliação (testes de múltipla escolha) seria bastante questionável e, segundo Silva et al. (2013), não representaria nenhuma diferença estatística significativa no desempenho cognitivo dos estudantes participantes de cursos preparatórios de residência.

Esses elementos reforçam a importância de políticas públicas indutoras da formação de especialistas voltadas ao SUS, a exemplo da expansão e qualificação da preceptoria e de campos de prática e da universalização das vagas com ênfase na Medicina de Família e Comunidade diante do efeito positivo dessas políticas, como aponta Aléssio e Sousa (2016) ao observar mudanças em curso a partir do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) e do Programa Mais Médicos.

Além das eventuais resistências a métodos mais participativos e menos “instrumentais” relacionados à preparação precoce para a seleção nos programas de residência, outro desafio destacado pelos docentes estaria na efetivação de mudanças na organização do internato, considerado componente importante no aperfeiçoamento das técnicas e habilidades e para a profissionalização do estudante. Apesar das recomendações das DCNs sobre a inclusão de atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção, o estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço (internato) na prática tem se concentrado no ambiente hospitalar, mesmo diante da diversidade de possibilidades de cenários de ensino e aprendizagem que compõem as áreas de Clínica Médica, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva:

Estou fazendo uma constatação... acaba sendo muito ainda em hospital, é quase mais da metade do internato que é um volume muito grande de carga horária do curso. Mais de dois terços é no hospital, então isso exerce uma carga, uma pressão, digamos, não explícita muito forte (Dermeval).

A questão da discussão nos tutoriais avançou bastante... Eu ia fazer só a ponderação de que o internato ainda continua sendo muito em hospital (Juan).

O internato contribui para a profissionalização do futuro médico por intermédio do desenvolvimento progressivo de responsabilidade e de autonomia na prática da medicina, ressignificando o seu conhecimento, se constituindo numa fase de imersão na prática médica em que se adensam valores e modelos de conduta ética da profissão (Lampert et al., 2006; Schraiber, 2012; Cândido; Batista, 2019; Silva et al., 2018; Zanolli, 2019). Considerando os esforços na adoção de metodologias ativas, inserção em tempo oportuno nos diversos campos de prática e incorporação da avaliação formativa como parte da estratégia de reorientação da formação, o internato se apresentaria como etapa menos permeável às mudanças, o que chama atenção pela sua duração e natureza.

É interessante analisar a possibilidade de que a utilização do hospital como cenário de prática predominante do internato possa estar diretamente relacionada à compreensão de “complexidade” associada à densidade tecnológica por parte dos docentes, e eventualmente dos coordenadores de curso, para além de eventuais dificuldades na pactuação das IES com outros equipamentos de saúde das redes estadual e municipal no território de inserção dos cursos:

Claro que quando [o discente] está no internato no sexto ano a complexidade aumenta, porque o último internato de Pediatria, ele é todo no hospital, e eu realmente acho que tem que ser, porque vai aumentando a complexidade à medida que ele avança no curso (Dermeval).

Embora sejam encontradas diferentes funções para o preceptor na literatura médica, há o reconhecimento de que ele compartilha experiências de modo a auxiliar o graduando a se adaptar ao exercício da nova profissão, o que deixaria implícito seu caráter pedagógico (Botti; Rego, 2008). Para essa importante etapa da formação, há a necessidade de o preceptor possuir competências das relações humanas, além de conhecer bem a realidade epidemiológica, social, cultural e política do seu território (Pagani; Andrade, 2012). A valorização da ação pedagógica do preceptor estaria relacionada, na visão dos discentes, às habilidades relacionais, à capacidade de articulação teoria e prática e à paixão pelo magistério, comportamentos considerados fundamentais para uma formação reflexiva (Franco; Montes; Silva, 2013).

A dinâmica da escolha de saberes e conteúdos recoloca a subjetividade do docente como elemento central da pesquisa. Nessa altura da elaboração do texto e da análise das evidências, fica cada vez mais fundamental abordar sobre o docente

visto não como aquele que aplica conhecimento produzido pelos outros ou como agente determinado exclusivamente pelas dinâmicas sociais, mas enquanto sujeito que assume uma determinada ação em função dos significados que ele próprio constrói em razão de seus conhecimentos prévios e daqueles provenientes do próprio exercício docente. Além dos elementos enunciados pelos docentes como obstáculos à formação generalista, crítica e reflexiva (residência e internato), outros aspectos puderam ser capturados ao longo das entrevistas. Chamou atenção do pesquisador a questão da baixa incorporação do planejamento como parte do trabalho docente, articulada a dificuldades de implantação de um projeto pedagógico construído e desenvolvido coletivamente:

Eu acabo que eu vou com eles no hospital, e a gente escolhe um paciente aleatório... não me obrigaram a fazer nada, então acabou que eu fui escolhendo uma forma que eu julgava mais atrativa assim para eles, que é uma coisa que eu acabo usando muito essa técnica, que é que eu gostaria que tivessem feito comigo (Anísio).

Eu não escolhi habilidades um [componente curricular]... também caiu meio de paraquedas... eu fui chamado para essas matérias faltando uma semana para começar em uma parte que é meio inicial da medicina (Paulo).

Então acabou que, quando eu cheguei, a ementa da disciplina já era essa; na verdade, eu não escolhi... eu já recebi a ementa da disciplina e acabou que já tinha sido predefinido esses temas (Darcy).

A falta de preparo do professor de Medicina no que se refere aos aspectos propriamente pedagógicos da ação docente se apresenta como um problema crônico observado nos estudos sobre mudanças na educação médica ao longo dos anos e assinala uma preocupação com a questão de que o conhecimento adquirido de forma experiencial seria suficiente para a prática docente (Batista, 1981; Ribeiro; Cunha, 2010; Fonsêca; Barbato; Bagatini, 2020). Outro desafio identificado diz respeito ao trabalho em equipe, quer seja do ponto de vista da articulação entre os próprios docentes envolvidos em componentes curriculares vinculados a um mesmo eixo de formação, quer seja em relação à dimensão da interprofissionalidade enquanto estratégia de colaboração entre as diferentes profissões, ambas resultado da resistência dos próprios docentes ao trabalho colaborativo:

Eu realmente não faço algo em conjunto com os outros professores, a gente não debate tanto... eu vejo que de certa forma tem uma resistência também... então tem muito professor que fala: "Não estou com paciência" (Tânia).

Alguns dizem: “Eu não quero fazer isso, vai me dar trabalho e estou fora”... então realmente não consigo isso... acho que é uma coisa muito individual, meio que eu planejo o meu e faço (Isabel).

Eu costumo falar que eu faço a minha parte... eu não fico ligando muito para o que está todo mundo fazendo... porque, às vezes, você vai se contaminando para o bem ou para o mal (Antônio).

O aprendizado interprofissional, segundo as DCNs (2014), seria uma diretriz estratégica na organização dos cursos com base na reflexão sobre a própria prática e na troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, com ganhos tanto para a orientação da identificação e a discussão dos problemas quanto estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde. O trabalho em equipe, embora reconhecido como importante, encontrou obstáculos tanto em relação à interação do curso de Medicina com outros cursos de saúde durante o período da graduação quanto nos cenários de práticas compartilhados no mundo do trabalho, o que dificultaria a perspectiva da interprofissionalidade:

Eu trabalhei 12 anos numa APAE e eu nunca tive problema com trabalho de equipe multiprofissional, acho que quem, às vezes, tem essa resistência é porque nunca trabalhou e não consegue enxergar o quanto você e o paciente ganham (Juan).

Eu não consigo sentar com esses profissionais e discutir... meu dia lá é terça e quarta, e o colega só está na quinta, então vai ser difícil a gente conseguir sentar e discutir... tenho muita dificuldade, as áreas aqui são muito isoladas (Dermeval).

Eu não conheço nem o nome... se eu precisar falar com o professor de nutrição pediátrica, não sei quem é... não sei com quem eu falo (Florestan).

Eu acho que o curso tem essa coisa interessante que no primeiro ciclo eles [cursos de saúde] trabalham em conjunto, mas isso se perde ao longo do caminho (Paulo).

Em relação à formação do médico capaz de atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em diferentes níveis de atenção, na perspectiva da integralidade da assistência, foram identificados elementos que expressariam de alguma maneira o distanciamento ainda presente entre os projetos de mudanças na educação médica e os atos cotidianos enquanto obstáculos para a consolidação do senso de responsabilidade social, o compromisso com a cidadania e a constituição de futuros médicos promotores da saúde integral do ser humano:

Eu ainda acho que falta um pouco essa coisa centrado no raciocínio clínico, porque de alguma forma algumas matérias ainda focam muito na coisa do ultraespecialista, e eu acho que isso é também de certa forma uma questão que acontece por conta das provas de residência (Juan).

Eu acho claramente que os fatores sociais, para falar de saúde, temos que ir muito mais a fundo do que valorizar aquelas atividades para dentro de um hospital (Florestan).

As características humanas... então a empatia, as habilidades sociais... essas coisas acho que no curso se perde um pouco... o curso, às vezes, ele fica muito reprodutor de informações (Tânia).

Um professor me falou que um estudante o procurou e disse que não há nada sobre racismo estrutural na nossa matriz... mas o pessoal da bioética já me disse que vai botar (Anísio).

Esses enunciados convivem ainda com um cenário de baixa ênfase no desenvolvimento de raciocínio clínico, inadequação da relação médico-paciente e incorporação periférica e protocolar de temas inadiáveis relacionados à perpetuação das desigualdades em relação ao direito à saúde supostamente universal, a exemplo do racismo estrutural, o que justificaria a necessidade de aprofundar a compreensão do encontro pedagógico nos aspectos pertinentes à intersubjetividade e, por consequência, a formação humanística do aluno de Medicina, o modo como se dão as relações entre professores e alunos, os comportamentos, os valores em jogo e a ética em questão.

Cabral et al. (2022), ao analisarem a incorporação dessa abordagem nos cursos de graduação em Medicina, observaram a predominância de termos e conteúdos abrangentes e pouco específicos, a escassez de temas transversais, a incipiência de propostas de internato ou estágio, de fomento de programas de extensão, bem como de políticas institucionais de incentivo ao assunto, sendo necessário redirecionar a produção de conhecimento desde a construção de projetos pedagógicos e currículos, de forma a privilegiar a equidade em saúde, abrangendo, sobretudo, o cuidado destinado às minorias sociais.

É importante destacar que em nenhum momento foi abordada nos discursos a prática docente na sua relação com o processo de fortalecimento do SUS, nem tampouco se identificou como as escolhas de saberes e conteúdos estariam vinculadas a conceitos e atributos da Atenção Básica à Saúde, anunciada como porta de entrada preferencial do sistema de atenção à saúde e da Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto dispositivo de transformação do modelo assistencial e que

deveria ser o foco da organização curricular, devendo, inclusive, compor o mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato.

Além de aspectos conceituais e metodológicos envolvidos nos programas e esforços inovadores em relação a tecnologias pedagógicas e modelagens curriculares, destaca-se que é preciso também enfrentar desafios culturais no sentido da valorização do próprio SUS como uma conquista da sociedade brasileira:

Você veja também que até o nosso presidente deu uma escorregada numa fala que ele disse que até os terceirizados precisam ter um plano de saúde... então aí, quando ele diz isso, mostra que tem uma coisa que está enraizada... não adianta só eu dizer que o SUS é generoso, equânime e integral (Dermeval).

Campedelli-Lopes, Bicudo e Antônio (2016) indicam que a inserção na rede pública, a partir de estágios em UBS com a participação de professores e preceptores nos dispositivos de melhoria da qualidade e resolutividade no atendimento, se constitui uma estratégia fundamental para modificar positivamente as intenções de discentes em atuarem futuramente como profissionais no âmbito da APS.

Cluster 2 – Relações técnicas e sociais do ensino

O **Cluster 2**, composto pela Classe 3, permitiu examinar elementos mais diretamente relacionados à “abordagem de aspectos éticos, políticos e sociais” relacionados ao processo de “produção de médicos”. O discurso dos docentes aponta para o reconhecimento de mudanças no processo de ensino quando comparados à sua época de formação, como pode ser observado a seguir:

Acho que os egressos hoje em dia saem bem melhor formados do que na minha época... eu formei e saí com dificuldades, tem coisa que eu não tinha nem ouvido falar nem visto na prática (Juan).

Eu sinto muito essa diferença de quando eu fui uma estudante de graduação, eles são muito comprometidos com os pacientes, têm uma visão muito ampliada em comparação do que me lembro dos colegas de turma quando me formei e de dez, 15 anos atrás (Paulo).

Ao longo desses 16 anos que eu estou aqui, pude ver um deslocamento, uma mudança de pensamento dos novos egressos dos cursos de Medicina... uma amplitude de mentalidade maior do conceito de saúde (Darcy).

Dos novos formandos em Medicina tem se modificado numa valorização maior da questão dos outros determinantes de saúde e dos outros cenários

profissionais, a importância deles no cuidado integral à saúde tanto do indivíduo como da sociedade (Isabel).

Apesar de destacar o cenário atual como positivo quando comparado ao período de suas próprias experiências durante a graduação em Medicina, os docentes abordaram diferenças relacionadas a aspectos comportamentais, culturais e de saúde mental dos estudantes como pontos de atenção que teriam implicações para sua prática docente:

Eles perderam um pouquinho da deferência ao docente... pode ser uma coisa de vaidade minha e tal, mas esse semestre comecei a sentir umas coisas diferentes... eles perderam um bocadinho da educação e do respeito (Tânia).

A adaptação às novas gerações vai chegando... isso aí eu ainda vou ter que aprender um pouquinho, mas não sei o que eu mudaria... isso que está me incomodando um pouquinho (Paulo).

Eu concordo que essa geração é conectada... eles têm acesso a muita informação, mas eu acho que talvez o caráter reflexivo da informação, de como usar a informação, falta bastante (Florestan).

Recentemente, tivemos discentes com distúrbio do humor, isso tem sido muito frequente... e nós conseguimos não só dar uma estabilidade como fazer a inserção na sociedade de uma pessoa capaz (Antônio).

Esses elementos destacados, na percepção dos docentes, reforçam a importância de superar concepções de currículo e abordagens que concebem o estudante como um objeto, e não como sujeito do processo de ensino, e, por consequência, acreditam que seria possível mudar suas atitudes e seus comportamentos em um sentido desejado como resultado imediato de uma determinada estrutura/proposta educacional. As Diretrizes Curriculares destacam que a estrutura dos cursos de graduação em Medicina deve incluir as dimensões ética e humanística, desenvolvendo, no aluno, atitudes e valores orientados para a cidadania ativa multicultural e para os direitos humanos, utilizando-se metodologias que privilegiam a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos (Brasil, 2014).

Nessa direção, Tardif (2011) chama atenção para o fato de que os professores, ao realizarem seus objetivos educacionais, atuam sobre um objeto, os seres humanos, individualizados e socializados ao mesmo tempo. Considerando a sociabilidade desse objeto, seria necessário reconhecer a complexidade do trabalho docente, em que o componente individual, marcado pela instabilidade, representa obstáculos às

generalizações e à utilização de técnicas definitivas diante da heterogeneidade dos discentes em termos de suas capacidades de aprenderem e de ação. Por outro lado, enquanto ser social, o discente sofreria inúmeras influências sobre as quais o docente não exerce nenhum controle, além de poder oferecer resistências às iniciativas docentes, o que exigiria uma espécie de harmonização entre as ações – gerir relações sociais.

Embora não haja consenso no campo da sociologia em relação à natureza dos saberes apropriados⁶, a ideia comum é de que eles não seriam inatos, mas produzidos pela socialização, ou seja, através do processo de imersão dos indivíduos nos diversos contextos (família, escolas, profissões...) nos quais são construídos, em interação, sua identidade pessoal e social. Considerando a socialização como um processo de formação do indivíduo, vale destacar que, a partir da análise dos dados, não foi possível identificar o estabelecimento de uma associação por parte dos entrevistados acerca da contribuição da prática docente como elemento articulado ao processo de fortalecimento do SUS, o que poderia contribuir na análise e nas proposições diante das necessidades de saúde de grupos de pessoas e das condições de vida e de saúde de comunidades, a partir de dados demográficos, epidemiológicos, sanitários e ambientais, considerando dimensões de risco, vulnerabilidade, incidência e prevalência.

Em relação à desarticulação entre prática docente e as necessidades dos sistemas de saúde, Frenk et al. (2010) destacam que se faz necessário adentrar a terceira geração de reformas educacionais, associada à melhoria da performance dos sistemas de saúde diante da permanência das desigualdades em saúde e do fracasso coletivo em compartilhar os avanços da saúde de forma equitativa.

A intencionalidade anunciada nas Diretrizes Curriculares para o desenvolvimento de uma atitude crítica e reflexiva por parte dos discentes, por exemplo, vai de encontro ao discurso dos entrevistados:

Não se aplica esse caráter reflexivo... eu acho que isso a gente está com um momento de muita dificuldade... muita dificuldade (Darcy).

⁶ Berger e Luckman (1980) falam de saberes de base pré-reflexivos e pré-dados que funcionam como uma reserva de categorias, através das quais a criança tipifica, ordena e objetiva seu mundo. Bourdieu (1972, 1980) descreve os esquemas interiorizados (*habitus*) que organizam as experiências sociais e permitem gerá-las. A etnometodologia os compara às regras pré-reflexivas que estruturam as interações cotidianas (Coulon, 1990). Giddens (1987) utiliza o termo competência, que estrutura a consciência prática dos atores sociais.

A ideia é que seja reflexivo... tem até uma matéria que se chama Prática de Ensino na Comunidade, que é para deixar mais reflexivo... mas, assim, eu acho que é um avanço, mas eu acho que ainda não é o suficiente (Florestan).

