

**FACULDADE VALE DO CRICARÉ
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA,
TECNOLOGIA E EDUCAÇÃO**

MÁRIO ALESSANDRO GONTIJO DE MELO

**O MÉTODO PBL E A ATUAÇÃO DOS PROFESSORES DA FACULDADE
PITÁGORAS DE MEDICINA DE EUNÁPOLIS-BA: UM ESTUDO DE CASO**

**SÃO MATEUS-ES
2020**

MÁRIO ALESSANDRO GONTIJO DE MELO

O MÉTODO PBL E A ATUAÇÃO DOS PROFESSORES DA FACULDADE
PITÁGORAS DE MEDICINA DE EUNÁPOLIS-BA: UM ESTUDO DE CASO

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade Vale do Cricaré, como requisito para a obtenção do título de Mestre Profissional em Educação e Inovação.

Área de Concentração: Educação e Inovação.

Orientador: Prof. Dr. Sebastião Pimentel Franco

SÃO MATEUS-ES
2020

Autorizada a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação

Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação

Faculdade Vale do Cricaré – São Mateus – ES

M528m

Melo, Mário Alessandro Gontijo de.

O método PBL e a atuação dos professores da Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis-BA: um estudo de caso / Mário Alessandro Gontijo de Melo – São Mateus - ES, 2020.

108 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus - ES, 2020.

Orientação: prof. Dr. Sebastião Pimentel Franco.

1. Metodologia ativa. 2. Aprendizagem baseada em problemas. 3. Formação profissional. 4. Faculdade Pitágoras de Medicina. 5. Eunápolis - BA. I. Franco, Sebastião Pimentel. II. Título.

CDD: 378.17

Sidnei Fabio da Glória Lopes, bibliotecário ES-000641/O, CRB 6ª Região – MG e ES

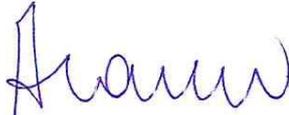
MÁRIO ALESSANDRO GONTIJO DE MELO

**O MÉTODO PBL E A ATUAÇÃO DOS PROFESSORES DA
FACULDADE PITÁGORAS DE MEDICINA DE EUNÁPOLIS/BA:
UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré (FVC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciência, Tecnologia e Educação, na área de concentração Ciência, Tecnologia e Educação.

Aprovada em 27 de fevereiro de 2020.

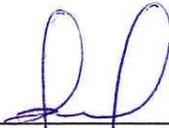
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof. Dr. Sebastião Pimentel Franco
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)
Orientador



Profa. Dra. Sônia Maria da Costa Barreto
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)



Profa. Me. Luana Frigulha Guisso
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)



Prof. Dr. André Luis Lima Nogueira
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado
do Rio de Janeiro (FAPERJ)

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor doutor Sebastião Pimentel Franco, por ter-me acolhido nesta trajetória que me conduziu ao progresso do saber e compreender.

À professora doutora Sônia Maria Costa Barreto e à professora Mestre Luana Frigulha Frisso, que deram importantes contribuições para a construção deste trabalho.

A minha esposa, Shirley da Silva Guimarães, que permitiu o meu tempo protegido para pesquisa e estudo ao longo deste trabalho.

À professora Tattiana Tessye, diretora da Faculdade Pitágoras de Medicina, que me permitiu o livre acesso ao ambiente de pesquisa com os meus colegas professores.

Ao corpo docente do Instituto Vale do Cricaré, pelos seus ensinamentos que fizeram um grande passo em meu deslocamento para aprender sobre o método PBL.

RESUMO

MELO, MÁRIO ALESSANDRO GONTIJO DE. **O método PBL e a atuação dos professores da Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis-BA: um estudo de caso.** 2020. 108 f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré, 2020.

A educação médica tem passado, nos últimos anos, por transformações significativas em nosso país, as quais resultaram no aparecimento de novas diretrizes educacionais implementadas pelo Ministério da Educação e Cultura em consonância com o Ministério da Saúde em 2001. A partir desse momento, as instituições de ensino médico iniciaram o grande desafio de transformar suas grades curriculares em matrizes curriculares, estas últimas voltando a atenção para uma formação biopsicossocial do profissional de saúde. A natureza dessas mudanças vem acompanhando as das necessidades sociais de saúde da população, que tem exigido novos domínios de competência do médico além da cognição. Para possibilitar maior compreensão deste estudo, foi necessário fazer um histórico da formação de médicos no Brasil, desde a criação dos primeiros cursos superiores de Medicina em 1808 até os dias presentes. Para tanto, apropriou-se de autores, como José Gondra (2004), Tânia Pimenta (2005) e Luiz Antonio Teixeira (2018). Esta pesquisa teve por objetivo geral realizar um estudo comparativo e avaliativo sobre a maneira que os professores egressos do ensino tradicional estão atuando com o método PBL na Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis. O universo de nossa pesquisa foram sete professores da própria faculdade, por meio de entrevistas semiestruturadas. A metodologia utilizada foi a de natureza qualitativa. Identificaram-se pontos de resistência e desafios na utilização do método por diversas causas e, como resultado, foi proposta uma ferramenta de facilitação para professores que vão ingressar na instituição e ainda não possuem a segurança do passo a passo da principal estratégia utilizada pela pedagogia inovadora.

Palavras-chave: Metodologia ativa. Aprendizagem baseada em problemas.

ABSTRACT

MELO, MÁRIO ALESSANDRO GONTIJO DE. **The PBL method and the performance of professors at Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis-BA: A case study.** 2020. 108 f. Dissertation (Professional Master's) – Graduate Program in Science, Technology and Education at Vale do Cricaré College, 2020.