O estudo de Urtiaga (2005) aborda o professor como principal instância de mediação entre a cultura médica e o aluno a partir da influência daquele na construção de valores e referências das futuras práticas profissionais, o que exigiria o desvelamento da ação pedagógica e seus determinantes na construção de novas formas de diálogo sobre e para a educação médica, sobretudo no contexto de esgotamento de uma concepção de prática médica que não tem contemplado as exigências atuais. A autora argumenta ainda que qualquer que seja a transformação proposta na educação médica, ela deve necessariamente passar pelo desejo dos médicos de mudanças na cultura construída por eles mesmos, sendo que a construção de instrumentos e práticas para a promoção de novas e necessárias realidades na área da saúde, com vistas à humanização, à qualificação do cuidado e ao trabalho integrado multiprofissional e resolutivo, deve, portanto, envolver o conjunto dos médicos na construção permanente do seu fazer/saber diário.

Aqui cabe ressaltar a necessidade de extrapolar os limites corporativos para o enfrentamento dos desafios no âmbito da educação médica, de forma a articular novos processos de ensino, novos cenários de práticas e novos espaços de diálogo entre docentes e discentes da área da Medicina tendo como elemento aglutinador os usuários do sistema de saúde e suas variadas necessidades. Ao buscar evidências sobre a abordagem dos docentes acerca de questões éticas, políticas e sociais relacionadas ao processo saúde-doença, observou-se ênfase no discurso dos docentes para os aspectos relacionados à relação individual médico-paciente:

Eu falo com ele que é importante que ele interaja com a pessoa, porque senão vai ser como se fosse um pedaço de carne lá apodrecendo (Isabel).

De que maneira esse médico vai fazer uma leitura do corpo que está diante dele, mas devo também fazer uma leitura humanística dessa relação, que talvez seja o que há de mais especial (Antônio).

Não adianta ser um grande médico e você não consegue ter amor pelas pessoas, pelos entes queridos, então eu quero que você conheça a pessoa, para mim é importante essa interação, que ele tenha essa interação com o paciente... Você é financiado com dinheiro do contribuinte, o contribuinte precisa de um médico com essas e essas habilidades; acho que essa é a contribuição, o exemplo do que eu digo, mas também do que eu faço (Dermeval).

No que diz respeito à relação médico-paciente, é possível identificar lacunas na formação em relação a um dos elementos que fazem parte da realidade constante dos serviços de saúde, a comunicação de más notícias. Para além de aspectos técnicos e teóricos, ela seria atravessada pelos aspectos vivencial, relacional, sociocultural e reflexivo, que parecem não ser objeto central das abordagens pedagógicas:

O curso da gente não é preparado para chegar para um paciente e dizer que a doença dele é grave, que tem um prognóstico ruim, ou chegar para um familiar e dizer que infelizmente o caso daquele avozinho ou do filho (Paulo).

Eu senti muita falta disso... não existe, por exemplo, um módulo que é comunicações de más notícias... a gente não é preparado nem está preparando para isso (Florestan).

A abordagem sobre como a pandemia teria contribuído na revisão da prática docente, além de buscar evidências sobre a existência de reflexões científicas, tecnológicas e criativas no âmbito universitário, tinha como intenção explicitar a possível ampliação de discussões sobre aspectos relacionados à garantia do direito à saúde tendo como pano de fundo a acentuação de uma série de problemas e desigualdades na saúde dos brasileiros em função do coronavírus. A análise dos discursos indicou centralidade da preocupação dos docentes apenas nos aspectos pedagógicos do processo de formação em detrimento dos aspectos éticos, políticos e sociais envolvidos na pandemia, mesmo diante das repercussões econômicas, sociais e na saúde mental dos indivíduos em função das medidas de prevenção e controle adotadas pelas autoridades sanitárias locais, como, por exemplo, o fechamento de setores comerciais não essenciais, como escolas, universidades e espaços públicos de lazer:

Na verdade, também mostrou a importância da prática presencial de como faz diferença (Juan).

Dos aspectos mais importantes foi a questão do EAD e telessaúde... na questão da utilização dessas ferramentas, percebia que tinham muitos profissionais que eram bem resistentes ao EaD pré-pandemia (Anísio).

O que mudou, de fato, foi tentar melhorar cada vez mais as habilidades de comunicação fora do presencial, e isso ainda é um desafio, por incrível que pareça (Antônio).

Desconsiderar a determinação social dos processos sobre os quais se produz a vida humana em sociedade prejudicaria a identificação das intervenções necessárias para as mudanças realmente significativas para a construção de uma sociedade mais saudável (Comissão Nacional Sobre os Determinantes Sociais da Saúde, 2008). Caberia às escolas médicas um melhor delineamento de suas atividades e dos meios de ensino, de forma a ampliar a compreensão sobre o processo geral da sociedade, o reconhecimento de seus aspectos específicos e suas expressões individuais em consonância com as DCNs (Brasil, 2014): “[...] responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano, tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença”.

O período da pandemia, embora tenha provocado intensas discussões no conjunto da sociedade brasileira em relação à adoção de protocolos e diretrizes de prevenção e mitigação do coronavírus, não se constituiu um elemento de análise por parte dos entrevistados. Tal ausência chama atenção pelo expressivo envolvimento da corporação médica nessas discussões, bem como ao considerar a premissa colocada para as escolas médicas de estarem “[...] observando o dinamismo das mudanças sociais e científicas que afetam o cuidado e a formação dos profissionais de saúde” (Brasil, 2014).

Se, por um lado, não foi identificado qualquer movimento de inflexão sobre as questões científicas, tecnológicas e criativas no cenário da pandemia que pudessem promover ou estimular a compreensão da saúde considerando seus aspectos estruturais e as implicações das diferentes inserções sociais dos sujeitos na sociedade em suas formas de viver e adoecer, por outro lado merece destaque a possibilidade de ressignificação das relações estabelecidas entre docentes e discentes como um aspecto positivo. O ensino remoto, enquanto estratégia pedagógica utilizada pelas escolas médicas para o desenvolvimento dos componentes curriculares, teria apresentado elementos que podem contribuir para a construção de um olhar mais elaborado do encontro pedagógico na dimensão da intersubjetividade.

O modo como se dão as relações entre professores e alunos, os comportamentos, os valores em jogo e a ética em questão, elementos diretamente articulados à formação humanística e à conformação de “identidades profissionais”, foram ressaltados quando os docentes se depararam no ensino remoto com rostos

divididos em pequenos quadrados, abreviações de nomes, telas fechadas, microfones mudos e uma diversidade de ambientes nos quais os estudantes estavam inseridos:

Num primeiro momento em que as câmeras estavam ligadas, não deixou de ser uma grande aproximação e compreensão da diversidade que nós temos na sala de aula... foi um momento muito importante de descortinar quem somos nós (Anísio).

A gente começou a prestar atenção em situações vivenciadas porventura por alguns alunos que não queriam mostrar o lugar onde eles estavam, que não queriam mostrar os seus quartos, que não queriam abrir os microfones porque eventualmente vinham vozes e ruídos dos lugares em que eles estavam (Darcy).

Estar atento à situação de vida pela qual cada acadêmico passa, estar atento, poder identificar e apoiar foi um ensinamento, uma lição que a pandemia trouxe de importante que mais chamou minha atenção (Antônio).

Os discentes de Medicina, enquanto sujeitos, residem em algum ambiente com maior ou menor conforto, se alimentam ou eventualmente ficam em situação de insegurança alimentar em função do fechamento dos restaurantes universitários ou da diminuição da renda familiar, estão passíveis de adoecer ou perder um ente querido, têm expectativas, desejos e projetos de felicidade dentro e fora do curso médico. Nessa direção, a prática docente necessariamente precisaria considerar os discentes como sujeitos da aprendizagem, reconhecendo diferentes movimentos de ressignificação do mundo envolvidos no ato de aprender, mediados pela interação com o professor, mas também com outros elementos culturais.

As expressões de cultura explicitadas no seu saber docente medeiam a construção de valores e referências das futuras práticas profissionais dos alunos, sendo mais incorporadas quando o professor se faz admirar. Pérez Gómez (2001, p. 18) concebe que

[...] tanto os intercâmbios acadêmicos como os intercâmbios pessoais ou as relações institucionais se encontram mediatizados pela complexa rede de culturas que se interrelacionam e que constituem uma rica e espessa teia de significados e de expectativas por onde transita cada sujeito em formação, precisamente no período mais ativo na construção de seus significados e de sua identidade.

Nessa perspectiva, vale destacar que a mudança no perfil socioeconômico dos discentes dos cursos de Medicina foi mencionada como elemento que contribuiria para um ambiente acadêmico de maior interesse em relação a saberes e conteúdos

articulados às necessidades de saúde da população, potencializando a abordagem de aspectos políticos e sociais da produção do cuidado integral, como pode ser observado nos segmentos a seguir:

Eu acho que isso realmente foi o fato de a política de cotas ter se consolidado no nosso país... eu acho que ajudou sim e eu percebo também que os alunos que têm outra origem não estão tão sensíveis a isso (Juan).

Acho que, por conta das vivências de cotas, eles conversam com diversidades de maneira muito bonita... eles têm mais contato com questões da sociedade e da comunidade (Isabel).

Os estudantes entendem que 90% dos nossos problemas de saúde podem ser resolvidos estando as pessoas remuneradas, bem alimentadas, a gente resolve na UBS... acho que a entrada de pessoas que conhecem essa realidade contribuiu bastante... pode não ter vivido na própria pele, mas viram desnutrição, abandono, más condições de higiene (Anísio).

A percepção de mudanças do perfil dos discentes das escolas de Medicina sugere a análise das intencionalidades e implicações para a prática (social) docente. É importante salientar que a política de ampliação do acesso de estudantes ao Ensino Superior, embora importante, não alterou de forma significativa a diversidade étnica e socioeconômica nos cursos médicos no Brasil. As iniquidades no perfil dos egressos de cursos médicos demonstram como alguns grupos continuam subrepresentados nos espaços de formação e, por consequência, na composição da força de trabalho, sobretudo se levarmos em consideração o fato de essas políticas se efetivarem majoritariamente em instituições públicas, que atualmente representam menos da metade da oferta de vagas.

Ao considerar que o conjunto de etapas pelas quais o estudante passa ao se transformar em médico possibilitam o estabelecimento de vínculos entre as pessoas que participam desse processo de ensino, evidencia-se como as relações de ensino são técnicas e, ao mesmo tempo, sociais e diretamente articuladas ao desenvolvimento da competência ético-relacional, o que exigiria do docente clareza da relação entre o método, as finalidades do ensino, os objetivos dos componentes curriculares sob a sua responsabilidade, a escolha de saberes e conteúdos de ensino articulados às necessidades de saúde e as diversidades de possibilidades de aprendizado de seus alunos.

Rios e Schraiber (2012) sinalizam que os tipos de relação pedagógica estabelecidos determinariam diferentes “lições informais” de comportamento, sendo

que a relação professor-aluno teria a função de ensinar conhecimentos e técnicas da medicina e, ao mesmo tempo, promover o aprendizado da competência ético-relacional. Esta última função, segundo as autoras, seria desconhecida ou negligenciada na atuação do professor de Medicina, e essa “distância” caracterizaria uma “não relação”, sendo o professor um “não sujeito”, uma entidade a-histórica que estaria ali para mecanicamente passar conhecimentos.

Nessa direção, ampliar as oportunidades de troca e interlocução entre os sujeitos do ensino para além dos aspectos técnicos e científicos, em oposição ao reforço da hierarquia como característica predominante nas práticas médicas e no modelo predominante de relação professor-aluno nos cursos de graduação em Medicina ao longo dos anos, poderia ensejar novas relações no modo de organização produtiva do trabalho médico, na lógica do trabalho em equipe, interprofissional e colaborativo, uma vez que

O estudante, ele procura reproduzir muito o que está ali no seu professor, no seu preceptor... ele costuma reproduzir o que a gente está fazendo, eu diria (Tânia).

O desenvolvimento da ética médica vai além do que é dito pelo professor... vai para um ponto de vista empático, de reconhecimento de intersubjetividades, que a gente só encontra quando se abre para a interação (Juan).

No processo, ele [o discente] percebe que o conhecimento técnico sozinho não é suficiente, mas ele não busca isso se a gente não estimula que eles reflitam e busquem isso (Darcy).

Considerada elemento fundamental, ainda que não suficiente, para mudanças na educação médica, a prática docente nos cursos de Medicina poderia contribuir com novas experiências curriculares e metodológicas numa lógica inovadora frente à perpetuação das desigualdades em saúde e das transformações do mundo do trabalho, que, por sua vez, exigem novos mecanismos de construção do conhecimento, valorizando a reflexão, a prática e os saberes da experiência.

Cluster 3 – O sujeito da práxis pedagógica e o sentido de suas ações

O Cluster 3, formado pela Classe 4, sinaliza ênfase na estruturação do discurso em torno das categorias “experiências formativas, áreas de interesse, locais de trabalho e funções desenvolvidas”, o que permite capturar as formas identitárias

assumidas pelos docentes no seu eixo relacional e, portanto, inserido em um contexto dentro do espaço universitário (abordado nos Clusters 1 e 2) de modo articulado ao seu eixo processo bibliográfico, vinculado aos processos de socialização pelos quais o indivíduo passa ao longo da vida e que se refletem na sua capacidade de interagir com os outros num determinado contexto sociocultural.

Em relação a locais de trabalho, áreas de interesse e funções desenvolvidas pelos docentes, um dos achados do estudo e que merece atenção especial em relação à conformação das “identidades profissionais” é o fato de que a prática docente no âmbito da educação médica se configuraria como um elemento circunstancial e desassociado de planejamento e investimento prévio, como se pode perceber:

Nada planejado, eu aceitei o desafio porque, de fato, era sinérgico com meu propósito de atuar e poder ajudar a criar algumas residências médicas no hospital daqui (Darcy).

Essas coisas foram acontecendo... meio que me jogaram, e acaba que eu já estou fazendo meio sem querer... aproveitei a oportunidade (de fazer o concurso), pois ainda morava em São Paulo e seria uma chance de ter emprego em Sergipe (Paulo).

Eu achava que talvez a carreira acadêmica não seria pra mim por gostar da assistência, até que uma ex-professora me falou do concurso da universidade e que naquele momento não exigia mestrado e doutorado (Anísio).

Foi mais uma coisa que apareceu, que surgiu na minha vida, do que é algo planejado ou já pensado desde muito tempo, eu acho (Dermeval).

Nesse sentido, percebe-se cada vez mais os traços característicos e distintivos da prática docente na Medicina em relação aos demais cursos de graduação em saúde ao concebermos a carreira docente enquanto microestrutura ou projeto de ação socializado, concretizados pelas trajetórias de vida tanto das pessoas quanto das organizações do trabalho, vistos como fenômenos psicossociais legitimados e compartilhados e compreendidos como uma relação dialética entre projeto social (estrutura objetiva) e projeto de vida de cada pessoa (estrutura subjetiva).

Para além de um artefato administrativo, a carreira docente nessa concepção tem base nas construções identitárias enquanto referências para relações pessoa-sociedade na contemporaneidade, diretamente relacionadas a um conjunto de conhecimentos tecidos de modo peculiar junto a elementos de percepção, entendimento, concordância, crítica e ética, que envolvem determinada forma de organização de informações e sua utilização sistemática na abordagem do mundo real

(Dubar, 2005). Vale destacar que apenas um docente, do conjunto de 10 entrevistados, declarou motivações que extrapolam aspectos conjunturais para a escolha da docência, de forma articulada a um projeto de transformação social e tendo os mecanismos de preparação como etapas de um plano de carreira mais organizado:

Ao longo dos anos, eu fiz uma formação em escolas públicas e depois fui parar em São Paulo, fazendo minha formação tanto na especialidade médica como na formação na docência como mestre e depois entrando para o doutorado... eu sempre tive como meu propósito de vida retornar para o Nordeste e trabalhar na educação médica (Isabel).

Eram duas coisas que eu tinha como propósito de vida... retornar para o Nordeste e poder transformar a realidade dos meus semelhantes (Paulo).

Esse fragmento de texto em contraponto aos demais explicita de forma clara como elementos subjetivos podem potencialmente interferir na constituição das formas identitárias e influenciar diferentes atitudes, valores e condutas dos docentes, sobretudo diante da pouca atenção aos aspectos pedagógicos por parte dos docentes em relação à sua prática, situação essa acentuada pela fragilidade nos critérios e mecanismos de seleção das instituições de ensino, que prescindiriam de um processo de preparação profissional voltado para o desenvolvimento de determinadas competências. A falta de preparo didático-pedagógico (pelo não investimento pessoal e pela baixa exigência institucional) foi reconhecida pelos próprios entrevistados como uma característica predominante dos docentes nos cursos de Medicina, como pode ser observado:

É tudo muito intuitivo, essa docência, ela chega muito de forma intuitiva... acaba que a gente não tem muito o manejo de educação, então vai muito do seu *feeling*, da sua vontade, da sua percepção do que é bom, do que é ruim (Florestan).

A gente não tem muito essa preparação para ser professor... então a gente vai simplesmente reproduzir o que aprendeu ou fazer o que você julga melhor... é mais ou menos isso, mas sem muita base para discutir para entender de educação (Isabel).

Eu tenho amigos em outros estados, em faculdades públicas e particulares... eu noto muito isso, assim, em geral, que os professores médicos não entendem de educação (Antônio).

Se, por um lado, a relevância da prática docente como elemento indispensável para repensar a direção dos compromissos da própria Escola Médica é reconhecida, por outro a baixa compreensão dos pressupostos e intencionalidades envolvidos nos

projetos pedagógicos de curso e nos planos de ensino se constituiria em forte obstáculo para uma prática docente consciente, reflexiva e integrada. Diante dos “problemas crônicos” de ordem social e dos “desafios agudos” de dimensão tecnológica na formação dos futuros médicos, poderia se esperar que as instituições de ensino, ao identificarem essas lacunas, formassem planos estratégicos de desenvolvimento docente articulados aos seus objetivos institucionais e às demandas provenientes de sua inserção local, porém isso não acontece.

Essa questão pode ser entendida a partir de fatores estruturais e culturais relacionados à forma particular de organização da escola médica e determinações mais amplas da estrutura social. A discrepância entre o que é proposto pelas diretrizes curriculares e o que acontece na prática reflete tensões entre as necessidades do sistema de saúde, as demandas do mercado e a tradição educacional da formação médica.

A formação médica, historicamente, tem sido influenciada pelo modelo biomédico, que foca mais na doença e no tratamento especializado, deixando em segundo plano a abordagem integral preconizada pelas diretrizes. O perfil voltado para as especialidades pode ser visto como resultado de uma prática discursiva construída por grupos e atores que têm interesse nesse modelo, como corporações médicas, profissionais especializados e o mercado de saúde.

Esse discurso hegemônico, ao valorizar a especialização como sinônimo de prestígio e competência, coloca o discurso da necessidade de desenvolvimento de habilidades sociais, éticas e humanas em desvantagem ao não se apresentar tão fortalecido por forças equivalentes. As especialidades médicas são frequentemente mais valorizadas e melhor remuneradas, o que incentiva as escolas a prepararem alunos (a partir de médicos que exercem a docência) para uma formação mais voltada para a especialização. O discurso da especialização, sedimentado por práticas institucionais e culturais, moldam a formação médica e tem se apresentado melhor articulado dentro do campo das forças sociais e políticas.

A resistência interna às mudanças de paradigmas e práticas pedagógicas cristalizadas nas instituições de ensino dificulta inovações pedagógicas ou reformulações mais abrangentes. Assim, universidades, faculdades e cursos de Medicina muitas vezes operam de forma segmentada, isolados de outros cursos, com pouco diálogo entre os setores de ensino, pesquisa e extensão, resultando na falta de

uma visão sistêmica que articule o desenvolvimento docente com as necessidades de saúde.

Além disso, muitas instituições de Ensino Superior possuem estruturas rígidas e burocráticas, o que dificulta a adaptação rápida. As mudanças, quando presentes, por vezes são capturadas por demandas imediatas, como a adequação às exigências de órgãos reguladores, deixando em segundo plano o desenvolvimento docente ou o enfrentamento de problemas de forma estratégica.

Em relação aos “mecanismos de preparação” acionados pelos docentes após a entrada na universidade, destacaram-se os estudos de pós-graduação a nível de mestrado e doutorado como principal estratégia de atualização de suas práticas:

Eu já tinha aberto a luz da docência, e aí era um caminho óbvio de fazer um mestrado... foi essencial, muitas coisas que eu achava que sabia e vi que não sabia e continuo sem saber, mas pelo menos abriu o leque do não saber (Florestan).

Quanto ao meu aperfeiçoamento, eu acabei de ser aprovado para o mestrado e tento fazer cursos de aprimoramento... fiz um de metodologias ativas e um de preceptoria (Darcy).

Tal como a escolha para a docência, a participação em processos formativos, após a entrada na universidade, acontece na maioria das vezes sem um planejamento prévio e em alguns casos se constitui apenas numa possibilidade remota a ser efetivada em algum momento da carreira, decisão essa de caráter individual, desarticulada de um plano institucional:

Essas coisas foram acontecendo, eu não tinha essa inclinação [para fazer pós-graduação]... a ideia no início não era ser docente... eu trabalhava lá como médico do hospital e, por receber estudantes, fui estimulado a fazer o doutorado (Dermeval).

Acho que o aporte dessas coisas [aspectos pedagógicos] que a gente tem lá poderia ter sido mais estruturado... eu acho que poderia ter tido uma formação mais de professor, inclusive eu acho que é uma coisa que eu posso até pensar em fazer (Antônio).

A formação/preparação docente como elemento importante para efetivação de mudanças na educação médica, embora não suficiente, precisaria considerar uma ampla possibilidade de estratégias que se articulem às mudanças nos modos de cuidado em saúde e práticas de saúde, ampliando o foco das instituições de ensino que tendem a enfatizar componentes que supostamente asseguram o conhecimento

do conteúdo a ser ensinado e de como atuar de forma competente em sala de aula. Caberia considerar, nos processos de formação, docente a incorporação de novas racionalidades que explicitem o caráter estratégico, permeado por intencionalidade e, portanto, político dos modelos de formação e dos saberes docentes, a exemplo dos pressupostos da Educação Permanente em Saúde (EPS) enquanto processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise, questionando sobre as melhores formas de realizá-lo e produzindo mudanças de práticas, de ensino e de atenção.

A EPS, ao adotar valores condizentes com os princípios do SUS a partir da criação de espaços de reflexão sobre o cotidiano do trabalho em saúde, poderia servir de referência para superar a lógica de treinamento técnico tradicional, vislumbrando uma formação de sujeitos éticos, críticos, reflexivos e colaborativos (Brasil, 2004; Cyrino et al., 2015; Cardoso et al., 2017).

Essa formulação encontra respaldo nas próprias DCNs, que destacam que o curso de graduação em Medicina deve manter permanente Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde, com vistas, entre outros, ao aprimoramento docente em relação à proposta formativa por meio de um domínio conceitual e pedagógico que englobe estratégias de ensino ativas, pautadas em práticas interdisciplinares, de modo a assumirem maior compromisso com a transformação da escola médica (Brasil, 2014). Destaca-se aí a pertinência da produção de novos conhecimentos em saúde a partir do diálogo entre a própria prática, a produção científica e o desenvolvimento tecnológico disponíveis, inclusive tomando a prática docente como objeto de análise.

Os estudos de Batista (1981, 1998) permanecem atuais ao apontarem que a educação permanente do corpo docente possibilitaria a reorientação da educação médica em face dos desafios de ordem tecnológica e social, considerando uma concepção pedagógica evolutiva em termos de instrumentos e estratégias, meios e métodos educativos centrados no estudante, baseados em problemas pertinentes ao contexto global, flexíveis, para atender à necessidade de formação de médicos com maturidade profissional e social.

É importante ressaltar que a motivação e o aprendizado do saber-fazer docente não se reduzem a programas, instituições e cursos, situando-se na confluência de experiências familiares, de modelos vivenciados no período escolar ou de iniciações/ensaios mais ou menos formais ao longo da vida. A implicação disso é que

as relações (sociais) que o docente estabelece com esses diferentes saberes construídos ao longo da vida são acionadas nas relações com grupos, instituições e atores que fazem parte do cotidiano da sua prática docente atual (carreira profissional).

Lessard (1996) sublinha a importância da história de vida familiar e escolar dos docentes no seu saber-fazer, na medida em que elas envolvem conhecimentos personalizados e competências que dependem da personalidade desses atores, o que indica que, de um certo modo, os docentes aprenderam seu ofício antes de iniciá-lo formalmente, e, portanto, as etapas posteriores de socialização não se dão num “terreno neutro”. Entretanto, o autor destaca a centralidade do desenvolvimento do saber profissional a partir da experiência reflexiva no próprio trabalho, dessa forma entrelaçada por exigências formais (da instituição e profissão/cargo) e interações entre indivíduos e as realidades sociais representadas pelas ocupações, interligando institucionalização e representação subjetiva dos atores.

Como pode ser observado nos relatos a seguir, diferentes motivações e experiências formativas circunscritas a uma história de vida situam o saber-fazer docente numa dimensão experiencial e temporal, modelado no decorrer da história pessoal, escolar e profissional:

A minha avó era professora, existe uma admiração pela docência há muito tempo... uma atmosfera de admiração (Juan).

Não sei exatamente o porquê [da escolha pela docência]... mais um princípio de querer ajudar o próximo mesmo e de querer dar orgulho aos meus pais, que eram humildes, e, apesar da condição socioeconômica, eles investiram fortemente tudo o que eles tinham na educação dos três filhos (Isabel).

Eu considero que me tornei professor quando entrei na UNCISAL e acabei fazendo uma especialização em ensino médico e conheci o professor Nildo Batista, que muda o sentido da docência para mim (Tânia).

Eu acho que a influência foi essa de começar cedo ensinando o irmão em casa, depois as experiências de poder ensinar em cursinho... acho até que foi uma necessidade mesmo, porque eu vim de uma família muito pobre (Darcy).

Não foram identificadas em nenhum dos discursos dos entrevistados evidências do envolvimento com instituições, movimentos ou projetos de caráter coletivo ao longo da formação profissional, da trajetória socioprofissional ou a partir das funções desenvolvidas no mundo do trabalho que contribuísse para a compreensão dos diversos projetos em disputa em instituições concretas.

Tomar como referência as práticas de saúde comprometidas com o seu objeto, as necessidades sociais de saúde, seria um trabalho integralmente perpassado por valores de solidariedade, equidade, justiça e democracia, sendo que a elaboração de projetos educativos e a formação de um “novo profissional” nessa perspectiva deveriam considerar que, além das dimensões técnica, econômica, política e ideológica, está envolvido um componente ético essencial vinculado à emancipação dos seres humanos (Paim, 2006).

Nessa direção, o padrão tecnológico da prática docente nos cursos de Medicina apresenta elementos de complexidade e singularidade que precisariam ser explicitados, uma vez que o que um professor ensina não se constitui apenas em uma questão cognitiva ou epistemológica, mas, acima de tudo, uma questão social. O saber é sempre o saber de alguém que trabalha alguma coisa no sentido de realizar algum objetivo. O saber dos professores, ainda que profundamente social, é também sempre o saber de atores individuais que o possuem e o incorporam à sua prática profissional para a ela adaptá-lo e transformá-lo também em função do que fazem, dizem, pensam e são os docentes.

A conformação das identidades profissionais, ao articular elementos de trajetórias subjetivas (socialmente condicionadas) e campos socialmente estruturados, como o do trabalho universitário, expressa em alguma medida o sentimento de pertencimento a um determinado grupo, assumindo suas atitudes e seus valores que guiam as condutas. Tais identidades, enquanto formas socialmente construídas pelos indivíduos de se reconhecerem uns aos outros no campo do trabalho e do emprego, guardam relação direta com os vários processos de socialização desse indivíduo que se refletirá na sua capacidade de interagir com os outros num determinado contexto sociocultural. Um desses processos de socialização destacados pelos entrevistados seria o exercício da prática médica, atividade essa que envolveria maior dedicação de tempo e maior retorno financeiro:

Eu acho que talvez também seja por isso até que eles me reconheçam de alguma forma como bom professor... porque uma coisa que eu noto muito entre os médicos é que a carreira de docente é meio que um anexo, bem anexo da sua vida (Anísio).

Ele [docente de Medicina] quer ter a vida dele 90% de uma forma e aqueles 10% restantes ele quer vir aqui e dar uma aula e ir embora... eles não se preocupam muito com as outras coisas da docência (Juan).

A análise sobre a compreensão dos docentes acerca da posição social da carreira docente chama atenção para outra especificidade que envolve a docência na área médica e suas possíveis implicações em relação à motivação para o exercício da função, investimento em mecanismos de preparação e desenvolvimento docente, contribuição para o trabalho colaborativo e disponibilidade para atividades de pesquisa e extensão, por exemplo. Embora tenha sido identificado que o trabalho docente representou um componente de satisfação/realização importante pela sua dimensão relacional, a questão da insatisfação com a remuneração é marcadamente um fator que parece ser decisivo nas escolhas que os docentes fazem na sua trajetória socioprofissional. Essa aparente contradição (realização pessoal e insatisfação financeira) pode ser identificada nos fragmentos de textos a seguir:

Então acho que, assim, dentro de toda a minha carga de trabalho eu acho que a atividade docente para mim, apesar de ser a financeiramente menos valiosa, é a mais prazerosa, pessoalmente falando (Antônio).

É um dilema que ainda convive comigo... o que é que vale a pena para o futuro? Porque infelizmente a universidade não estimula, não privilegia os professores... é uma profissão realmente muito mal paga (Isabel).

Mesmo com todas as dificuldades do ensino, inclusive financeiras, que não são motivacionais para a atividade, eu me senti muito estimulado na função de professor (Florestan).

A realidade se impõe de uma forma muito pesada, e, quando eu falo isso, é valorização em termos financeiros do profissional que atua como docente e do especialista que atua em hospital (Anísio).

Se hoje eu tivesse que escolher, eu jamais cogitaria não ser mais professora... ser professora faz parte da minha felicidade (Tânia).

Foi identificado que a satisfação com o trabalho realizado pelos docentes não necessariamente se restringe ao alcance de objetivos tradicionalmente valorizados no ambiente acadêmico, como o número de publicações e premiações inspiradas na técnica, mas envolveria questões que realçam o potencial da docência no seu aspecto relacional:

Sobre a docência, eu sou fã... o uso das metodologias ativas, na verdade, mudou minha vida... não foi só a minha profissão como professora, como médica, mas mudou minha vida na maneira de ver o outro (Dermeval).

Eu me tornei uma pessoa melhor, eu tenho certeza disso... mais tolerante... a docência, ela é aquilo que me move... aquilo que me traz uma felicidade muito grande (Juan).

Se o trabalho dos professores, do ponto de vista de suas finalidades, objeto e produto, inscreve-se em modos particulares de ser professor e estar no mundo, é certo que encontros, descobertas e encantamentos fazem parte desse processo. O exercício da docência faz com que cada indivíduo cotidianamente lide com contradições, ambiguidades e expectativas. Assim, foi interessante perceber o paralelo estabelecido pelos entrevistados entre a posição social da docência para os médicos e a atuação enquanto médico generalista, uma vez que ambos seriam mal remunerados, não dependeriam de mecanismos de preparação específicos para o exercício da função e convivem com baixo reconhecimento/apelo social:

Existe uma questão cultural muito difícil que eu vejo como um absurdo... subvalorizar o docente, o profissional que não atua como um especialista... isso é uma cultura entre os próprios profissionais médicos de valorizar certas áreas e desvalorizar outras (Tânia).

Isso [falta de reconhecimento] acaba que passa para os acadêmicos, futuros profissionais... eu acho que essa cultura que permeia é um fator que vai contra... essa questão de não valorizar os outros cenários profissionais para além das especialidades (Anísio).

O mundo da realidade se impõe de uma forma muito pesada, e, quando eu falo isso, é valorização em termos financeiros do profissional que atua na UBS, fora do hospital e do especialista que atua em hospital (Paulo).

Mesmo sendo argumentado que a prática docente seria mal remunerada e com baixo prestígio social dentro da comunidade médica, o exercício da prática médica não se justificou por necessidade financeira, como pode ser observado. Os argumentos utilizados em defesa da atuação clínica se relacionaram a um possível ganho pedagógico para o processo de formação dos futuros médicos:

Eu acho, assim, [a prática clínica] muito importante... eu realmente não pretendo abrir mão, pretendo me aposentar com 40 horas porque eu acho que a minha vivência como médico fora daqui me dá um *background* importante... eu sei que tem colegas que pensam diferente (Anísio).

Eu considero muito importante eu poder praticar a medicina porque, na atividade docente, você “perde a mão” de coisas importantes para conversar com os estudantes... aí é a minha opinião pessoal (Darcy).

Faço atividade médica das duas especialidades que eu fiz... eu não consigo fazer uma relação direta com a docência, mas acho que indireta, porque eu acabo levando muitos exemplos e casos clínicos (Dermeval).

São atividades que são diferentes, mas eu acho que são complementares, porque na verdade o que eu acho que trago de mais importante talvez seja essa experiência prévia (Florestan).

Os dados da pesquisa apontam que a prática docente configura-se como atividade complementar à profissão médica, seja pelo baixo investimento no desenvolvimento de competências específicas para ingresso na universidade, pela ausência de planos de desenvolvimento docente tomando o trabalho docente como elemento de análise e ressignificação de práticas ou pelas características do quadro docente que fez parte do estudo: (1) nenhum docente auferia mais da metade da renda mensal a partir da atividade docente e (2) nenhum docente atua em regime de dedicação exclusiva.

Uma vez que os processos de construção de identidades são influenciados tanto por fatores profissionais quanto pelas formas típicas de trajetórias individuais e de mundos sociais, sistemas de crenças e de práticas, hábitos e projetos de vida, a questão da realização profissional (valorização profissional e retorno financeiro) aparece como um elemento central de análise justamente por articular elementos relativos à identidade pessoal e profissional às condições concretas nas quais o trabalho docente se realiza.

As implicações relacionadas à prática docente enquanto atividade complementar podem ser compreendidas em duas dimensões, uma relacionada a aspectos de organização do processo de trabalho que envolveria a distribuição da carga horária ao longo dos semestres, a disponibilidade para reuniões pedagógicas, a participação em comissões e iniciativas de ajustes curriculares e outra referente aos saberes (conhecimento, habilidades e atitudes) mobilizados pelos docentes que servem de base para seu ofício (docente). Em relação à primeira dimensão, observa-se uma possível associação entre a percepção da prática docente como atividade complementar e baixo grau de compromisso e de apropriação em relação ao processo de ensino:

Isso acaba sobrecarregando outros docentes a participar de todas as comissões e de tudo que se tem que fazer na universidade... acaba ficando uma visão feia... são os espelhos ruins para o aluno (Tânia).

Se eu tivesse uma varinha de condão agora... talvez fazer cada um fazer o seu mínimo, que não é só ir lá dar aula, fazer suas horas... fazer todos participarem pelo menos de uma comissão para fazer eles conhecerem todo o processo (Juan).