Medical education has undergone significant changes in recent years in our country. These changes resulted in the emergence of new educational guidelines implemented by the Ministry of Education and Culture in line with the Ministry of Health in 2001. From this moment on, medical education institutions began the great challenge of transforming their curriculum into curricular matrices, the latter turning their attention to the biopsychosocial training of health professionals. The nature of these changes has been accompanying the changes in the social health needs of the population, which has demanded new domains of competence from the physician in addition to cognition. In order to enable a better understanding of this study, it was necessary to make a history of the training of doctors in Brazil, from the creation of the first higher education courses in Medicine in 1808, to the present day. To this end, we appropriated authors such as José Gondra (2004), Tânia Pimenta (2005) and Luiz Antonio Teixeira (2018). This research had the general objective of carrying out a comparative and evaluative study between the way the professors graduating from traditional education are working on the PBL method at the Faculdade Pitágoras de Medicina of Eunápolis. The universe of our research was 7 professors from the Faculty, through semi-structured interviews. The methodology used was of a qualitative nature. Points of resistance and challenges in the use of the method were identified for various causes and as a result, a facilitation tool was proposed for teachers who will enter the institution and who do not yet have the security of step by step of the main strategy used by innovative pedagogy.

Keywords: Active methodology. Problem Based Learning.

LISTA DE SIGLAS

Abem	Associação Brasileira de Educação Médica fundada
ABP	Aprendizagem baseada em problemas
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
Cinaem	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CNE	Conselho Nacional de Educação
Coapes	Contratos Organizativos de Ação Pública de Ensino-Saúde
Conass	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
Famema	Faculdade de Marília-São Paulo
FPME	Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis
H1N1	Subtipo do Vírus Influenza
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior de Medicina
MEC	Ministério da Educação e Cultura
Mesp	Ministério da Educação Saúde Pública
MPE	Ministério Público Estadual
NATs	Núcleos de Apoios Técnicos
NDE	Núcleo Estruturante Docente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBL	Problem Based Learning
Pet-Saúde	Programa de Educação para o Trabalho em Saúde

Piass	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
Pinesc	Programa Interinstitucional de Ensino Saúde e Comunidade
PNGTS	Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde
PPC	Projeto Pedagógico de Curso
Promed	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas
Pró-Saúde	Programa de Reorientação de Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RMSFC	Residência Médica de Saúde da Família e Comunidade
Seres	Secretaria de Regulação do Ensino Superior
Sinaes	Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajuste e Conduta
USF	Unidades da Saúde da Família
UTI	Unidade de terapia intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 A MEDICINA E SUAS TRANSFORMAÇÕES AO LONGO DA HISTÓRIA BRASILEIRA.....	14
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	51
4 CRIAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA DE EUNÁPOLIS.....	59
4.1 DESCRIÇÃO DA CIDADE.....	59
4.2 CRIAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA DE EUNÁPOLIS.....	63
4.3 FACULDADE MEDICINA DE EUNÁPOLIS.....	68
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE DADOS.....	73
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS.....	93
APÊNDICE A – TRAJETÓRIA PARA ENTREVISTA.....	97
APÊNDICE B – PRODUTO: FAÍSCAS DO TUTOR.....	99
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA NA FACULDADE.....	107
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO USO DE FOTOGRAFIA.....	108

1 INTRODUÇÃO

No intuito de compreender, na qualidade do autor deste trabalho, como os professores contribuem para a formação e fortalecimento das metodologias ativas na Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis (FPME), na qual faço parte do quadro docente dos professores, esta pesquisa, a partir deste cenário, justifica-se para contribuir com a formação e fortalecimento da instituição sendo exequível por fazer parte do quadro docente. Descobrir a resposta do problema: Como os professores estão se adequando ao modelo de metodologias ativas? O objetivo foi realizar um estudo comparativo e avaliativo no tocante à maneira que os professores egressos do ensino tradicional estão atuando no método adotado pela faculdade. Denominei o produto final pretendido “Faíscas do tutor”, um instrumento direcionador do passo a passo, que será revelado no último capítulo e poderá contribuir para a instituição melhorar a adaptação dos futuros professores que ingressarão na sequência dos próximos períodos.

Em 2001, foi definido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) que escolas de Medicina do Brasil teriam como Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) a orientação de suas matrizes orientadoras educacionais, a formação de um egresso com perfil para suprir as necessidades do sistema de saúde do país. Esses novos direcionamentos trariam grandes mudanças nos objetivos e na consigna da forma de educar para as novas faculdades recém-implantadas em diversos estados brasileiros. A fim de obterem novas habilidades e competências, os cursos passariam a utilizar metodologias ativas de ensino-aprendizagem com o foco voltado para a atenção dos aspectos biopsicossociais, empregando domínios de competência nas dimensões da gestão, da educação e da atenção à saúde.

Este trabalho tem por objetivo geral o estudo comparativo e avaliativo no tocante à maneira que os professores egressos do ensino tradicional estão atuando no método *Problem Based Learning* (PBL) e como objetivos específicos:

- Apresentar as características da metodologia ativa, levantando o histórico do Método PBL e aplicabilidades, intervenções e interações do ensino-serviço de saúde.
- Verificar com os docentes as formas e aplicabilidades do PBL.

- Produzir um instrumento de Treinamento Básico Introdutório (TBI) para os novos docentes ingressos ao longo do progresso do curso nos próximos cinco anos de implantação da faculdade de medicina.

Como parte integrante do quadro de professores, esta pesquisa é exequível e justifica-se por contribuir na formação e fortalecimento da instituição, haja vista ser um novo método implantado para o curso de Medicina da Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis.

Este trabalho, além da introdução, divide-se em seis capítulos, a saber:

No capítulo 2, realizamos um histórico da constituição dos cursos de Medicina no Brasil que compreendeu desde o período oitocentista (1808) até a atualidade, contextualizando os desafios, as dificuldades e as resistências da comunidade científica e da compreensão da sociedade na época em que ocorreu a implantação das primeiras academias médicas brasileiras. Durante três séculos, o ensino em nosso país vem buscando modelos de ensino importado de outros países e adaptando-os à nossa realidade.

Tratamos ainda nesse capítulo da implementação de uma nova modalidade de ensino nos cursos de Medicina, que é a aprendizagem baseada em problemas (ABP) ou *Problem Based Learning*, evidenciando suas singularidades e diferenças entre a metodologia tradicional, até agora empregada em todo país, de forma que o leitor reconheça as diferenças e os novos conceitos da metodologia ativa de ensino-aprendizagem.

Esse modelo de ensino passou a ser empregado pelas novas faculdades do programa Mais Médicos, com o apoio e orientação governamental dos Ministérios da Saúde e Educação.

O percurso metodológico foi descrito no capítulo 3. A pesquisa é de natureza qualitativa e teve seu universo delimitado em uma amostra de sete professores, a qual compõem os primeiros professores que ingressaram no primeiro ano do curso da Faculdade Pitágoras de Eunápolis. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e individualizadas, utilizando um gravador e descritor de texto. Os parâmetros adquiridos foram categorizados em agrupamentos para análise. A análise em torno da temática de como os docentes compreendem a aplicabilidade do novo método perante o método tradicional foi agrupada em categorias e analisada no capítulo 5.

No capítulo 4, disserta-se sobre o cenário onde ocorreu a pesquisa: a cidade de Eunápolis e suas características. Um breve histórico de como aconteceu a escolha

da cidade para ser sede da faculdade de medicina com seu geocentrismo na microrregião da costa do descobrimento do Brasil. Ainda neste capítulo, discorre-se o marco legal que possibilitou a habilitação do curso nessa região e as características da instituição superior.

A análise dos dados foi esboçada no capítulo 5, no qual os dados obtidos dos relatos dos docentes durante as entrevistas semiestruturadas descrevem as experiências desse primeiro momento logo após a implantação do curso em 2018, possibilitando um paralelismo entre os métodos tradicional e PBL, tema em tela deste estudo de caso. A ótica dos entrevistados serviu como autocrítica para o incremento de melhorias nessa transição de metodologia de ensino.

A pesquisa não tem a pretensão e objetivo de ser um ponto estático ou final, apenas revela o momento em que a educação médica perpassa os novos desafios da transição metodológica, podendo ser uma ferramenta de análise reflexiva para a implantação dos próximos períodos ao longo do curso de Medicina de Eunápolis.

Finaliza-se apresentando as considerações finais, em que se apontam as fragilidades e fortalezas manifestadas pelos professores nas modalidades de planejamento, manejo da metodologia ativa, utilização e aplicação das ferramentas utilizadas no PBL, método adotado pela faculdade. Ao longo dos relatos, aponta-se também a análise sobre duas temáticas: a maneira como os professores estão avaliando esta inovação pedagógica e a percepção da visão de futuro dos entrevistados em relação ao egresso formado por meio dessas estratégias de ensino-aprendizagem.

Como parte desta conclusão, foi apresentado um produto no intuito de apoiar os futuros docentes que venham a ingressar nos períodos ao longo da implantação dos próximos seis anos de medicina. Essa ferramenta também visa apoiar o docente na reflexão de sua prática, reduzindo os desafios da tutoria, uma vez que estes podem facilitar e manejar o conhecimento para alunos que vivenciaram o método desde o primeiro ano.

2 A MEDICINA E SUAS TRANSFORMAÇÕES AO LONGO DA HISTÓRIA BRASILEIRA

Este capítulo é dedicado ao relato do longo caminho histórico que a medicina brasileira concorreu para a implantação das primeiras escolas de educação médica e do contexto em que ela começou. Desde o descobrimento do Brasil até a vinda de Dom Joao VI em 1808, o cenário do cuidado com os doentes esteve vinculado à sabedoria indígena, sobretudo ao conhecimento que os índios tinham das raízes e folhas como antídotos para a cura das doenças, assim como a ação dos missionários que, ao chegarem aqui, se especializaram no conhecimento da medicina popular, criando para tanto as boticas. Não podemos esquecer ainda alguns poucos médicos que vinham de Portugal e por aqui andavam desempenhando o trabalho de cuidar dos doentes. Não podemos, por fim, esquecer as práticas populares de africanos e de colonos portugueses que muito eram utilizadas na esperança de minorar o sofrimento dos que eram afligidos pelas doenças. Freyre (1992), em sua obra *Casa-grande e senzala*, relata a forma como era exercida a medicina pelos colonos portugueses e povos das culturas indígenas e africanas:

A arte de sangrar, exerceram-na no Brasil colonial e do tempo do Império escravos africanos, que foram também barbeiros e dentistas, e o mister de parteiras, exerceram-no ao lado de brancas caboclas boçais, negras nas mesmas condições; todas apelidadas comadres. Comadres que, além de partejarem, curavam doenças ginecológicas por meio de bruxedos, rezas, benzeduras (FREYRE, 1992, p. 446).

Desde a vinda da coroa portuguesa para o Brasil colonial, o cenário da educação médica obteve maiores possibilidades de progresso ante as diversas dificuldades da época para a concretização e institucionalização de uma civilização organizada. O forjamento do discurso da ciência levou muitos anos desde o século XVI, e, por volta da terceira década após o descobrimento do Brasil, começaram a chegar os primeiros ativistas da medicina. A arte da cura era realizada com poucos recursos terapêuticos, trazidos da Península Ibérica para um país tropical. As doenças locais eram tratadas por pajés que aproveitavam a flora local na cura das doenças.