Acho que o indivíduo não ensina o que ele quer ou pelo menos ele não ensina só o que ele quer... a gente se deu conta em um dado momento que, quando a gente falava Diretrizes Curriculares Nacionais, o professor não sabia nem o que era (Dermeval).

No que se refere aos saberes mobilizados diariamente em sala de aula, caberia perguntar: qual a natureza desses saberes? Referem-se a conhecimentos científicos? Dizem respeito a conhecimentos técnicos, saberes da ação? São conhecimentos de base racional sustentados em argumentos ou se apoiam em crenças implícitas? Não parece ser razoável, pelas características específicas da docência praticada por médicos, discutir esse trabalho sem relacioná-lo com os condicionantes do contexto do trabalho médico.

Tardif (2014) argumenta que as múltiplas articulações entre prática docente e saberes fazem do docente um grupo social cuja existência dependeria em grande medida de sua capacidade de dominar, integrar e mobilizar tais saberes, e, segundo a ótica tradicional da sociologia das profissões, espera-se que eles tentem se impor como uma das instâncias de definição e controle dos saberes efetivamente integrados a essa prática. De um modo geral, segundo o autor, os professores ocupariam uma posição estratégica, porém desvalorizados socialmente, e, na impossibilidade de controlar os saberes curriculares e da formação profissional, como observado neste estudo, tendem a produzir ou tentar produzir saberes através dos quais eles compreendem sua prática.

No caso dos docentes das escolas médicas, os saberes prevalentes dos docentes são os da prática médica liberal, saberes práticos ou experimentais. Esse ponto de atenção é extremamente relevante ao se levar em consideração que o padrão tecnológico dominante das práticas de saúde sob forte influência do modelo biomédico toma a doença como objeto e se caracteriza, entre outros, pela explicação unicausal da doença, pelo tecnicismo e pela especialização e deposita na assistência médica (e não no trabalho interprofissional) o alcance do seu objetivo: a cura. Tomar como referência as práticas de saúde para a elaboração de um projeto educativo, como propõem as DCNs, implicaria considerar as dimensões objetivas do trabalho em saúde considerando, como seu objeto, os problemas de saúde e as necessidades sociais de saúde, o que impõe uma análise dessas necessidades e seus determinantes, bem como das tecnologias ou meios de trabalho necessários para transformá-los.

Fato é que reconhecidamente temos lacunas de ordem técnica e social diretamente articuladas à conformação de identidades profissionais dos docentes e, portanto, com implicação para alcance desses objetivos, como pode ser a seguir observado:

E eu falei: “Caramba... que loucura, sou professor e nunca ninguém me falou isso, que existem teorias para isso”... coisas do passado, coisas muito mais modernas de ensinar e como avaliar, de avaliação formativa... (Anísio).

Eu diria que essa preparação do professor está para além das questões técnicas... ela precisa ser também uma questão humanitária (Paulo).

A análise das características da formação, da trajetória socioprofissional, de forma articulada ao mundo vivido do trabalho implica o reconhecimento de que, o desenvolvimento do trabalho universitário da área da saúde requer cuidadosos estudos e investigações que busquem articular as dimensões institucionais às dimensões pessoais e coletivas, pois é na inter-relação de várias perspectivas que se configura um olhar crítico-reflexivo sobre esse trabalho como prática social.

Mas, afinal de contas, o que seria um “bom docente”? Os professores dos cursos médicos entrevistados, quando questionados sobre isso, o que responderam? Quais foram os principais argumentos utilizados para justificar o por que todos se consideram bons docentes? Foi possível identificar, em linhas gerais, que a preocupação dos docentes do que seria um bom “desempenho docente” estaria relacionada à dedicação no desempenho da função, à vontade de aprender e à superação de um “tipo” de docente diferente daqueles com que tiveram vivências durante sua experiência na graduação médica:

Que pergunta difícil... eu costumo dizer que eu sou um professor que eu gostaria de ter tido... eu tento como professor fazer o que eu gostaria que fizessem comigo... eu tento fazer o curso ser muito real para eles... diferente do que eu recebi daqueles meus professores que (Florestan).

Primeiro eu acho que a pessoa tem que estar querendo ser docente, querendo ser professor, ter prazer com isso... eu acho que eu tenho... não é uma questão de status de ser professor na universidade... eu acho que essa ideia de tentar fazer o melhor, acho que isso me torna um bom professor (Paulo).

Eu acho que o professor tem que ter vontade de ensinar e gosto de aprender também... porque você ensinando você aprende muito mais... (Isabel).

Me considero bom docente principalmente pela paixão com que eu me dedico à atividade de ensinar... eu acho que sem amor, sem dedicação, sem

interesse na formação desse aluno, a gente não consegue ser um bom docente (Tânia).

A análise dos segmentos de textos no contexto de aparecimento das respostas sobre esse tópico permitiu a identificação da “abordagem pedagógica” e da relação construída com os discentes como principais argumentos que justificariam o conceito de “bom docente”:

Então eu costumo trabalhar mais ou menos essas coisas com eles, assim, não só na teoria, como muito prática... eu acho que eu tenho coerência da minha fala com a minha prática (Dermeval).

Eu tento deixar de forma que seja compreensível, que seja palatável e, por fim, eu acho que o professor deve realmente ensinar só aquilo que ele detém o conhecimento (Juan).

Se colocar na posição de quem está aprendendo e que aquilo ali é uma coisa que pode parecer muito simples para você, mas para aquela pessoa pode não ser tão simples (Antônio)

Primeiro e fundamental de conviver com o aluno... ter prazer com isso, essa é a primeira coisa... um bom docente é aquele que toca o aluno, aquele negócio que a gente falou no começo do afeto (Darcy).

A realização de atividades que despertam menos interesse dos docentes no cotidiano do ensino, como aspectos burocráticos, o envolvimento em atividades de pesquisa e a orientação de trabalhos de conclusão de curso, bem como a disponibilidade em discutir questões relacionadas ao mercado de trabalho e ao exercício profissional, também foram utilizadas como embasamento para justificar o conceito de “bom docente”:

Eu acolho os alunos assim para orientar trabalho e para participar da liga [acadêmica]... eu já cheguei ao cúmulo de estar com seis alunos no TCC, que nem o departamento recomenda... mas eles ficam desesperados, e eu fico meio angustiado, porque eles não têm orientação, e eu vou e ajudo (Anísio).

Trabalho com eles a questão da utilização de rede social, do código de ética médica e outros aspectos sobre marketing e posicionamento do médico dentro da sua carreira (Florestan).

De certa forma eu tento não fugir muito das obrigações... como é que eu posso dizer... chatas, entre aspas, de professor (Paulo).

Fica implícito pelo discurso dos docentes que os principais subsídios para análise do desempenho de suas práticas são os mecanismos de autopercepção e o retorno obtido por parte de ex-alunos, não sendo possível identificar nenhuma menção

a mecanismos institucionais/formais de avaliação que instrumentalizem a maneira de conceber e desenvolver o processo de ensino e aprendizagem:

Então eu me considero um bom docente, pois, quando eu encontro meus ex-alunos nos vários ambientes de trabalho, eles dizem o quão saudosos eles são daquela época (Dermeval).

A falta de atenção das instituições de ensino para esses aspectos pode gerar resistências ao processo de mudança na formação médica à medida que o docente não se sinta motivado em se envolver com estratégias de melhoria do processo de ensino e aprendizagem por avaliar que esse envolvimento se configure em uma espécie de “desvio” do que supostamente deveria ser o foco da carreira acadêmica.

A necessidade de tomar a prática docente como objeto de análise, investigação e intervenção e de repensar os espaços de formação dos docentes exige o reconhecimento de que a realidade social vai além da escolha adequada e da aplicação de meios e procedimentos a partir da redução do saber docente a processos mentais (representações, imagens, processamentos de informações, esquemas) cuja base é a atividade cognitiva dos indivíduos.

As demandas para formação de sujeitos capazes de operar sistemas de saúde em níveis de qualidade socialmente diferenciados e capacitados a transformar positivamente as práticas de cuidado em saúde precisam situar a formação docente ao mundo do trabalho, valorizando a reflexão, a prática, os saberes da experiência e as oportunidades de troca e interlocução alinhada com o que Almeida-Filho (2013) sugere na (re)criação de estratégias que estimulem uma postura inter-transdisciplinar, interprofissional, multirreferenciada, sensível culturalmente, politicamente responsável e fomentadora de equidade.

5.2.2 A conformação da identidade profissional e o desenvolvimento de competências orientadas para a mudança das práticas: contra o fluxo ou segue o fluxo

Diante dos achados deste estudo, cabe retomar a questão central da investigação: de que forma a identidade profissional repercute na prática de docentes das escolas médicas brasileiras, considerando a necessidade de superação das desigualdades sociais, com vistas à garantia do direito à saúde?

Para responder essa questão, é necessário recuperar brevemente o pressuposto inicial formulado de que o processo de construção da identidade profissional dos docentes é influenciado tanto por fatores profissionais quanto pelas formas típicas de suas trajetórias individuais, de mundos sociais e sistemas de práticas. As formas identitárias socialmente pertinentes em um determinado campo de ação, por sua vez, seriam compreensíveis a partir de dois eixos: o processo relacional e o processo biográfico, conjuntamente definidos por Dubar como “formas identitárias”, nas quais temos uma concepção de ator, que se define a um só tempo pela estrutura de sua ação e pela sua formação, inseridas em um contexto e uma história (Dubar, 2005).

A partir da compreensão da carreira docente como projeto de ação socializado e que articula, portanto, aspectos individuais e sociais, concretizados pelas trajetórias de vida das pessoas, mas também pelas organizações de trabalho, defende-se a tese de que a ação docente, no recorte estudado, tem contribuído de maneira incipiente para a produção de egressos qualificados técnica e eticamente para trabalhar com a diversidade econômica, cultural, social e epidemiológica que define a maioria da população brasileira.

A tese fundamenta-se na produção de evidências articulada ao quadro teórico de referência que ofereceu uma base conceitual para a análise das questões abordadas. As entrevistas realizadas possibilitaram a obtenção de perspectivas ricas apresentadas diretamente pelos atores envolvidos tanto no processo de mudanças da educação médica quanto na prática docente. A triangulação entre teoria e dados obtidos por meio das entrevistas estimulou uma compreensão mais profunda e crítica das questões investigadas.

“Política proposta” e “política de fato”: atores, disputas, normas e contextos

Os limites da contribuição das “formas identitárias” e das práticas docentes nos cursos de Medicina na produção de egressos, numa perspectiva ampliada, encontraram, inicialmente, justificativa no próprio contexto de sua efetivação, uma vez que a carreira profissional, enquanto microestrutura ou projeto de ação socializado, deve ser compreendida como uma relação dialética entre o projeto social (estrutura objetiva) e o projeto de vida de cada pessoa (estrutura subjetiva).

A identificação de elementos históricos e estruturantes relacionados ao movimento de renovação da escola médica no Brasil, articulado ao objetivo específico 1 do estudo, permitiu contextualizar a educação médica enquanto expressão de uma política educacional, explicitando a existência de disputas em torno do que e como ensinar, situando a educação e saúde como um dos setores subordinados à estrutura econômica, ainda que guarde certo grau de autonomia.

Mais que isso, essa etapa evidenciou uma correlação de forças desfavorável aos processos de mudanças na formação diante de um contexto caracterizado pela crescente privatização dos serviços educacionais, pela intensificação da financeirização e pela mercantilização do ensino médico, o que contribui para a agudização das contradições e dos distanciamentos no âmbito da educação médica. Vale destacar que o próprio Estado brasileiro teve participação na expansão de cursos de Medicina em instituições privadas, fortalecendo a lógica do mercado na área da formação em saúde em detrimento do interesse público, não obstante o processo de subfinanciamento e fragilização pelo qual o SUS vem passando ao longo dos anos.

A reconfiguração empresarial do setor educação com tendências de oligopolização e financeirização na área da Educação Médica aponta fortes impactos: (1) nas dinâmicas de remuneração, seleção, vínculos, jornadas e dedicação envolvidas na prática docente; (2) na perda progressiva de protagonismo das universidades públicas nos debates da formação; (3) na valorização da prática liberal e privada e (4) na captura da agenda pública da educação médica pelos interesses de mercado.

Os avanços obtidos no âmbito da Educação Médica no contexto brasileiro em função da mobilização de atores comprometidos com a saúde do público se evidenciaram, entre outros, na incorporação de conceitos e estratégias em textos legais e documentos oficiais (Diretrizes Curriculares Nacionais) que ajudaram a justificar e sustentar os discursos de mudanças que tiveram a CINAEM como marco aglutinador. No entanto, a efetivação delas a partir da materialização da “política proposta”, que revela as intenções, e da “política de fato”, que define as orientações curriculares em “política em uso”, aquela que se efetiva na realidade, envolve um processo de atuação – a realização dessa política na prática e através da prática.

Na abordagem deste estudo, sugerimos uma reflexão crítica sobre os usos da noção de identidade nas Ciências Sociais, concebendo-a como um fenômeno social dinâmico e em processo, implicado fundamentalmente por relações de poder. De

acordo com as ideias de Sodré (1999), o conceito de identidade diz respeito a questões que envolvem a vida do homem em suas relações com o mundo, sendo que cada um é parte de continuidades sócio-históricas, afetado pela integração, num contexto global, de carências e presenças constantes (naturais, psicossociais) e de relações com outros indivíduos. A identidade humana seria, portanto, constituída por um complexo relacional, ligando o indivíduo a um quadro de referências móveis e fixas, resultado da interseção da história particular com as dos grupos dos quais faz parte e com o conjunto de referências em torno da estrutura do indivíduo na família e no social. Assim, a identidade deve ser compreendida como um campo de negociação e de construção dinâmica, um processo em constante transformação influenciado por interações sociais, econômicas e midiáticas.

Ennes e Marcon (2014) argumentam sobre a necessidade de superar um debate no qual tal dimensão nem sempre é considerada de forma adequada, mesmo quando dá visibilidade às culturas não dominantes em seus embates com as políticas oficiais e com a indústria cultural, a partir de uma crítica aos usos essencializadores e naturalizadores do termo identidade.

A “política em uso” como resultado do trabalho docente

As “formas identitárias” assumidas pelos docentes dos cursos de Medicina a partir da caracterização da formação, da trajetória socioprofissional (trajetórias subjetivas) e dos elementos do trabalho foram objeto de análise deste estudo, articuladas aos objetivos específicos 2 e 3, produzindo evidências de que, embora o saber e a prática no campo da educação estejam articulados à transformação histórica do processo de produção econômica, isso não acontece de maneira mecânica, guardando certo grau de autonomia, abrindo espaço para eventual conflito entre projetos.

A “forma identitária” que se configura nas relações sociais e de trabalho, responsável por escolhas e atividades no contexto do convívio social enquanto resultado do encontro entre trajetórias socialmente condicionadas e campos socialmente estruturados, se organiza em torno de três elementos: (1) o “**mundo vivido do trabalho**”, (2) **a trajetória socioprofissional** e principalmente os movimentos de emprego, e (3) **a relação dos profissionais com a formação** e, em especial, a maneira como aprenderam o trabalho que realizam. A análise desses

elementos corrobora a hipótese de que as “formas identitárias” capturadas no estudo apresentam limitado potencial de alteração do padrão hegemônico das práticas educativas tanto nas suas relações técnicas quanto sociais, constitutivas do “processo de produção de médicos”.

Em relação ao primeiro item, chamaram atenção a falta de reflexões relacionadas à associação da prática docente com o processo de fortalecimento do SUS e a baixa articulação de saberes e conteúdos às demandas de saúde ou à estruturação da Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto dispositivo de transformação do modelo assistencial. Como características principais do cotidiano, destacaram-se a baixa incorporação do planejamento como parte do trabalho docente e dificuldades de implantação dos projetos pedagógicos de forma coletiva em função da indisponibilidade de tempo dos docentes para o trabalho colaborativo, seja entre pares do mesmo componente curricular e até mesmo com outras categorias profissionais na lógica do trabalho em equipe.

A partir do discurso dos entrevistados, é possível identificar aspectos do padrão tecnológico dominante das práticas da educação médica expressas nas estruturas curriculares, bem como nos modelos pedagógicos colocados em prática. O saber-fazer dos docentes que deveria estar direcionado para uma formação geral do médico na graduação vai de encontro à expectativa de parte de discentes e docentes em métodos e conteúdos que tragam êxito nos processos de seleção nos programas de residência, que acabam priorizando a memorização de conteúdo em detrimento de outras habilidades.

Mesmo diante da diversidade de possibilidades de cenários de ensino e aprendizagem que compõem suas áreas, o período do internato se concentrou no ambiente hospitalar, fato esse justificado a partir da noção de “complexidade” desse equipamento de saúde associado à densidade tecnológica e considerado como espaço mais apropriado de desenvolvimento de competências inerentes à prática médica. Talvez em decorrência dessa compreensão os docentes tenham se referido à percepção de pouca ênfase dada no desenvolvimento de raciocínio clínico.

Os aspectos éticos, políticos e sociais envolvidos na pandemia, mesmo diante das repercussões econômicas e na saúde mental dos indivíduos em função das medidas de prevenção e controle adotadas pelas autoridades sanitárias locais, não produziram qualquer movimento de inflexão sobre questões científicas, tecnológicas e criativas que pudesse promover ou estimular a compreensão da saúde considerando

seus aspectos estruturais e as implicações das diferentes inserções sociais dos sujeitos na sociedade em suas formas de viver e adoecer. As práticas sem evidências científicas propagadas pelo governo federal à época não foram suficientes para ampliar as discussões em torno da relevância pública do projeto político-pedagógico dos cursos de Medicina.

No que diz respeito à trajetória socioprofissional expressa pelos movimentos de emprego (item 2), cabe destacar que a prática docente no âmbito da educação médica se configurou como um elemento secundário, cuja motivação se dá de forma circunstancial e desarticulada de planejamento e investimento prévio. Identificaram-se baixo investimento no desenvolvimento de competências específicas para ingresso na universidade, ausência de planos de desenvolvimento docente tomando o trabalho docente como elemento de análise e ressignificação de práticas e constatou-se que nenhum docente auferia mais da metade da renda mensal a partir da atividade docente ou atua em regime de dedicação exclusiva.

As implicações relacionadas à prática docente enquanto atividade complementar estariam relacionadas a aspectos de organização do processo de trabalho, baixo grau de participação em projetos de melhoria do processo de ensino e aprendizagem e de apropriação dos componentes de ensino. A falta de preparo didático-pedagógico (pelo não investimento pessoal e pela baixa exigência institucional) foi reconhecida pelos próprios entrevistados como uma característica predominante.

A questão da insatisfação com a remuneração e o baixo prestígio social da prática docente dentro da comunidade médica se apresentaram como fatores decisivos nas escolhas que os docentes fizeram/fazem na sua trajetória socioprofissional, resultando na priorização do exercício da prática médica em consultório como atividade profissional mais importante e visto até como uma vantagem ou ganho pedagógico na preparação do futuro médico.

Elementos relacionados à prática médica e diferentes concepções sobre saúde e cuidado, enraizados dentro e fora das universidades, forneceriam subsídios importantes para a perpetuação do modelo de ensino caracterizado pelo padrão tecnológico dominante das práticas de saúde sob forte influência do modelo biomédico. Tais elementos podem potencialmente interferir na constituição das formas identitárias e influenciar diferentes atitudes, valores e condutas dos docentes, sobretudo diante da pouca atenção aos aspectos pedagógicos por parte deles em

relação à sua prática e das variadas formas de pagamento do trabalho médico que priorizam a quantidade e os procedimentos em detrimento de um cuidado efetivo, o que acabaria reforçando a tendência especializante dos cursos compostos por docentes acostumados ao manejo de tecnologias de alta densidade tecnológica.

Em relação ao item 3 (a maneira como se aprende o trabalho que realiza), a questão da falta de preparo com relação aos aspectos pedagógicos da ação docente foi relatada como elemento que tem merecido pouca atenção, concebendo-se uma prática autônoma, intuitiva e com base em modelos anteriores. A participação em processos formativos (*stricto sensu*) dos docentes entrevistados ocorreu na maioria das vezes sem um planejamento prévio, em período posterior à entrada na instituição de ensino e, em alguns casos, se constituindo apenas numa possibilidade a ser efetivada em algum momento da carreira, decisão essa de caráter individual desarticulada de um plano de carreira ou de objetivos/metasp institucionais.

Essa situação seria agravada ainda pela fragilidade nos critérios e mecanismos de seleção das instituições de ensino, que prescindiriam de um processo de preparação profissional voltado para o desenvolvimento de competências pedagógicas ao enfatizar o domínio de conhecimentos específicos das especialidades médicas. A ausência de destaque relevante para dispositivos institucionais de atualização das práticas pedagógicas sinaliza para a baixa reflexão da prática diária, caracterizada pela complexidade, singularidade, intersubjetividade e presença de conflito de valores, o que exigiria analisar permanentemente como o docente utiliza o conhecimento científico, elabora rotinas, experimenta hipóteses de trabalho e utiliza técnicas na constituição de um trabalho pedagógico permeado de intencionalidade.

As relações (sociais) que o docente estabelece com esses diferentes saberes construídos ao longo da vida são acionadas nas relações com grupos, instituições e atores que fazem parte do cotidiano da sua prática docente atual (carreira profissional) no âmbito da Educação Médica como expressão de uma política educacional e, portanto, como um processo social, relacional, temporal, discursivo, revestido de relações de poder. Não foi identificada nos discursos dos entrevistados nenhuma evidência do envolvimento com instituições, movimentos ou projetos de caráter coletivo ao longo da formação profissional, da trajetória socioprofissional ou de funções desenvolvidas no mundo do trabalho que pudessem contribuir para a compreensão dos diversos projetos em disputa e subsidiar ações voltadas para a

garantia do direito à saúde e a promoção da equidade tanto no âmbito das práticas de saúde quanto das instituições de ensino.

Ajustamento ou construção relacional? Dois caminhos possíveis...

A expansão dos cursos privados de Medicina e a reconfiguração empresarial do setor identificadas na revisão de literatura reafirmam a importância da adoção de um enfoque que permita conhecer as limitações e as possibilidades de elaborar estratégias e táticas para as lutas ideológicas no campo da educação e saúde, incluindo aí elementos de saberes e práticas docentes, uma vez que a disputa de compreensões e projetos que se materializam no cotidiano da formação expressa uma complexa trama de relações com dimensões técnicas, éticas, políticas e sociais.

Em função do plano de análise deste estudo, analisar as formas identitárias dos docentes de Medicina na contemporaneidade implicaria considerar dois caminhos: o da busca do ajustamento mais definido e estável ou a ação de construção relacional entre pessoa-mundo do trabalho, sendo a carreira psicossocial uma síntese temporária dessa relação que pode levar a uma apropriação da carreira (possibilidade) ou a uma relação instável e transitória que dificultaria essa apropriação (instrumentalidade).

Coube, portanto, um esforço de analisar a trajetória, a formação e a prática docente desses atores como uma prática social, diretamente articuladas às intencionalidades de sua ação, qual seja, a formação de pessoal capaz de subsidiar a ampliação e consolidação do SUS de forma articulada e coerente com os processos incluídos e democráticos propostos pela Reforma Sanitária Brasileira.

A referida análise indicou características das “formas identitárias” assumidas mais próximas do ajustamento, sendo que o projeto profissional estaria aí marcado por uma identificação aos quadros identitários constituídos e que levaria a pessoa a conservar a estrutura instituída em uma estabilidade subjetiva ou pela cristalização identitária. Também foram identificados, ainda que de maneira não predominante, elementos de construção relacional, vinculada à instrumentalidade, em que as ações e escolhas estariam “aprisoadas” às circunstâncias, com reduzido espaço para apropriação configurando-se enquanto formas identitárias de difusão adaptativa (Demazière; Dubar, 2006). Para Certeau (1994), esse é o mundo das táticas, que prende as pessoas na temporalidade presente e reduz sua ação ao momento de agir,

pois não transforma as resultantes da ação em recurso disponível para si em função de sua perenidade.

Segundo Ribeiro (2009), a possibilidade, em termos de construção identitária, embora não assumida pelos docentes do estudo, caracterizar-se-ia pela noção de projeto e de microestruturas construídas coletivamente através de estratégias submetidas às injunções do real, que, ao mesmo tempo que as transformam, possibilitam a emergência de padrões heterogêneos e múltiplos, não apostando na estabilidade permanente de uma estrutura hegemônica e genérica. Sendo assim, a possibilidade como categoria construída na relação e na constante transformação recíproca seria de sínteses temporárias como modelos transitórios (foco na relação pessoa-trabalho) essenciais aos processos de mudanças significativas.

6 O CAIS: PONTO DE CHEGADA E DE NOVAS ROTAS

A dialética, enquanto método através do qual se pode compreender a realidade social e também o curso da ação que leva à mudança dessa realidade pela explicitação das contradições da realidade e dos seus fenômenos, tendo como base a atividade prática concreta do ser histórico, fornece importante contribuição para análise das evidências produzidas neste estudo.

As “formas identitárias” constituídas pelos docentes em suas carreiras, como construções psicossociais, seriam sínteses possíveis da relação pessoa-mundo do trabalho, vistas como microestruturas não infinitas, em processo, portanto não estáveis, resultantes do processo de estruturação, desestruturação e formação de novas estruturas.

Explicitar como as atividades universitárias de interpretação das necessidades sociais provenientes das estruturas externas constituem, reproduzem e transformam a identidade profissional dos docentes e suas implicações na formação de futuros profissionais exige uma permanente formulação crítica sobre como a Educação Médica se articula com o próprio sistema social de um modo geral e, em particular, com instituições, serviços e práticas médicas.

O esforço de analisar a trajetória, a formação e a prática docentes, como uma prática social, está diretamente articulado à perspectiva da formação de pessoal capaz de subsidiar a ampliação, consolidação e requalificação do Sistema Único de Saúde coerentes com os processos incluídos e democráticos propostos pela Reforma Sanitária Brasileira. Aponta a pertinência de estruturar conhecimentos e habilidades que conformem competências profissionais organicamente vinculadas à construção de uma consciência crítica e para a promoção de práticas inovadoras que respondam às demandas de um sistema de saúde mais inclusivo e democrático frente a um cenário de expansão do projeto mercantilista e de destruição do SUS, fortalecido, sobretudo, pelo golpe parlamentar-midiático de 2016.

A redefinição dos meios de trabalho e das atividades docentes, bem como a reconfiguração do agente-sujeito, devem voltar-se para um conjunto de práticas estruturadas sobre o coletivo e o exercício de funções de direção do processo coletivo de trabalho como forma de viabilizar a intervenção estruturada para atender às necessidades de saúde da população. Mas não só isso, o trabalho docente, por suas dimensões técnica, econômica, política e ideológica, envolve um componente ético

essencial vinculado à emancipação dos seres humanos, devendo ser transversalizado por valores de equidade, justiça e democracia (Paim, 2006).

A partir do estudo realizado, considera-se necessário ampliar as transformações em curso dentro das escolas médicas a partir de novas experiências de organização curricular e de metodologias de ensino. O planejamento da preparação do corpo docente levando em conta as diferentes realidades regionais também é outro aspecto que merece destaque diante do acelerado processo de ampliação de cursos. O enfrentamento desses problemas pedagógicos precisa estar articulado às transformações na organização do sistema de saúde e nas práticas sanitárias por seu poder de determinação sobre a formação. A diversificação dos cenários de ensino e aprendizagem, desde que estruturados na lógica de práticas de saúde mais equitativas, pode apoiar a concretização do conceito ampliado de saúde.

O fato é que o desafio atual exige uma produção discursiva e política capaz de reposicionar os atores sociais no campo da educação médica, construindo convergências e identificando possibilidades de formação de uma massa crítica de maneira articulada às mudanças nas práticas de cuidado e reorientação dos modelos de atenção, o que requer uma participação expressiva da categoria médica e o redirecionamento das posições políticas de suas entidades.

Por outro lado, o desvelamento das estruturas de poder envolvidas nessa agenda demonstra como o processo de financeirização da educação médica e os interesses privados na saúde têm sido predominantes na definição do perfil do médico que vem sendo formado, o que torna fundamental a compreensão crítica das relações entre educação, saúde e sociedade. A saúde e a educação, ao integrarem uma cidadania plena, têm o potencial de abranger diferentes grupos e estratos sociais, que, em teoria, seriam fortes o suficiente para desafiar o poder hegemônico, porém, na prática, isso não ocorre. Nessa direção, as mudanças nas relações políticas entre sujeitos e atores sociais mostram-se inadiáveis, visto que os esforços desenvolvidos no limite têm se concentrado na redução dos retrocessos nas políticas e em projetos educacionais.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, E. M. de. *Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas*. 2009. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2411>. Acesso em: 21 jan. 2020.
- ALÉSSIO, M. M.; SOUSA, M. F. de. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. *Physis*, v. 26, n. 2, p. 633-637, abr. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200015>.
- ALMEIDA-FILHO, N. Higher education and health care in Brazil. *Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 1898-1900, 2011.
- ALMEIDA-FILHO, N. de. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 18, n. 6, p. 1677-1682, 2013.
- ALMEIDA-FILHO, N. de. Competência tecnológica crítica em saúde. *Interface – Comun., Saúde, Educ.*, v. 22, n. 66, p. 667-671, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0257>. Acesso em: 30 ago. 2021.
- ALMEIDA-FILHO, N. de; NUNES, T. C. M. Inovações curriculares para formação em saúde inspiradas na obra de Anísio Teixeira. *Trab. Educ. Saúde*, v. 18, supl. 1, 0025486, 2020. Disponível em: <https://rb.gy/>. Acesso em: 18 maio 2021.
- ALMEIDA-FILHO, N. de; COUTINHO, D. M. B. Inter-transdisciplinaridade na Educação Superior no Brasil. In: GAMBI, T.; COSENTINO, D. do V.; GAYDECZKA, B. *O desafio da interdisciplinaridade*. Belo Horizonte: Fino Traço, 2013. p. 21-32.
- ALVES, C. R. L. et al. Mudanças curriculares: principais dificuldades na Implementação do Promed. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 37, n. 2, p. 157-166, 2013. Disponível em: <https://rb.gy/9pia64>
- ANDRÉ, J. C. et al. Cursos preparatórios para os exames de residência e a evasão dos cenários de prática: cadê o interno que estava aqui?. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 43, n. 1, p. 105-114, jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1RB20170127ING>.
- AROUCA, A. S. da S. *O dilema preventivista contribuição para a compreensão e crítica à medicina preventiva*. Tese. Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, São Paulo, 1975.
- BALL, S. J. Diretrizes políticas globais e relações políticas locais em educação. *Currículo sem Fronteiras*, v. 1, n. 2, p. 99-116, jul./dez. 2001.

BALL, S. J. Sociologia das políticas educacionais e pesquisa crítico-social: uma revisão pessoal das políticas educacionais e da pesquisa em política educacional. *Currículo sem Fronteiras*, v. 6, n. 2, p. 10-32, jul./dez. 2006.

BARBOSA, E. C. V.; VIANA, L. O. Um olhar sobre a formação do enfermeiro/docente no Brasil. *Rev. Enferm. Uerj*, v. 16, n. 3, p. 339-344, jul./set. 2008.

BARBOZA, J. S. F. Humanidades médicas e seu lugar no currículo: opiniões dos participantes do Cobem/2017. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 44, n. 1, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190155>. Acesso em: 9 jun. 2021.

BARRETO, I. C. H. C.; ANDRADE, L. O. M.; MOREIRA, A. E. M. M.; MACHADO, M. M. T.; SILVA, M. R. F.; OLIVEIRA, L. C. et al. Gestão participativa no SUS e a integração ensino, serviço e comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. *Saude Soc.*, v. 21, Supl 1, p. 80-93, 2012.

BATISTA, N. A. Conhecimento, experiência e formação: do médico ao professor de Medicina. *Interface*, Botucatu, v. 2, n. 3, p.141, ago. 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32831998000200013>.

BATISTA, N. A.; SILVA, S. H. S da. A função docente em medicina e a formação/educação permanente do professor. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 22, n. 2-3, p. 31-36, set. 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v22.2-3-004>.

BENÈ, K. L.; BERGUS, G. When learners become teachers: a review of peer teaching in medical student education. *Fam. Med.*, v. 46, n. 10, p. 783-787, nov./dez. 2014.

BERLINGUER, G. *Medicina e Política*. São Paulo: HUCITEC, 1978.

BIERNACKI, P.; WALDORF, D. Snow ball sampling: Problems and techniques of chain referral sampling. *Sociol. Methods & Res.*, v. 10, p. 141-163, nov. 1981.

BOLLELA, V. R. et al. Instituto regional de educação para as profissões da saúde: o currículo Faimer Brasil. *Cad. Abem.*, p. 12-16, 2016.

BOSI, M. L. M.; PAIM, J. S. Graduação em saúde coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 15, n. 4, p. 2029-2038, 2010.

BOTTI, S. H. de O.; REGO, S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são seus papéis? *Rev. Bras. Educ. Médica*, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, p. 38, 9 nov. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. *Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências*. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Diretoria de Programas e Bolsas no país – DPB. Coordenação Geral de Programas Estratégicos – CGPE. Coordenação de Indução e Inovação – CII. *Pró-Ensino na Saúde*: edital n. 024/2010. Brasília - DF: MEC, 2010.

BRASIL. Resolução CNE/CES n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília-DF, p. 8-11, 23 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. *Sistema e-MEC de Instituições e Cursos de Educação Superior*. 2020. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br>. Acesso em: 17 fev. 2020.

CABRAL, M. P. G. et al. Educação médica, raça e saúde: o que falta para a construção de um projeto pedagógico antirracista?. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 46, n. 4, p. e133, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.3-20210343>.

CAMARGO, B. V. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V.; JESUINO, J. C.; NÓBREGA, S. M. (Orgs.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: EdUEPB, 2005. p. 511-539.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol* [Internet], v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>. Acesso em: 10 out. 2024.

CAMPEDELLI-LOPES, A. M.; BICUDO, A. M.; ANTÔNIO, M. Â. R. de G. M. A evolução do interesse do estudante de medicina a respeito da Atenção Primária no decorrer da graduação. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 40, n. 4, p. 621-626, out. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e00732015>.

CÂNDIDO, P. T. da S.; BATISTA, N. A. O Internato Médico após as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um Estudo em Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, n. 3, p. 36-45, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3RB20180149>.

CANUTO, A. M. M.; BATISTA, S. H. S. S. Concepções do processo ensino aprendizagem: um estudo com professores de medicina. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 33, n. 4, p. 624-632, out./dez. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/8hHRzkGMpx96fnRpsywwGHq/?lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2021.

CARDOSO, M. L. M. et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, 2017.

CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

CERTEAU, M. de. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. v. 1. Petrópolis: Vozes, 1994.

CHARON, R. Narrative and medicine. *N Engl J Med*, v. 350, n. 9, p. 862-864, 2004.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

COLON-GONZALEZ, M. C.; EL RAYESS, F.; GUEVARA, S.; ANANDARAJAH, G. Successes, challenges and needs regarding rural health medical education in continental Central America: a literature review and narrative synthesis. *Rural Remote Health*., v. 15, n. 3, p. 3361, jul./set. 2015.