No isolamento das terras novas só existiam a pajelança e o trabalho dos jesuítas no enfrentamento das doenças tropicais ainda pouco conhecidas. Anos, décadas e séculos passavam e a evolução do tratamento era efêmera até mesmo na Europa, pelo menos para enfrentar as patologias da época que devastavam

epidemicamente populações inteiras. A vida do praticante da cura durante a implantação das capitâneas hereditárias era difícil e humilde, quando só se ganhava algum dinheiro depois de muito caminhar de um povoado a outro, de vilas a outras vilas, em busca de algum trabalho longe de um concorrente curandeiro. O tratamento era levado até os pequenos aglomerados rurais em lombos de animais, e, por mais de 300 anos, o empirismo e a ciência de poucos recursos dominaram nosso país.

A história da atuação médica no Brasil inicia em novembro de 1807, com as tropas francesas napoleônicas invadindo Portugal. O príncipe regente português, Dom João de Bragança (futuro rei D. João VI), e sua corte fugiram para o Brasil onde necessitariam da melhoria das condições de vida e dos serviços médicos na terra colonizada. Até 1808, os cuidados com a saúde eram administrados por populares e por uns poucos médicos portugueses, conforme já pontuamos. Esses profissionais ativistas da saúde eram conhecidos por diversos nomes como sangradores ou cirurgiões barbeiros, curiosos, feiticeiros, boticários, pajés, padres jesuítas, alquimistas, benzedores, algebristas, parteiras, alveitares, ciganos, mezinheiros, beatas, judeus, curandeiros e outras denominações ativistas da época. Os mais preparados, chamados cirurgiões barbeiros, eram aprovados em exames realizados pelos comissários do físico-mor do Reino.

O papel do Estado nos primeiros passos de organização no campo da saúde na nova civilização ficou evidente com a ordem da criação das primeiras escolas médicas nas cidades de São Sebastião, hoje Rio de Janeiro e São Salvador, atual Salvador, capital do estado da Bahia. A função do físico-mor era hierarquizar as atividades dos profissionais que atuavam na arte da cura, na tentativa de organizar e legitimar a medicina científica na colônia recém-ocupada pela monarquia. A delimitação da atividade profissional dos ativistas de saúde que aqui viviam e ofereciam seus serviços foi imposta de forma que curandeiros realizavam, mediante as determinações da coroa, apenas os tratamentos de doenças leves. Sangradores poderiam utilizar sanguessugas, ventosas e realizar sangramentos, enquanto as parteiras ajudavam mulheres a dar à luz.

As poucas práticas de cura foram ordenadas desde 1813, após a criação da Academia Médico-Cirúrgica no Rio de Janeiro. A interferência do Estado, a fim de institucionalizar a profissão, fazia com que fosse expedido pelo governo a cessão de alguns enfermos ou uma enfermaria, a escolha do professor, para o estudo e tratamento de doentes, colocando à disposição as tecnologias possíveis, como a

utilização de medicamentos da época e a prática da sangria terapêutica trazida da Europa. O Estado inferia por meio de regras e regimentos, da Fisicatura-mor em favor dos médicos e em desfavor aos sangradores práticos, na tentativa de valorizar a educação médica. Tania Pimenta retrata, em seu art. 5º, as deliberações sobre a clínica cirúrgica de 1847 nos Cadernos Saúde Coletiva:

Art. 5º É da obrigação de um e outros [um Pensionista interno e dois externos] cumprir pontualmente as ordens e instruções que receber do Professor em tudo o que disser respeito ao curativo dos doentes a seu cargo, entende-se nessa obrigação a de sangrarem (PIMENTA, 2005, p. 534).

Neste contexto, em 1827 estudantes mais adiantados do Hospital Santa Casa de Misericórdia utilizavam a prática e ajudavam os pensionistas (estagiários da época) a realizar o ato de sangria, cumprindo ordens do professor da academia médica, que foi tolerado por quem não tinha formação científica até sua proibição. Foram 20 anos de perda de prestígio dos sangradores para que a sociedade considerasse como sangrador aquele cientificamente formado para o ato de sangrar com a competência devida.

A incidência do papel político da coroa tornou as duas primeiras cidades escolhidas pela corte imperial portuguesa as primeiras sedes de escolas médicas em nosso país. A partir dessa época, o poder monárquico outorgava títulos aos que utilizavam a prática de curar. O jovem imperador D. Pedro II acompanhava as teses das academias de ensino da época por meio de jornais, periódicos e livros descritos e produzidos nas academias de ensino médico.

A sociedade do fim do império valorizava o conceito de que o ensino médico deveria ser educador e civilizador, excluindo os saberes prévios e anônimos da população, principalmente da classe mais pobre. Essa influência voltada a disciplinar o corpo e alma era a utopia da educação integral da época e teve como consequência a implantação de rotinas escolares, como o tempo em minutos da duração das aulas que vigoram até hoje, mas se confrontava com os costumes seculares praticados aqui pela cultura mista escravagista, dos jesuítas e indigenista que funcionara até então.

Vale lembrar que o movimento histórico que contemplou a descoberta do território brasileiro iniciou com o movimento que envolveu a miscigenação cultural de povos indígenas, africanos e portugueses, esta última trazendo consigo os costumes, saberes e necessidades europeias para sua subsistência. Essa ênfase da diversidade cultural conflitava com os tempos de grandes mudanças sociais, econômicas e

políticas do século XIX. As necessidades sanitárias eram emergentes e, com a chegada da industrialização à Inglaterra e França, influenciaram a passagem da independência de um Brasil colonial para um Estado independente. Esse ambiente de grandes alterações motivava a alavancagem de estratégias na educação. Os tempos de mudanças políticas ajudavam a construir novos paradigmas na formação superior fora do domínio da igreja, imposta desde o descobrimento pelos jesuítas. O progresso do mecanismo econômico com início da industrialização europeia influenciou a intencionalidade de abastecer o país de médicos, engenheiros, bacharéis de direito e outras profissões e os movimentos culturais selados com a vontade de atender aos interesses do Estado para acompanhar a mentalidade de transformação do Estado brasileiro.