CONTI, A. Estrutura social y medicina. *In: Medicina y Sociedad*. Barcelona: Fontanela, 1972. p. 287-310.

CONTRERAS, J. *A autonomia de professores*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

COSTA, N. M. S. C. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 31, n. 1, p. 21-30, 2007.

CYRINO E. G. et al. O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança? *Esc. Anna Nery*, v. 19, n. 1, p. 5-6, 2015.

CYRINO, E. G. et al. Há pesquisa de ensino na saúde no Brasil? *ABCS Health Sci.*, v. 40, n. 3, p. 146-55, 2015.

DEMAZIÈRE, D.; DUBAR, C. Trajetórias profissionais e formas identitárias: uma teorização. *In: GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, H. (Orgs.). Desemprego: trajetórias, identidades, mobilizações*. São Paulo: SENAC, 2006. p. 165-187.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro; PEREIRA, Luiz. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DOWBOR, L.; BLANDY, B. de A. A financeirização da educação brasileira e seus impactos. *Revista Eletrônica Esquiseduca*, v. 14, n. 36, p. 801-825, 2023. DOI: <https://doi.org/10.58422/repesq.2022.e1335>.

DUBAR, C. *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. Tradução. Anette Pierrette R. Botelho e Estela Pinto R. Lamas. Portugal: Porto editora, 1997.

DUBAR, C. *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

DUBAR, C.; TRIPIER, P. *Sociologie dès professions*. Paris: Editions Armand Colin, 1998.

ENNES, M.; MARCON, F. Das identidades aos processos identitários: repensando conexões entre cultura e poder. *Sociologias*, [S. l.], v. 16, n. 35, 2014. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/sociologias/article/view/46160>. Acesso em: 22 out. 2024.

ESPERIDIÃO, M. A. *O usuário e o julgamento dos serviços de saúde*. 2009. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

FARIA, J. I. L.; CASAGRANDE, L. D. R. A educação para o século XXI e a formação do professor reflexivo na enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, v. 12, n. 5, p. 821-827, 2004.

FERREIRA, C. C.; SOUZA, A. M. L. Formação e prática do professor de medicina: um estudo realizado na Universidade Federal de Rondônia. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 40, n. 4, p. 635-643, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e01012015>. Acesso em: 13 jun. 2021.

FEUERWERKER, L. C. M. *Além do discurso de mudança na Educação Médica: processos e resultados*. São Paulo: HUCITEC, 2002. 306 p.

FIGUEREDO, W. N. et al. Formação didático-pedagógica na pós-graduação stricto sensu em Ciências da Saúde nas Universidades Federais do Nordeste do Brasil. *Acta Paul. Enferm.*, v. 30, n. 5, p. 497-503, out. 2017.

FIGUEIREDO, G. O.; ROMANO, V.; TEIXEIRA JUNIOR, J. E.; STELET, B. Construção coletiva de um currículo por competência para a residência em medicina de família e comunidade. *Sustinere: Rev. Saúde Educ.*, v. 4, p. 265-286, 2016.

FONSÊCA, G. S.; BARBATO, P. R.; BAGATINI, M. D. Desafios da docência: reflexões a partir da vivência em um curso de graduação em medicina. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 53, p. 479-489, 2020.

FONTANELLA, B. J. B.; MAGDALENO JR., R. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. *Psicol. Estudo*, v. 17, n. 1, p. 1763-1771, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287123554008>. Acesso em: 30 out. 2021.

FRANÇA, R. R.; MAKNAMARA, M. A literatura sobre metodologias ativas em educação médica no Brasil: notas para uma reflexão crítica. *Trab. Educ. Saúde*, v. 17, n. 1, p. 1-22, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00182>. Acesso em: 14 jun. 2021.

FRANCO, F. M.; AZAMBUJA MONTES, M. A. de; SILVA, A. R. da. Visão discente do papel da preceptoria médica na formação dos alunos de medicina. *Alexandria: Rev. Educ. Ciênc. Tecnol.*, v. 6, n. 2, p. 229-249, 2013.

FREITAS, D. A. et al. Saberes docentes sobre processo ensino- aprendizagem e sua importância para a formação profissional em saúde. *Interface*, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 437-48, 2016.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5.

FRENK, J. et al. Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud num mundo interdependiente. *Rev. Peru Med. Exp. Salud Publica*, v. 28, n. 2, p. 337-341, jun. 2011. DOI: 10.1590/s1726-46342011000200023. PMID: 21845316.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciênc saúde coletiva* [Internet], v. 24, n. 12, p. 4405-4415, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>.

GADELHA, C. A. G. O Complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

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

GARCÍA-JR., C. A. S. V.; MACHADO, M. I. Dimensão dos problemas éticos implicados na educação médica. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 43, n. 4, p. 99-108, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4RB20180262>. Acesso em: 13 jun. 2021.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e de grupos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2014. p. 64-89.

GOMES, A. P.; REGO S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 35, n. 4, p. 557-566, 2011.

GUEDES, V. L. S.; BORSCHIVER, S. Bibliometria: uma ferramenta estatística para a gestão da informação e do conhecimento, em sistemas de informação, de comunicação e de avaliação científica e tecnológica. In: ENCONTRO NACIONAL DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 6., 2005, Salvador. *Anais...* Salvador: ANCIB, 2005.

GUICHARD, J. Cadres et formes identitaires vicariantes et pratiques en orientation. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, v. 29, n. 1, p. 181-212, 2000.

GUICHARD, J.; HUTEAU, M. *Psicologia da orientação*. Lisboa: Instituto Piaget, 2002.

HADDAD, A. E.; RISTOFF, D.; PASSARELLA, T. M. *A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais*. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2006.

HALL, S. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP & A, 2000.

HALL, S. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP & A, 2002.

KIM, S. Y. Trends in the study on medical education over the last 10 years, based on papertitles. *Yeungnam Univ J Med.*, v. 36, n. 2, p. 78-84, 2019. DOI: 10.12701/yujm.2019.00206.

LACLAU, E.; MOUFFE, C. *Hegemonía y estrategia socialista: hacia una radicalización de la democracia*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina, 2004.

LAHLOU, S. L'analyse lexicale. *Variances*, n. 3, p. 13-24, 1994.

LAMPERT, J. B. *et al.* Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 33, suppl. 1, p. 19-34, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000500003>. Acesso em: 5 jun. 2021.

LARSEN, K. S. (Org.). *Dialectics and ideology in psychology*. Norwood: Ablex, 1986.

LASKARATOS, F. M.; GKOTSI, D.; PANTELIOU, E. A critical review of the core medical training curriculum in the UK: a medical education perspective. *JRSM Open*, v. 5, n. 1, jan. 2014. DOI: 10.1177/2042533313514049.

LOPES, A. C.; MACEDO, E. O pensamento curricular no Brasil. *In*: LOPES, A. C.; MACEDO, E. (Orgs.). *Currículo: debates contemporâneos*. Petrópolis: Cortez, 2002.

LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MACHADO, M. M. B. C. *et al.* Reflexões e significados sobre competências docentes no ensino médico. *Avaliação – Rev. Aval. Educ. Sup.*, v. 22, n. 1, p. 85-104, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aval/a/6bYkBNbfSVGwNCGr36Sfjtr/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 15 jun. 2021.

MACHADO, C. D. B.; WUO, A.; HEINZLE M. Educação médica no Brasil: uma análise histórica sobre a formação acadêmica e pedagógica. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 42, n. 4, p. 66-73, 2018.

MAIA, J. Método clínico e paradigmas da ciência. *Interface: Com. Saúde Educ.*, v. 4, n. 6, p. 177-179, 2000.

MAINDARDES, J. Entrevista com o professor Stephen J. Ball. *Olhares*, Guarulhos, v. 3, n. 2, p. 161-171, nov. 2015. Disponível em: <https://rb.gy/qzrszz>. Acesso em: 20 nov. 2021.

MAINARDES, J.; MARCONDES, M. I. Entrevista com Stephen J. Ball: um diálogo sobre justiça social, pesquisa e política educacional. *Educ. Soc.*, v. 30, n. 106, p. 303-318, 2009. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso em: 20 nov. 2021.

MARCHAND, P. Quelques traces chronologiques de l'exploration textométrique. *Bull. Methodol. Sociol.*, v. 120, n. 1, p. 38-46, 2013. DOI: 10.1177/0759106313497856.

MATUS, C. *Teoria do Jogo Social*. São Paulo: FUNDAP, 2005.

MAUSS, M. *Antropologia*. São Paulo: Ática, 1979.

MENDES, A. M. et al. Mapping pharmacy journals: a lexicographic analysis. *Res. Social Adm. Pharm.*, v. 15, n. 2, p. 1464-1471, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.01.01>.

MENDES GONÇALVES, R. B. *Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico*. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1979.

MENDES GONÇALVES, R. B. *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).

MENDONÇA, E. T.; COTTA, R. M. M.; LELIS, V. P.; CARVALHO JUNIOR, P. M. Paradigms and trends in higher education: the action research methodology as a teacher education strategy. *Interface – Comun. Saúde Educ.*, v. 19, n. 53, p. 373-386, 2015.

MINAYO, M. C de S. Um desafio sociológico para a educação médica. (Apresentações Sociais de Saúde-Doença). *Rev Bras Educ Med*, v. 15, n. 1, p. 25-32, jan. 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v15.1-3-005>. Acesso em: 8 ago. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOREIRA, A. F.; SILVA, T. T. Sociologia e teoria crítica do currículo: uma introdução. In: MOREIRA, A. F.; SILVA, T. T. (Orgs.). *Currículo, cultura e sociedade*. Petrópolis: Cortez, 1994.

MOTTA, I. J.; RIBEIRO, V. M. B. Quem educa quer: a perspectiva de uma analítica queer aos processos de educação em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 18, n. 6, p. 1695-1704, 2013.

NOGUEIRA, R. P. *Do físico ao médico moderno: a formação social da prática médica*. São Paulo: Unesp, 2007.

NUNES, E. D. Juan César García: social medicine as project and endeavor. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 20, n. 1, p. 139-144, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JwYtGBwxKGFSGp6Jv6rbSQM/>. Acesso em: 22 nov. 2021.

OLIVEIRA, D. C.; TEIXEIRA, M. C. T. V.; FISCHER, F. M.; AMARAL, M. A. Estudo das representações sociais através de duas metodologias de análise de dados. *Rev. Enferm. UERJ*, v. 11, n. 3, p. 317-327, 2003.

PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. M. de. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. *Saúde Soc.*, v. 21, supl. 1, p. 94-106, 2012.

PAIM, J. S. A universidade e a reforma sanitária. *Divulg. Saúde Debate*, n. 4, p. 108-116, 1990.

PAIM, J. S. Educación médica en la década de 1990: el optimismo no basta. *Educ. Med. Salud*, v. 25, n. 1, p. 48-57, 1991.

PAIM, J. S. Sujeitos da antítese e os desafios da práxis da Reforma Sanitária Brasileira. *Saúde debate* [Internet], v. 41, spe. 3, p. 255-264, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S319>.

PAIM, J. S. O objeto e a prática da Saúde Coletiva: o campo demanda um novo profissional. In: PAIM, J. S. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 99-116.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: VICTORA, C. G. et al. (Orgs.). *Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 11-31. (Série The Lancet).

PAVAN, M.; SENGER, M. H.; MARQUES, W. Assessment of the curricular reform of a medical course from the faculty's perspective. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 43, supl. 1, p. 135-145, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20180215.ING>. Acesso em: 13 jun. 2021.

PÉLISSIER, D. *Initiation à la lexicométrie: approche pédagogique à partir de l'étude d'un corpus avec le logiciel Iramuteq – IDETCOM*. Université Toulouse, 2017. Disponível em: https://presnumorg.hypotheses.org/files/2016/04/Initiation_lexico_Iramuteq_Mars2017_v6.pdf. Acesso em: 28 jul. 2024.

PÉREZ GÓMEZ, A. I. *A cultura escolar na sociedade neoliberal*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

PIKETTY, T. *O capital no século XXI*. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. G. C. *Docência no ensino superior*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

POZ, M. R. D.; MAIA, L. S.; COSTA-COUTO, M. H. Financeirização e oligopolização das instituições privadas de ensino no Brasil: o caso das escolas médicas. *Cad. Saúde Pública*, v. 38, supl. 2, p. 1-15, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078720>.

RATINAUD, P. *IRAMUTEQ: Interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires [computer software]*. 2009. Disponível em: <http://www.iramuteq.org>.

REY, R. R. et al. Ensinar competências não técnicas para atendimentos de emergência: percepções de professores médicos. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 45, n. 1, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/jB8w3WdZYJS7zKpVJ9Vq6fs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2021.

REZENDE, J. M. *À sombra do plátano: crônicas de história da medicina*. São Paulo: Unifesp, 2009. p. 121-129.

RIBEIRO, M. A. A trajetória da carreira como construção teórico-prática e a proposta dialética da carreira psicossocial. *Cad. Psicol. Soc. Trab.*, v. 12, n. 2, p. 203-216, dez. 2009. Disponível em: <https://rb.gy/vvofb4>. Acesso em: 26 nov. 2021.

RIBEIRO, M. L.; CUNHA, M. I. da. Trajetórias da docência universitária em um programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. *Interface*, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 55-68, 2010. DOI: 10.1590/S1414-32832010000100005.

RIOS, I. C. Humanidades médicas como campo de conhecimento em medicina. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 40, n. 1, p. 21-29, 2016.

RIOS, I. C.; SCHRAIBER, L. B. A relação professor-aluno em medicina: um estudo sobre o encontro pedagógico. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 36, n. 3, p. 308-316, set. 2012. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-52712012000500004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 8 ago. 2024.

SALEM, A. Segments répétés et analyse statistique des données textuelles. *Histoire & Mesure*, v. 1, n. 2, p. 5-28, 1986. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/pdf/24565797.pdf?seq=1#page_scan_tab_contents. Acesso em: 8 ago. 2024.

SANTOS, V. et al. Iramuteq nas pesquisas qualitativas brasileiras da área da saúde: scoping review. In: *CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA*, 6, Salamanca, 2017, p. 392-401.

SILVA, F. A.; COSTA, N. M. S. C.; LAMPERT, J. B.; ALVES R. Papel docente en el fortalecimiento de las políticas de integración enseñanza-servicio-comunidad:

contexto de las escuelas médicas brasileñas. *Interface – Comun. Saúde Educ.*, v. 22, supl. 1, p. 1411-1423, 2018.

SILVA, I. R. da; ALMEIDA, L. S.; GONSAGA, R. A.T.; BISCEGLI, T. S. Influência dos cursos preparatórios para residência médica em uma avaliação global. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 37, n. 1, p. 60-65, jan. 2013.

SILVA, T. T. *Teoria educacional crítica em tempos pós-modernos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

SODRÉ, M. *Claros e escuros: identidade, povo e mídia no Brasil*. 2. ed. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 1999.

SOUSA, W. D. D. de. *Identidade profissional docente no curso de medicina da Universidade Federal do Triângulo Mineiro*. 2011. 161f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2011.

STAGG, P.; PRIDEAUX, D.; GREENHILL, J.; SWEET, L. Are medical students influenced by preceptors in making career choices, and if so how? A systematic review. *Rural Remote Health*, v.12, p. 1832, 2012.

TARDIF, M. O trabalho docente, a pedagogia e o ensino. Interações humanas, tecnologias e dilemas. In: TARDIF, M. *Saberes docentes e formação profissional*. 12. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

TARDIF, M.; LESSARD, C. *O trabalho docente: elementos para uma teoria da docência como profissão de interações humanas*. Petrópolis: Vozes, 2005.

TÁVORA, L. G. F. et al. Características de um professor exemplar: Percepções de estudantes e professores. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 44, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190252>. Acesso em: 13 jun. 2021.

TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

TOURAINÉ, A. *Poderemos viver juntos? Iguais e diferentes*. Petrópolis: Vozes, 1998.

URTIAGA, M. E. O. A mediação da cultura docente na formação médica. Rio Grande do Sul: Editora Universidade Federal de Pelotas, 2004. 180p.

VIEIRA, R. M. M.; PINTO, T. R. M.; LUCAS, P. Narrativas e memórias de docentes médicos sobre o ensino baseado na comunidade no Sertão Nordestino. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 42, n. 1, p. 142-151, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712018v42n1RB20170051>. Acesso em: 14 jun. 2021.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é saúde coletiva?. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. (Orgs.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 3-12.

ZANOLLI, M. B. *Situação e diferenças no internato das escolas médicas públicas e privadas do Brasil na percepção dos seus coordenadores*. 2019. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

ANEXO A - Parecer CEP

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Identidade profissional e prática docente na educação médica: o caso de duas escolas no Brasil

Pesquisador: Marcio Lemos Coutinho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58981022.1.0000.5030

Instituição Proponente: Instituto de Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.500.997

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do documento Informações Básicas da Pesquisa n.º 58981022.1.0000.5030 do Certificado de Apresentação para a apreciação Ética - CAAE, datado em 14/06/2022 e do "Projeto Detalhado".

No âmbito da Saúde Coletiva, a questão da formação de pessoal caracterizada pela inadequação do perfil profissional, técnico-científico e ético político, dos egressos dos cursos universitários da área de saúde tem se configurado como um dos entraves principais do processo de Reforma Sanitária no Brasil ao perpetuar um modelo de formação anacrônico e obsoleto, incapaz de atender à ampliação das necessidades sociais por saúde e seus determinantes (ALMEIDA FILHO, 2011; 2013).

Os professores são modelos, e da mesma forma, o seu discurso, influencia na formação da identidade pessoal e particularmente, de forma mais acentuada, na identidade profissional de seus discentes, por meio de mecanismos de identificação positiva ou negativa, transferindo valores e visões de mundo, repletos de ideologias (FIGUEIREDO, 2016).

Considerando a relevância que os docentes dos cursos de Medicina podem ter nos processos de (re)orientação da formação em saúde, torna-se necessário analisar a conformação de identidades destes profissionais, identificando possíveis repercussões no desenvolvimento da competência de

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7419

E-mail: cepiso@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 5.500.997

uso de saberes, práticas e técnicas de cuidado em saúde por parte dos discentes, com consciência clara e crítica da implicação social desse processo. Diante deste conjunto complexo de questões, o presente estudo se propõe a responder à seguinte questão central: de que forma a identidade profissional de docentes das escolas médicas brasileiras repercute no desenvolvimento de competências voltadas para superação de desigualdades em relação ao direito à saúde?

Hipótese:

A hipótese que orienta a construção deste estudo é de que a ação docente, de forma geral, tem contribuído de maneira incipiente para produção de egressos qualificados técnica e eticamente para trabalhar com a diversidade econômica, cultural, social e epidemiológica que define a maioria da população brasileira.

Metodologia:

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa. Serão realizadas entrevistas em profundidade com lideranças que participaram de movimentos sociais e institucionais pela reforma do Ensino Médico e que possam ter informações relevantes acerca do tema da pesquisa. Para escolha destas lideranças será utilizada a técnica metodológica snowball. Em seguida será realizado um estudo de caso com duas escolas médicas. Uma instalada na Universidade Federal da Bahia e a outra na Universidade Federal de Sergipe, campus Lagarto. A produção dos dados será realizada através da técnica de entrevistas semiestruturadas, do tipo individual - em profundidade, com docentes que vêm sendo destacados pelos discentes concluintes, na condição de homenageados e paraninfos de turmas. Serão utilizados roteiros de perguntas para as entrevistas. Em decorrência dos possíveis riscos de contágio, provocados pela pandemia de COVID-19 será priorizada a realização virtual das entrevistas a partir da oferta de plataforma virtual, na qual sejam garantidas a segurança e a privacidade, sem gravação da imagem do(a) participante a fim de proteger o seu anonimato e evitar constrangimentos ou quaisquer outros riscos decorrentes desta participação. O material empírico obtido será tratado e processado em matrizes de análise de conteúdo (MINAYO, 2006).

Critério de Inclusão:

A escolha dos interlocutores, sujeitos do estudo, diz respeito àqueles professores que vêm sendo destacados pelos discentes concluintes, na condição de homenageados e paraninfos de turmas. O critério adotado para constituição da amostra leva em conta o fato de o professor ter sido escolhido por pelo menos uma turma, nos últimos 5 anos. Além desta estratégia será realizado um levantamento, por meio de um questionário, compartilhado por contato eletrônico (e-mail) aos discentes das turmas do último ano dos cursos de graduação no intuito que os mesmos respondam (de forma não obrigatória) qual o docente mais influenciou na sua formação enquanto

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7419

E-mail: cepiso@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 5.500.997

futuro profissional da saúde e quais seriam os atributos mais importantes que consideram para um "bom docente", justificando esta resposta. Aquele docente mais citado em cada um dos cursos será incluído também como interlocutor, sujeito do estudo, além dos 5 homenageados.

Critério de Exclusão:

A existência de docentes que estejam aposentados ou em algum tipo de afastamento/licença de suas atividades na instituição de ensino e a recusa em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O fato dos discentes não estarem regularmente matriculados no período da coleta de dados, o não cumprimento de algum componente curricular obrigatório exigido para a turma nos semestres anteriores, os discentes oriundos de transferência externa e a recusa em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a conformação de identidades profissionais de docentes das escolas médicas brasileiras, identificando as repercussões destas formas identitárias na determinação da qualidade diferencial do cuidado.

Objetivos Secundários:

identificar elementos históricos e estruturantes relacionados ao movimento de renovação da escola médica no Brasil; caracterizar a formação, a trajetória socioprofissional e a prática dos docentes de graduação em medicina; identificar a percepção dos docentes do curso de medicina acerca de suas práticas profissionais e docentes e discutir a relação entre o processo de construção da identidade profissional, práticas docentes e desigualdades em saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos da pesquisa:

O presente estudo por sua natureza, objetivos e desenho metodológico apresenta como risco potencial aspectos relacionados a alguma forma de desconforto ou constrangimento ao responder o instrumento de coleta de dados; eventual tensão ao não saber responder alguma das questões; estresse; alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões satisfação profissional e a possibilidade de quebra de sigilo que ainda que involuntária e não intencional, é um risco que deve sempre ser reconhecido e informado ao participante no TCLE.

Benefícios da pesquisa:

O retorno da pesquisa à comunidade só ocorrerá com o intuito de trazer benefícios ao que tange a produção científica divulgados em eventos científicos e revistas nacionais e internacionais e

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7419

E-mail: cepiso@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 5.500.997

divulgação de resultados à sociedade, sempre considerando os princípios da beneficência e não maleficência. Do ponto de vista do participante, a curto prazo, não haverá benefício ou ganho de nenhuma espécie, informação esta apropriadamente reconhecida e esclarecida ao participante no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide campo 'Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações'.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo 'Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações'.

Recomendações:

Vide campo 'Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações'.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de uma resposta ao parecer consubstanciado CEP nº 5.495.458 datado em 14/06/2022.

1. Projeto de pesquisa

1.1 Solicita-se inserir, no projeto detalhado, os critérios de exclusão dos participantes da pesquisa, devendo estes ser apresentados de acordo com as exigências da metodologia a ser utilizada (Norma Operacional CNS n.º 001, de 2013, item 3.4.1.11).

Resposta: Inserido na página 25

"Como critérios de exclusão destacam-se a existência de docentes que estejam aposentados ou em algum tipo de afastamento/licença de suas atividades na instituição de ensino e a recusa em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido."

"Como critérios de exclusão destacam-se: o fato dos discentes não estarem regularmente matriculados no período da coleta de dados, o não cumprimento de algum componente curricular obrigatório exigido para a turma nos semestres anteriores, os discentes oriundos de transferência externa e a recusa em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido."

Análise: Pendência atendida

1.2 Solicita-se inserir no "cronograma" e no projeto detalhado, o período de realização das entrevistas, assim como foi explicitado no arquivo "PB_informações_básicas_do_Proje", com compromisso explícito do pesquisador de que a pesquisa somente será iniciada a partir da aprovação pelo Sistema CEP/Conep (Norma Operacional CNS n.º 001, de 2013, item 3.4.1.9).

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7419

E-mail: cepiso@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 5.500.997

Resposta: Ajuste realizado em relação ao período das entrevistas. Item inserido nos aspectos éticos "Sobre a realização das entrevistas informamos que as mesmas só serão iniciadas a partir da aprovação formal, inserida no sistema CEP/CONEP, conforme preconiza as normativas vigentes."

Análise: Pendência atendida

1.3 Solicita-se que fique claro no projeto detalhado e no "PB_informações_básicas_do_Proje" que todos os candidatos a participantes da pesquisa, incluindo os professores e os estudantes, antes de responder às perguntas do pesquisador disponibilizadas em ambiente não presencial ou virtual (questionário/formulário ou entrevista), serão apresentados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a sua anuência (Carta Circular n.º 1/2021-CONEP/SECNS/MS, item 2.1.2).

Resposta: Item inserido nos aspectos éticos do projeto detalhado e na metodologia na plataforma "Todos os candidatos a participantes da pesquisa (docentes e discentes) antes de serem apresentados e responderem às perguntas relacionados ao objeto de investigação, serão apresentados ao TCLE mesmo quando da utilização de ambiente não presencial ou virtual, a exemplo do questionário/formulário da pesquisa."

Análise: Pendência atendida

2.Documentos pendentes

2.1 O pesquisador precisa acrescentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que deverá ser apresentado aos estudantes convidados a participar da pesquisa (Resoluções 466/12, IV.2 Resolução 510/2016, Art 4º e 6º).

Resposta: Inserido TCLE referente aos discentes – Apêndice I

Análise: Pendência atendida

2.2 O pesquisador precisa acrescentar o Termo de Compromisso do Pesquisador, assinado pelo orientador do projeto, comprometendo-se a seguir as normas das Resoluções 466/12 e a 510/16.

Resposta: Arquivo inserido

Análise: Pendência atendida

2.3 Os orçamentos apresentados nos documentos "PB_informações_básicas_do_Proje" e "orçamentodetalhado" apresentam valores totais discrepantes. Nesse sentido, solicitam-se

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

UF: BA

Telefone: (71)3283-7419

Município: SALVADOR

CEP: 40.110-040

E-mail: cepiso@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 5.500.997

esclarecimentos ou adequações dos documentos, caso necessário (Norma Operacional CNS n.º 001, de 2013, item 3.3.e).

Resposta: Arquivo/informações revisadas

Análise: Pendência atendida

Conclusão: Após sanar as pendências, o protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com as normas éticas (Resolução CNS 466/12, Resolução 510/16 e Norma Operacional 001/2013) do Conselho Nacional de Saúde.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (CEP-ISC/ UFBA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS n.º 510, de 2016, na Resolução CNS n.º 466, de 2012, e na Norma Operacional n.º 001, de 2013, do CNS, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1929511.pdf	14/06/2022 18:44:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEDiscente.pdf	14/06/2022 18:42:44	Marcio Lemos Coutinho	Aceito
Outros	Carta_respostapdf.pdf	14/06/2022 18:41:06	Marcio Lemos Coutinho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO1406pdf.pdf	14/06/2022 18:39:26	Marcio Lemos Coutinho	Aceito
Outros	CRONOGRAMA1306.pdf	13/06/2022 22:53:10	Marcio Lemos Coutinho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Naomar.pdf	13/06/2022 22:47:58	Marcio Lemos Coutinho	Aceito
Orçamento	orcamentodetalhado.pdf	13/06/2022 22:47:10	Marcio Lemos Coutinho	Aceito
Outros	CurrNaomardeAlmeidaFilho.pdf	24/05/2022 23:21:42	Marcio Lemos Coutinho	Aceito
Outros	CurrMarcioLemos.pdf	24/05/2022 23:20:36	Marcio Lemos Coutinho	Aceito

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7419

E-mail: cepiso@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 5.500.997

Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoLiliana.pdf	24/05/2022 21:19:51	Marcio Lemos Coutinho	Aceito
Outros	CurrLilianaSantos.pdf	24/05/2022 21:11:26	Marcio Lemos Coutinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PDF.pdf	24/05/2022 21:06:25	Marcio Lemos Coutinho	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Assinada.pdf	09/05/2022 20:15:20	Marcio Lemos Coutinho	Aceito
Outros	TermoUFS.pdf	09/05/2022 20:14:19	Marcio Lemos Coutinho	Aceito
Outros	TermoUFBA.pdf	09/05/2022 20:14:05	Marcio Lemos Coutinho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CompromididoPesquisador.pdf	09/05/2022 20:08:31	Marcio Lemos Coutinho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 30 de Junho de 2022

Assinado por:
Cleber Cremonese
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

UF: BA

Telefone: (71)3283-7419

Município: SALVADOR

CEP: 40.110-040

E-mail: cepiso@ufba.br

APÊNDICE A - Entrevistas em profundidade – lideranças

Questão disparadora:

- Diante do contexto contemporâneo no qual são apresentados, de um lado um conjunto de avanços tecnológicos na perspectiva diagnóstica e terapêutica em saúde e de outro um avanço significativo das iniquidades sociais, que perspectivas são apontadas para a escola médica?

Tópicos de apoio:

- Sabemos de um movimento relativamente extenso relacionado a mudanças na escola médica. Como você analisa esse movimento no cenário brasileiro?
- É possível identificar sujeitos (individuais ou coletivos) na formulação de propostas para mudanças no ensino médico?
- Identifique experiências pioneiras e/ou exitosas de mudança.
- Comente desafios e perspectivas diante desse cenário. Como esses elementos se relacionam com a prática docente?

APÊNDICE B - Entrevistas semiestruturadas – docentes

Formação

- Fale sobre sua formação pessoal e profissional para chegar à atuação como docente.
- Qual a participação da família, da escola e de outras instituições na sua escolha em atuar como docente?
- Comente sobre experiências que contribuíram para o aprimoramento da sua formação docente (pós-graduação).

Trajetória Socioprofissional

- Que motivações o/a mobilizaram para atuar como docente?
- Quais os locais e tipos de trabalhos anteriores à docência?
- Qual sua participação em órgãos de classe, entidades e/ou movimentos sociais?

Mundo vivido do trabalho

Prática docente

- Em relação à sua atividade profissional de forma geral, é possível estabelecer relações entre a docência e outros tipos de atividades profissionais que você exerce?
- Como se dá a escolha de conteúdos envolvidos nos componentes curriculares que você oferta? Que princípios orientam essa organização? Quais os cenários de práticas?
- De que forma as ofertas curriculares nas quais você está envolvido/a se relacionam com o perfil epidemiológico e as condições de saúde da população?
- Na sua prática docente, de que forma aspectos sociais do processo saúde-doença são abordados na formação médica? Poderia dar exemplos?
- Na sua prática docente, como ocorre a relação com componentes curriculares de outros docentes e outras profissões?

- Qual o uso que você faz das Tecnologias de Informação e Comunicação nos componentes curriculares que você ministra?
- A pandemia trouxe alguma reflexão sobre sua prática docente? Se sim, qual?

Percepção docente

- Na sua opinião, qual a contribuição da prática docente frente às outras oportunidades de aprendizagem dos discentes?
- Quais as principais contribuições da sua prática docente para a formação médica universitária? O que você considera que poderia ser diferente?
- De que forma o trabalho de seus colegas e as relações que você estabelece com eles influenciam no exercício da sua prática docente?
- Como você avalia a adoção de metodologias ativas de aprendizagem na formação médica?
- Na sua opinião, qual o perfil de egresso que deve ser formado pelo curso de Medicina e como sua prática docente contribui para isso?
- Você se considera um/a bom/boa professor/a? Na sua opinião, o que definiria um/a bom/boa professor/a?

APÊNDICE C - Matriz de análise do processo de mudanças da educação médica

Liderança	Justificativa para a mudança	Atores individuais ou coletivos	Propostas	Estratégias	Desafios

APÊNDICE D - Matriz de análise da formação dos docentes do curso de Medicina

Docente	Curso	Pós-Graduação	Temas de interesse	Mecanismos de preparação	Motivações	Desafios

APÊNDICE E - Matriz de análise das trajetórias socioprofissionais dos docentes do curso de Medicina

Docente	Locais de trabalho	Funções ou atribuições	Participação em movimentos sociais e órgãos de classe	Escolha sobre a docência	Experiências

APÊNDICE F - Matriz de análise das práticas dos docentes do curso de Medicina

Docente	Escolha de saberes e conteúdos	Relação com outras atividades de trabalho	Integração com outros componentes curriculares	Incorporação de aspetos éticos, políticos e sociais	Análise sobre as necessidades de saúde	Uso de TICs

APÊNDICE G - Matriz de análise das concepções dos docentes sobre a educação médica

Docente	Papel docente	Contribuições e desafios	Percepção sobre o SUS	Relação com colegas	Perfil do egresso	Curso	Uso de Metodologias Ativas

APÊNDICE H - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – docente

Prezado/a docente,

você está sendo convidado/a, como voluntário/a, a participar da pesquisa intitulada: “IDENTIDADE PROFISSIONAL E PRÁTICA DOCENTE NA EDUCAÇÃO MÉDICA: O CASO DE DUAS ESCOLAS NO BRASIL”. Esta pesquisa será desenvolvida durante o curso de Doutorado em Saúde Pública do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) / Universidade Federal da Bahia (UFBA), por mim, Marcio Lemos, orientado pelo professor Dr. Naomar de Almeida-Filho e pela professora Dra. Liliana Santos. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo dentro do tempo que considerar adequado para refletir, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-lo/a na tomada de decisão livre e esclarecida.

Pretende-se com esta pesquisa analisar a conformação de identidades profissionais de docentes de escola médica brasileira, identificando as repercussões dessas formas identitárias no desenvolvimento de Competência Tecnológica Crítica no âmbito da formação médica universitária.

A importância desta pesquisa está associada ao fato de que o esforço de analisar a trajetória, a formação e a prática docente, como uma prática social, está diretamente articulado à perspectiva da formação de pessoal capaz de subsidiar a ampliação, consolidação e requalificação do Sistema Único de Saúde coerentes com os processos incluídos e democráticos propostos pela Reforma Sanitária Brasileira. A coleta de dados será realizada exclusivamente por mim por meio de entrevistas virtuais que serão gravadas (sem imagem) mediante sua autorização. Você poderá escolher como prefere ser entrevistado/a a partir das plataformas *Microsoft Teams*, *Skype* ou *Google Meet*. A sua imagem não será gravada em nenhuma hipótese, e nenhuma informação pessoal sua será divulgada a fim de proteger o seu anonimato. Serão seguidas todas as recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, sendo que a realização desta entrevista foi autorizada pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, colegiado interdisciplinar e independente criado para defender os interesses dos/as participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Havendo danos comprovados em decorrência de sua participação na pesquisa, os pesquisadores responsáveis por ela garantem a realização de esforços no sentido de reparar os prejuízos e indenizar os/as participantes.