A necessidade higienista das cidades crescia mediante uma série de doenças provocadas pela falta do ambiente sanitário adequado, amplificado pela velocidade de aglomeração de pessoas nas vilas e cidades. A participação dos poucos médicos da época em utilizar a ação educacional higienista como necessidade de civilizar hábitos e destacar a importância de prevenir doenças, diferenciando dos ativistas não formados da época, foi muito utilizada sem grandes méritos de valor pela população. “É, pois, vivendo e estudando em um espaço no qual a natureza e cultura digladiam, que os médicos tropicais são formados, de modo a encontrar fórmulas para aproximar a cidade que recusavam de um mundo natural idealizado” (GONDRA, 2004, p. 22).

Na citação de Gondra (2004), percebemos a perspectiva do argumento médico na governamentalidade da época do ato de educar e civilizar como atos solidários, médicos, higiênicos e necessários para construir a nova sede imperial. Na obra descrita por Gondra, havia conceitualmente a necessidade de transformar as cidades que cresciam à época como a cidade do Rio de Janeiro, que necessitava de ações em harmonia e conjunta dos médicos, do apoio da sociedade e do investimento público, a fim de melhorar as condições mínimas sanitárias.

Assim, as emergentes cidades e vilas da época proporcionavam o ingresso de um movimento para unificar o conceito das práticas da chamada medicina, que se esforçava em estabelecer regras, seleções e expulsões de práticas e praticantes do empirismo da cura, a fim de institucionalizar a legitimação da organização dos médicos e de sua formação. “Transformaram o quadro de uma cidade sitiada pela morte, insegurança, insalubridade, ignorância, feiura e vícios em uma demanda por

mudança, a ser determinada pelos imperativos do discurso médico” (GONDRA, 2004, p. 101).

Os profissionais da época viviam uma relação conflituosa secular, uma vez que o pensamento religioso vigorava igualmente à prática e à experiência dos curandeiros, ambos com passados e falas bem adaptadas à cultura e à mentalidade da população contemporânea. Os práticos exerciam, mediante a forma de linguagem, o alcance do convencimento para a prática do diagnóstico, terapia e cura disponíveis com facilidade e entendimento da população. Essa relação de conflito iria perdurar por décadas, pois não ocorreu uma ruptura dos modelos antigos de realizar a medicina empírica desenvolvida culturalmente ao longo de anos por uma novidade científica ou melhor prática que pudesse mudar o conceito social do médico científico. Outro fator que atrapalhava a sedimentação do valor da atuação médica eram o pequeno contingente e a distribuição insuficiente de profissionais formados para atender a população pelas vilas e cidades. A quantidade de doentes gerada pela falta de higiene e pela pobreza era muito alta para o acesso dos ditos médicos oficiais que detinham a ciência legitimada que estava sendo imposta pela coroa.

A condição de atuação conjunta dos médicos e das escolas do Rio de Janeiro e Bahia eram ainda insuficientes e pouco resolutivas para competir com o empirismo dos integrantes sociais do ativismo da cura. Mesmo assim, o grupo científico chamava para si a responsabilidade do ato legítimo da cura e o papel da medicina na sociedade da época e atuava desqualificando, e não aprovando outras práticas que não fossem as científicas e acadêmicas. O emprego do discurso da legalidade da prática científica médica foi tomando conta de várias camadas sociais e fazendo a sedimentação de forma lenta da autoridade profissional médica na sociedade.

Situações políticas, econômicas, culturais e sanitárias forçaram o governo monárquico à criação do que foi chamado de “estado da verdade” (GONDRA, 2004), que consistia na necessidade de implantar condições favoráveis para a permanência da coroa. A classe médica da época teve grandes oportunidades, por intermédio da imprensa, de relatar um período acompanhado de agravos epidêmicos e doenças tropicais até então novas para a família real. As classes dos médicos científicos contavam com o apoio da polícia que ajudava e atuava com os médicos oficiais no papel do cumprimento de ações como agentes sanitários na disciplina social, a fim de conter a disseminação de doenças em toda a população. As novas escolas abriam espaços para novas discussões e discursos sobre prevenção e vieram a melhorar as

práticas de higiene social, institucionalizando a ordem e os princípios oficiais, conduzidas pelas autoridades médicas constituídas, mudando o conceito dos hospitais militares, das Santas Casas de Misericórdia, lazaretos e casas de isolamento que existiam desde de 1543, com a abertura da primeira Santa Casa do Brasil em Santos, São Paulo.

Essa nova organização social brasileira abriu campo para novos hábitos culturais diferentes dos europeus e mais adequadas ao clima carioca, como a nova forma de vestir e alimentar. Isso criava uma atmosfera favorável a novos costumes, passando de um modelo disciplinar, onde se tentava impor a legalidade da medicina científica ante o empirismo, para um novo discurso de acreditar e fazer acreditar no poder que o conhecimento científico trazia para a sociedade com as novas escolas. Nesse campo de mudanças, o processo de sedimentação da autonomia do médico foi legitimando-se e concretizando e, ao mesmo tempo, sendo reconhecido timidamente na crença social. Vale lembrar que, com baixos recursos de cura, muito pouco podia ser feito em diversas enfermidades, uma vez que, no campo da saúde da época, não surgiram técnicas ou novas descobertas científicas importantes que favorecessem a convergência de uma credulidade que fizesse abandonar os antigos rituais de cura.

As duas escolas médicas recém-criadas foram, acima de tudo, um indicador social, em que a profissão trazia a responsabilidade, a autoridade, a legitimidade para si e uma mudança de visão da sociedade quanto à tratativa sobre assuntos do corpo, saúde, doença, morte e vida descritas em poucos trabalhos e periódicos (jornais) da época.

Como na educação, os resultados nunca são imediatos, e as aberturas de escolas também não mudaram de imediato o conceito mental da época. A situação de extrema precariedade da população, suas condições econômicas e socioculturais não favoreciam o progresso e a disseminação do discurso das ciências médicas em torno da credulidade da nova profissão. A população e autoridades da época percebiam a competição histórica de maneira até então resolutiva, de como as pessoas se curavam pelos métodos antigos em paralelo com um regime hospitalocêntrico que imperava desde de 1543, com a criação da primeira Santa Casa de Misericórdia. Instituições hospitalares muito precárias, como os hospitais militares, ajudavam a somar a baixa confiança de apoio irrestrito devido à baixa resolutividade dessas instituições que tinham poucos recursos, medicamentos precários e viviam em

plena penúria, com dificuldades de subsistência, e sobretudo eram consideradas locais de depósitos de doentes.

Outro fator que desfavorecia a sedimentação da profissão médica imposta pelas escolas da corte era a estratégia de os profissionais recorrerem e se apoiarem na imprensa através dos periódicos. Esses jornais da época tinham o objetivo de positivar, ressaltar e convencer a população com matérias que eram voltadas para o alívio do sofrimento humano e prolongamento da vida descrito em trabalhos com motivações de constante valorização científica e simultaneamente de desvalorização da prática não científica realizada por charlatães, assim rotulados os não acadêmicos e praticantes do empirismo. O intuito era facilitar a personalização e identificação pela sociedade desses integrantes sociais em comparação com o importante papel do médico formado, como relatado na tese de doutorado de Ferreira (1996), construtores e salvadores da nação.

A dificuldade de inserção da cultura e do saber médico na sociedade foi auxiliada, segundo Ferreira (1996), com um tempo chamado de periodismo, sendo um dispositivo que ajudou a autonomia do discurso médico e de seu enraizamento. No meio social, foi a expressão de um saber natural e universal. No papel e apoio do Estado contribuiu para a inserção da medicina no campo das ciências junto com a história natural, o direito, a economia e a filosofia. Entre essas ciências, a medicina era a que mais correlacionava com a vida cotidiana da população, sempre tentando ampliar o prisma central da sociedade, no intuito de sedimentar seus princípios, métodos e obter o acolhimento e reconhecimento da sociedade. Os primeiros periódicos encontraram grande dificuldade para sobreviver devido à falta de colaboradores e assinantes assíduos. Outra dificuldade era o público leitor, composto de leigos que contrapunham aos conceitos populares o saber médico científico.

A classe médica do período imperial, como participante da sociedade, apresentava-se em diversos discursos utópicos de educação integral e demonstrava suas teses na tentativa de influenciar a vida cotidiana. Algumas dessas teses foram aceitas e vigoram até os dias de hoje como verdade, por exemplo, a idade das crianças para o ingresso nas escolas infantis. Gomes (1852) assegurava que o futuro do homem não dependia apenas da formação física dele, mas de aspectos que envolviam os cuidados desde seu nascimento, contrapondo a pensamentos que dependiam da conduta moral anterior de seus pais e da conduta das mães durante a gravidez. Também era debatido e defendido por autores médicos da época que

crianças nunca iniciassem seus estudos antes dos sete anos de idade, demonstrando a influência dos estudos médicos na estrutura de formação da sociedade, onde diagnosticavam que os colégios aprisionavam, imobilizavam, deformavam, desestimulavam e enfraqueciam a inteligência da criança iniciática. Outras proposições e sugestões da época eram a inclusão de exercícios físicos para o fortalecimento da inteligência, atenção mediante o estímulo do movimento e da respiração ao ar livre, a fim de reduzir a debilidade causada pelas atividades intelectuais.

As discussões repercutiam com vários autores contemporâneos, como o trabalho do doutor Naegeli (1863), que trazia o contrário em primeira ordem, que relatava que exercícios físicos eram mais adequados aos países frios, até ser convencido de que a população intelectual dos trópicos também reduzia muito os movimentos do corpo. Já o doutor Ubatuba (1845) considerava que o ato de realizar exercícios físicos fazia parte das necessidades gerais da higiene, associando a questão do físico à moral e à religião, e que ela iniciasse logo na gravidez. Percebe-se, nas escritas da época, que as academias demonstravam, em seus diversos trabalhos, outros assuntos que percorriam a sociedade, como a preocupação com ambiente, o clima, banho, alimentos, sono, exercício, hábitos, vícios, aleitamento, gravidez, formação moral, religião, exercícios físicos, e com isso reforçavam a autoridade e a autonomia assumida pelo médico na época, mesmo não tendo o consenso da classe, mas gerando um espaço de atenção na formação social.

A instituição dos profissionais de formação acadêmica aconteceu no Brasil sem grandes conflitos, devido ao reduzido número de médicos disponíveis na colônia, e isso fez com que não hierarquizasse a medicina na escala social, como era na Europa, onde esses profissionais detinham lugares bem distintos na sociedade como médicos propriamente ditos. A competitividade cultural dos praticantes empíricos, como cirurgiões e boticários, associava essa cultura de implantação na história da medicina ao fato da quantidade de recursos para a cura efetiva da época ser bem escasso, o que tornava as ações dos médicos científicos similares às dos terapeutas populares.