Para realização da entrevista virtual, me responsabilizarei pela oferta de uma plataforma virtual, na qual são garantidas a segurança e a privacidade (*Microsoft Teams, Skype* ou *Google Meet*), à sua escolha. Em relação ao ambiente virtual, haverá precaução acerca da segurança das salas virtuais (plataforma com uso de senha pessoal e controles virtuais de acesso. Sua entrevista será individual, e estaremos interagindo sincronicamente; será garantida uma forma segura de registrar o seu consentimento; o armazenamento dos dados ficará no meu computador pessoal e será garantido o *backup* para o armazenamento seguro. É recomendado que escolha um ambiente reservado e protegido para a realização da entrevista. Caso decida participar, asseguro a confidencialidade, a privacidade e o anonimato. Nesse sentido, ninguém saberá que você concedeu a informação, buscando assim respeitar a sua integridade física, intelectual, cultural e social. Será assegurada liberdade para não responder questões que julgue serem constrangedoras a fim de minimizar desconfortos.

Em cumprimento com a Resolução 466/2012, são identificados os possíveis riscos de constrangimento, inibição, certo grau de ansiedade, estresse e/ou outros sentimentos, que variam conforme a experiência de cada participante. Caso isso ocorra, buscarei minimizá-los de modo que você possa se sentir o/a mais confortável possível. Se necessário, a entrevista será interrompida ou até mesmo finalizada para que você se restabeleça. Informo que a divulgação e o retorno da pesquisa à comunidade só ocorrerão com o intuito de trazer benefícios no que tange à produção científica divulgados em eventos científicos e revistas nacionais e internacionais e à divulgação de resultados à sociedade, sempre considerando os princípios da beneficência e não maleficência. Asseguro que o material coletado, bem como os termos de consentimento serão arquivados em local protegido por mim durante cinco (05) anos após a publicação da pesquisa, e posteriormente o material será destruído. Reforço que, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, você poderá desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa. Sua participação é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Informo que, caso decida retirar-se deste estudo, não há penalidades, riscos e nem prejuízo pessoal. Não haverá nenhuma despesa pela sua participação, nem receberá pagamento ou gratificação, e

será garantida a disponibilização de todas as informações referentes à pesquisa através de explicações compreensíveis e do esclarecimento de eventuais dúvidas por parte dos pesquisadores.

Caso haja alguma dúvida sobre a participação nesta pesquisa, o/a senhor/a pode entrar em contato com os pesquisadores por meio dos contatos abaixo relacionados. Caso aceite este convite para participar da pesquisa, deveremos assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que segue, em duas vias, e rubricá-lo em todas as páginas, assinar, escanear e enviar o TCLE para mim por e-mail. Caso aceite este convite, solicitamos autorização para o uso do conteúdo das falas gravadas para fins de construção da tese do curso, publicação de artigos científicos, divulgação e apresentação em eventos, garantido o seu anonimato. Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, em participar do referido estudo, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia dele.

Eu, _____, me considero devidamente esclarecido/a e aceito participar voluntariamente das atividades da pesquisa intitulada “IDENTIDADE PROFISSIONAL E PRÁTICA DOCENTE NA EDUCAÇÃO MÉDICA: O CASO DE DUAS ESCOLAS NO BRASIL”. Fui devidamente informado/a de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isso leve a nenhuma penalidade, caso me sinta constrangido/a durante a sua realização, assim como será garantida indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Concedo autorização para gravação do áudio da entrevista, a ser realizada de forma online. Autorizo a utilização dos resultados do estudo para publicação de artigos em revistas e outros meios de comunicação e divulgação em eventos técnico-científicos nacionais e internacionais. Estou ciente dos benefícios que os resultados da pesquisa poderão proporcionar à educação médica. Sei que minha identidade será mantida em sigilo e que os dados da pesquisa serão arquivados em local protegido por um período de cinco anos, e, vencido esse tempo, o material será destruído. Fui também esclarecido/a de que não terei nenhum tipo de despesa financeira e que não receberei benefícios financeiros participando desta pesquisa, estando as despesas do projeto a cargo dos pesquisadores. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim em duas vias com o compromisso de os pesquisadores me proporcionarem uma cópia dele para meu controle. Assim, confirmo que a minha participação é voluntária e o meu consentimento para participar da pesquisa foi de livre decisão, não tendo sofrido nenhuma interferência do pesquisador. Estou ciente de que poderei me recusar a continuar participando do estudo a qualquer momento sem causar nenhum prejuízo à minha pessoa e nem a meu futuro profissional.

Local: _____ Data: __/__/____

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do/a Participante

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR:

Eu, Marcio Lemos, declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados, sejam eles favoráveis ou não.

Assinatura do Pesquisador

Caso você tenha dúvidas sobre as questões éticas da pesquisa, entre em contato com os pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Marcio Lemos Coutinho (doutorando) - (79) 9846-5968 ou e-mail: marcio.eesp@gmail.com; Naomar de Almeida-Filho (orientador) (71) ou e-mail: naomaralmeida@gmail.com; Liliana Santos (orientadora): (71) 99274-2862 ou e-mail: liliana.santos@ufba.br.

CEP ISC/UFBA pelo telefone 3283-7419 ou pelo e-mail: cepisc@ufba.br. Endereço: Rua Basílio da Gama, s/n, Canela – Salvador - BA. CEP: 40110-040. Horário de funcionamento: 2ª à 6ª feira, das 8h às 15h.

APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – discente

Prezado(a) discente,

você está sendo convidado/a, como voluntário/a, a participar da pesquisa intitulada: “IDENTIDADE PROFISSIONAL E PRÁTICA DOCENTE NA EDUCAÇÃO MÉDICA: O CASO DE DUAS ESCOLAS NO BRASIL”. Esta pesquisa será desenvolvida durante o curso de Doutorado em Saúde Pública do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) / Universidade Federal da Bahia (UFBA), por mim, Marcio Lemos, orientado pelo professor Dr. Naomar de Almeida-Filho e pela professora Dra. Liliana Santos. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo dentro do tempo que considerar adequado para refletir, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-lo/a na tomada de decisão livre e esclarecida.

Pretende-se com esta pesquisa analisar a conformação de identidades profissionais de docentes de escola médica brasileira, identificando as repercussões dessas formas identitárias no desenvolvimento de Competência Tecnológica Crítica no âmbito da formação médica universitária.

A importância desta pesquisa está associada ao fato de que o esforço de analisar a trajetória, a formação e a prática docente, como uma prática social, está diretamente articulado à perspectiva da formação de pessoal capaz de subsidiar a ampliação, consolidação e requalificação do Sistema Único de Saúde coerentes com os processos incluídos e democráticos propostos pela Reforma Sanitária Brasileira. A coleta de dados será realizada por meio de um questionário, compartilhado por contato eletrônico (*e-mail*) para os/as discentes das turmas do último ano dos cursos de graduação no intuito de que respondam (de forma não obrigatória) qual docente mais influenciou na sua formação enquanto futuro/a profissional da saúde e quais seriam os atributos mais importantes que consideram para um “bom/boa docente”, justificando essa resposta.

Serão seguidas todas as recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, sendo que a realização desta entrevista foi autorizada pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, colegiado interdisciplinar e independente criado para defender os interesses dos/as participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Havendo danos comprovados em decorrência de sua participação na pesquisa, os pesquisadores responsáveis por ela garantem a realização de esforços no sentido de reparar os prejuízos e indenizar os/as participantes.

Para realização do levantamento de informações, será garantida uma forma segura de registrar o seu consentimento. O armazenamento dos dados ficará no meu computador pessoal, e será garantido o *backup* para o armazenamento seguro. Caso decida participar, asseguro a confidencialidade, a privacidade e o anonimato. Nesse sentido, ninguém saberá que você concedeu a informação, buscando assim respeitar a sua integridade física, intelectual, cultural e social. Será assegurada liberdade para não responder questões que julgue serem constrangedoras a fim de minimizar desconfortos.

Em cumprimento com a Resolução 466/2012, são identificados os possíveis riscos de constrangimento, inibição, certo grau de ansiedade, estresse e/ou outros sentimentos, que variam conforme a experiência de cada participante. Caso isso ocorra, buscarei minimizá-los de modo que você possa se sentir o/a mais confortável possível. Se necessário, a entrevista será interrompida ou até mesmo finalizada para que você se restabeleça.

Informo que a divulgação e o retorno da pesquisa à comunidade só ocorrerão com o intuito de trazer benefícios no que tange à produção científica divulgados em eventos científicos e revistas nacionais e internacionais e à divulgação de resultados à sociedade, sempre considerando os princípios da beneficência e não maleficência. Asseguro que o material coletado, bem como os termos de consentimento serão arquivados em local protegido por mim durante cinco (05) anos após a publicação da pesquisa, e posteriormente o material será destruído. Reforço que, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, você poderá desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa. Sua participação é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Informo que, caso decida retirar-se deste estudo, não há penalidades, riscos e nem prejuízo pessoal. Não haverá nenhuma despesa pela sua participação, nem receberá pagamento ou gratificação, e será garantida a disponibilização de todas as informações referentes à pesquisa através de explicações compreensíveis e do esclarecimento de eventuais dúvidas por parte dos pesquisadores.

Caso haja alguma dúvida sobre a participação nesta pesquisa, o/a senhor/a pode entrar em contato com os pesquisadores por meio dos contatos abaixo relacionados.

Caso aceite este convite para participar da pesquisa, deveremos assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que segue, em duas vias, e rubricá-lo em todas as páginas, assinar, escanear e enviar o TCLE para mim por e-mail.

Caso aceite este convite, solicitamos autorização para o uso do conteúdo das falas gravadas para fins de construção da tese do curso, publicação de artigos científicos, divulgação e apresentação em eventos, garantido o seu anonimato. Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, em participar do referido estudo, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia dele.

Eu, _____, me considero devidamente esclarecido/a e aceito participar voluntariamente das atividades da pesquisa intitulada “IDENTIDADE PROFISSIONAL E PRÁTICA DOCENTE NA EDUCAÇÃO MÉDICA: O CASO DE DUAS ESCOLAS NO BRASIL”. Fui devidamente informado/a de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isso leve a nenhuma penalidade, caso me sinta constrangido/a durante a sua realização, assim como será garantida indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Concedo autorização para gravação do áudio da entrevista, a ser realizada de forma online. Autorizo a utilização dos resultados do estudo para publicação de artigos em revistas e outros meios de comunicação e divulgação em eventos técnico-científicos nacionais e internacionais. Estou ciente dos benefícios que os resultados da pesquisa poderão proporcionar à educação médica. Sei que minha identidade será mantida em sigilo e que os dados da pesquisa serão arquivados em local protegido por um período de cinco anos, e, vencido esse tempo, o material será destruído. Fui também esclarecido/a de que não terei nenhum tipo de despesa financeira e que não receberei benefícios financeiros participando desta pesquisa, estando as despesas do projeto a cargo dos pesquisadores. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim em duas vias com o compromisso de os pesquisadores me proporcionarem uma cópia dele para meu controle. Assim, confirmo que a minha participação é voluntária e o meu consentimento para participar da pesquisa foi de livre decisão, não tendo sofrido nenhuma interferência do pesquisador. Estou ciente de que poderei me recusar a continuar participando do estudo a qualquer momento sem causar nenhum prejuízo à minha pessoa e nem a meu futuro profissional.

Local: _____ Data: __/__/____

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do/a Participante

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR:

Eu, Marcio Lemos, declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados, sejam eles favoráveis ou não.

Assinatura do Pesquisador

Caso você tenha dúvidas sobre as questões éticas da pesquisa, entre em contato com os pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Marcio Lemos Coutinho (doutorando) - (79) 9846-5968 ou e-mail: marcio.eesp@gmail.com; Naomar de Almeida-Filho (orientador) (71) ou e-mail: naomaralmeida@gmail.com; Liliana Santos (orientadora): (71) 99274-2862 ou e-mail: liliana.santos@ufba.br. CEP ISC/UFBA pelo telefone 3283-7419 ou pelo e-mail: cepisc@ufba.br. Endereço: Rua Basílio da Gama, s/n, Canela – Salvador - BA. CEP: 40110-040. Horário de funcionamento: 2ª à 6ª feira, das 8h às 15h.

APÊNDICE J - Mapa estratégico do estudo

TÍTULO DO ESTUDO: IDENTIDADE PROFISSIONAL E PRÁTICA DOCENTE NA EDUCAÇÃO MÉDICA: CONTRIBUIÇÕES E LIMITES NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

PERGUNTA: De que forma a identidade profissional repercute na prática de docentes das escolas médicas brasileiras, considerando a necessidade de superação das desigualdades sociais, com vistas à garantia do direito à saúde?

OBJETIVO GERAL: Analisar a conformação de identidades profissionais de docentes inseridos em escolas médicas brasileiras, identificando as repercussões dessas formas identitárias na formação de médicos em consonância com as necessidades do SUS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	QUESTÕES DE ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	CATEGORIA OPERACIONAL	TÉCNICA	EVIDÊNCIAS
Identificar elementos históricos e estruturantes relacionados ao movimento de renovação da escola médica no Brasil.	Quais os discursos que habitaram o movimento de renovação da escola médica? Quais suas intencionalidades? Existiam interesses em disputa? Que influência tiveram nos textos oficiais? Como esses elementos foram interpretados na prática docente? Existe relação desse movimento com o enfrentamento das desigualdades em saúde?	<p>Análise de políticas educacionais</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Política proposta</u> <p>política que habita os discursos que revelam as intenções e que estabelecem influências.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Política de fato</u> <p>política que se refere aos textos legais e documentos oficiais que definem as orientações curriculares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atores • Disputas • Normas • Contextos 	Entrevistas em profundidade	<ul style="list-style-type: none"> • Justificativas para o movimento de mudanças; • Contradições e distanciamentos entre atos e projetos; • Presença de atores individuais e coletivos; • Articulação das propostas de mudanças com necessidades de saúde; • Existência de estratégias articulada entre si.
Caracterizar a formação e a trajetória socioprofissional dos docentes de um curso de graduação em Medicina.	Como são constituídas as identidades profissionais dos docentes? Que tipo de formação tiveram? Quais suas motivações para a docência? Quais suas experiências e inserção em outros tipos de atividades?	<p>Formas identitárias</p> <p><u>Trajetórias subjetivas</u></p>		Entrevistas semiestruturadas	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de mecanismos de preparação para docência;

	Como elementos subjetivos e objetivos interferem na constituição de suas formas identitárias? Como essas identidades influenciam atitudes, valores e condutas dos docentes?	<ul style="list-style-type: none"> • Formação profissional • Trajetória socioprofissional <p><u>Mundo vivido do trabalho</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Experiências formativas e áreas de interesse; • Locais de trabalho de funções desenvolvidas. 		<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento com instituições ou projetos de caráter coletivo.
Identificar a percepção dos docentes dos cursos de Medicina acerca de suas práticas profissionais e docentes.	Qual a percepção dos docentes acerca de suas práticas? Qual a relação entre sua prática docente e as necessidades de saúde da população? Como analisam a relação de suas práticas com os princípios e diretrizes do SUS? O que os eles têm priorizado durante a prática docente? Como organizam seu trabalho? O que influencia suas escolhas? Qual a relação dos docentes com outros colegas de trabalho? Os docentes têm incorporado questões éticas, políticas e sociais nas suas práticas? De que forma essas questões se expressam?	<p>Análise de políticas educacionais</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Política em uso</u> <p>A política que se efetiva na realidade e que acontece como resultante do trabalho dos profissionais da educação com seus diferentes conceitos, métodos, modos e intenções.</p> <p>Processo de “produção”</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Processo de ensino</u> • Atividades e meios • <u>Relações de ensino</u> • Técnicas e sociais 	<ul style="list-style-type: none"> • Conteúdos abordados; • Metodologias utilizadas; • Abordagem de aspectos éticos, políticos e sociais; • Análise sobre as necessidades de saúde. 	Entrevistas semiestruturadas	<ul style="list-style-type: none"> • Escolha de saberes e conteúdos articulados com as necessidades de saúde; • Promove contato do estudante sobre questões políticas e sociais, ampliando sua compreensão sobre seu papel como cidadão crítico e socialmente responsável; • Articulação do ensino com outros componentes curriculares; • Encoraja a reflexão do estudante sobre questões científicas, tecnológicas e criativas, promovendo compreensão sobre a sociedade do conhecimento contemporânea; • Reflexão sobre a prática docente/curso como elemento de fortalecimento do SUS; • Elementos de um trabalho colaborativo;

<p>Discutir a relação entre o processo de construção da identidade profissional, as práticas docentes e o desenvolvimento de competências orientadas para a humanização e a efetivação da equidade em saúde.</p>	<p>As identidades profissionais dos docentes e as práticas desenvolvidas por eles contribuem para uma prática de saúde efetiva, resolutiva e criativa, sensível culturalmente, politicamente responsável, fomentadora de qualidade com equidade por parte dos egressos dos cursos de Medicina? Quais princípios, valores e atitudes são cultivados pelos docentes ao longo do curso? A prática docente se constitui como dispositivo fomentador de competências para superar as iniquidades em saúde?</p>	<p>Carreira docente</p> <p><u>Ajustamento ou adaptação</u></p> <p>Foco na carreira organizacional</p> <p>Adaptação instrumental aos processos de trabalho</p> <p><u>Construção relacional</u></p> <p>Noção de projeto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Função social docente; • Escolha para desempenhar a docência; • Relação com os colegas de trabalho; • Relação com outras atividades de trabalho; • Percepção sobre o SUS. 	<p>Entrevistas semiestruturadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concepção ampliada de saúde; • Planejamento docente que leva em consideração o perfil epidemiológico e as condições de saúde da população; • Abordagem de formas de discriminação positiva ou negativa de pacientes oriundos de segmentos sociais distintos; • Desenvolvimento de tecnologias voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das populações; • Entendimento do perfil de egresso em consonância com as DCNs.
--	---	--	---	-------------------------------------	---