O século XIX foi marcado por tentativas decisivas para uma implantação cultural do valor da medicina no país. Após a criação das faculdades de medicina de Salvador e do Rio de Janeiro em 1832, as escolas médicas tinham a finalidade de implementar a medicina científica afastando da sociedade o empirismo. Era o primeiro passo para a evolução no ensino das ciências médicas capaz de transformar as

precárias escolas imperiais em instituições com tendências europeias que tramitavam o conhecimento nos campos da clínica e da higiene. A atitude de abrir as duas escolas foi um marco político para educação médica, mas sem grandes avanços, devido à ausência da cultura científica local e à aplicação da cópia de modelos culturais do ensino europeu. Com influência da academia francesa, o sistema político administrativo não era bem aceito pela burocracia do império. Com uma política pouco inovadora e transformadora de atuação e produção científica brasileira, ainda não era sentido pela comunidade médica que modelos de ensino e de repasse de conhecimento médico não poderiam ou deveriam ser livremente transferidos de um continente para o outro, como se imaginava, pois teriam de passar por uma revalidação tropicalista, para serem utilizados no contexto do Brasil, bem diferente daquele em que foi originalmente proposto.

A concretização do valor da medicina culta ainda possuía o agravante de ter médicos científicos prescrevendo basicamente sangrias e purgantes para combater os males da época, como epidemias que afligiam a população. Essas práticas eram comparadas facilmente com a medicina profana exercida por vários atores ativistas da cura. Essa prática persistiu e perenizou até os anos finais do século XIX. Isso não contribuiu como elemento novo para mobilizar a popularidade e a valorização da sociedade em prol dos médicos científicos e era desfavorável para a conquista da autoridade do ato de curar por tais médicos. Durante o século XIX, essa batalha entre a medicina popular e a acadêmica foi o maior desafio para o tão sonhado reconhecimento social do médico, principalmente em contextos epidêmicos, quando a gravidade da situação expunha a incapacidade da ciência em conter a propagação e a cura, tornando a medicina impopular. Por fim, clamava-se pela divindade para restaurar o Estado de saúde, muitas vezes inútil perante as pestes.

O cenário de desvalorização do saber prévio da saúde empírica praticado pelos estudantes vivia um jogo de poder no período imperial. A tentativa de destruir a imagem do curandeirismo em detrimento da ciência que já era histórica nas mãos dos antigos povos que aqui viviam, vieram de outras etnias e seguiam os próprios rituais de cura revelou-se o maior desafio da implementação da cultura científica no Brasil. Essa tentativa de mudança de imagem vinha sendo feita desde o descobrimento do Brasil por intermédio dos jesuítas, com a catequização dos colonos contra a prática de cura baseada na pajelança, nas magias que aterrorizavam a Igreja. O movimento da época pretendia implantar a autoridade médica visando à legitimação da profissão

em um movimento de discursos e escritas em periódicos, na tentativa de crer e fazer a população crer na medicina científica, a fim de abandonar os hábitos magistrais da cura.

A tentativa de coibir outras formas de medicina que ofuscavam e geravam ambiguidade referencial no papel de quem deveria exercer a cura eram ações administrativas, pois era percebido pela própria regência governamental que métodos científicos prescritos e seus recursos na medicina popular eram os mesmos utilizados nos consultórios. Isso gerava um conflito entre a prática eficaz dos curandeiros e a iniciática atuação médica com as autoridades públicas. Os próprios governantes da época, em situações críticas de saúde, buscavam a medicina empírica para alcançar a cura. As doenças parasitárias e viróticas da época, como varíola, sarampo, gripes, tuberculose, tifo, malária, faziam parte da guerra biológica e foram os maiores concorrentes e/ou opositores da medicina científica pela falta de uma terapia eficaz e diferente da realizada pelos antigos curandeiros, fazendo a sociedade ter uma visão similar da maneira de curar.

Os pacientes psiquiátricos eram outro grande incômodo social dos nosocômios, o que foi uma das oportunidades de aproximação e valorização social do ensino médico no momento em que o mundo ocidental caracterizou a transformação da loucura em doença mental, tornando-se um monopólio dos especialistas na verdade científica. Ao final do período imperial em 1880, foi introduzida a cadeira de moléstias mentais nas faculdades de medicina, e o registro do doutor Teixeira como clínico do hospício D. Pedro II foi seguido da nomeação dele como diretor dessa instituição, significando um estreitamento da academia com o local asilar de saúde. Esse foi um papel importante para a classe médica no binômio ensino-saúde na autonomia personificada da medicina científica na construção da consciência coletiva da valoração do profissional médico.

Fatores sociais e religiosos, como o crescimento demográfico, competiam com o ambiente de implantação científica devido à destinação de recursos financeiros para a saúde e outras áreas fundamentais das crescentes cidades. O índice de natalidade era muito alto, considerado como um denominador favorável da conquista de novos territórios a explorar e ocupar. A superação da soma de recursos para investir em armas, religião e desenvolvimento eram necessidades da época. O crescimento desorganizado das cidades sem estrutura de urbanização adequada causava doenças de massa tão devastadoras, que seus efeitos acarretavam no campo um

êxodo e abandono das lavouras e, conseqüentemente, geravam fome e carestia de alimentos.

No fim dos anos de 1860, a possibilidade de rótulo da medicina experimental começou a conquistar adeptos. Era época do fim da Guerra do Paraguai e, segundo Edler (2011), a associação da clínica e do laboratório levou à dimensão do ensino prático e livre, aumentando a crença na trajetória da cura e proporcionando uma reforma no ensino médico em 1879, inspirado no ensino dinâmico. Nessa época, ocorreu uma articulação política dos grupos que produziam trabalhos científicos, aproximando a medicina brasileira aos países da América do Norte e da Europa, pelas novidades de produção científica que eles detinham na busca de aumentar a possibilidade de respostas e uma rápida reação em situações de pós-guerra e epidemias.

Conseguir um espaço nos respeitadoss grupos científicos da Europa não era tarefa fácil, e as escolas que produziam a ciência médica no Brasil tinham o trunfo das doenças tropicais, uma das quais com evidência clara de que produzia o quadro clínico era a hipoemia intertropical, um tipo de anemia causada pelo *Ancylostoma duodenale*. Essa patologia possibilitou a descrição de seus sintomas, etiologia, profilaxia, terapêutica e efetivamente produzia resultados de credulidade na população com a resolutividade médica. A partir de 1870, a confiança de partidários que acreditavam na possibilidade de uma relação de causalidade entre algumas doenças endêmicas e determinados parasitas encontrados naquele determinado local reordenaria a fronteira entre o charlatanismo e profissionalismo científico com base no estudo da helmintologia. Surgiam aí os pioneiros médicos helmintologistas. Assim, o precário sistema de autoridade científica do século XIX começava a ganhar espaço, uma vez que o erro dogmático e a verdade científica se tornaram fluidos para a hierarquização do profissional médico e uma perceptível diferença para a população entre os profissionais formados e os empíricos.

Com o espaço de respeito mais ampliado para a classe de cientistas e com um repertório de múltiplas evidências fundamentadas e tacitamente admitidas no meio da população e da comunidade europeia, tornaram-se possíveis a confrontação, o diálogo, a concorrência e até mesmo o conflito entre os profissionais em favor do progresso da ciência. Conforme relata o parasitologista Júlio Moura (1996 apud EDLER, 2011, p. 198): “No país dos videntes, quem maneja o microscópio é rei [...]”,

em referência à demarcação da diferença entre os que obedeciam à razão e os que se iludiam com mitos.

No fim do período oitocentista, as proposições científicas ficaram mais difundidas no meio social. Ficou mais evidente para a população a percepção de que o estudo da doença originado da causa à cura utilizava como trajetória um complexo processo de pesquisa, comprovação, acomodação, negociação com pares para consenso e interpretação tão evoluído quanto a sua produção, conforme afirmava Latour (2000), que referenciava as revistas e congressos formalmente controlados por especialistas que revelavam sobre o modo como o acesso a uma especialidade pode ser objeto de contestação e controvérsias propiciando complicadas negociações a outros especialistas.

Para a sociedade científica tropical, ficou mais claro o caminho a ser seguido de maior altruísmo mediante a helmintologia, uma vez que, da semiologia ao patógeno descoberto, se fechava um ciclo científico com a terapêutica, para ser respeitado pela comunidade médica nacional e internacional e pela comunidade local. O vigor do experimento laboratorial, através da microscopia, descobriu e associou o parasito *Ancylostoma* à doença, hoje conhecida popularmente como amarelão. Causadora da anemia à época e chamada de hipoemia intertropical, mudou o cenário apontando o caminho progresso no reconhecimento da população. Esse conjunto levou os profissionais da época a atuar estrategicamente, usando a autoridade das descobertas comprovadas e criando autoridade sobre o assunto e disciplinas, como a Anatomoclínica, a Parasitologia Helmíntica, a Geografia médica, consideradas como disciplinas no fim do século XIX.

[...] as controvérsias havidas entre grupos médicos brasileiros na década de 1860 sobre o papel do *Ancylostoma duodenale* na produção da hipoemia intertropical. Moléstia essa imputada ao clima tropical, cuja descrição da sintomatologia, etiologia, profilaxia e terapêutica, em termos meteoropatológicos, era um dos triunfos das instituições médicas nacionais (EDLER, 2011, p. 120).

As autoridades científicas no Brasil reivindicavam para si a jurisdição do conhecimento produzido fora do ambiente europeu, mediando fatos científicos e agentes etiológicos na construção da ideia da originalidade das patologias tropicais em referência a que cada lugar tem seu clima, sua higiene, suas doenças, suas terapêuticas, ou seja, cada lugar criava tanto as doenças quanto seus médicos, pois

ninguém que viesse de outro lugar poderia conhecer as múltiplas peculiaridades com precisão das doenças que acometeriam as pessoas que ali vivessem.

Se não fosse a persistência sistematizada, constante e intensa do Estado em estimular a pesquisa dos cientistas das academias para disseminar as descobertas das doenças e divulgar, nas cidades e fazendas, a valorização do ensino superior e da legitimação do profissional médico, não ocorreria o devido reconhecimento do ofício médico.

Após uma fase de muitas descobertas do fim do século XIX e início do século XX, as descobertas da bacteriologia fizeram com que a medicina científica vivesse uma fase áurea por ter deixado a concorrência do empirismo. A sensação de segurança que a população vivia era a consequência das evoluções que aproximaram a doença da cura. A expectativa de qualidade de vida, ante as evoluções das últimas décadas da ciência em associar o patógeno, o ambiente e a geografia da terapia, transformou o sentimento social. A ideologia sanitária higienista empregada na luta do reconhecimento encontrou seu ápice com os novos conhecimentos, como a prática científica de buscar a causalidade em um patógeno que podia ser visualizado microscopicamente com a tecnologia dos novos aparatos científicos da época.

Essa época de grandes louros e descobertas durou até meados de 1918, data em que aportou no Brasil a fragata da marinha brasileira vinda de Liverpool trazendo a força militar que serviu aos aliados na Primeira Guerra Mundial. Esse navio fez escala em Dacar, norte da África, antes de aportar em Recife e, em seguida, nos estados da Bahia e Rio de Janeiro. Com ele, veio o desafio da primeira grande epidemia mundial conhecida como gripe espanhola. Provocada pelo vírus *influenza*, a epidemia da gripe espanhola veio com o poder de uma doença com alta velocidade de transmissão. O fim da primeira grande guerra provocou o deslocamento de um grande contingente humano na época, que percorreu e infectou todos os continentes do mundo. Ainda sem as drogas eficazes, como a penicilina e as sulfas, antibióticos potentes descobertos apenas em 1928 e 1935, respectivamente, o planeta conheceu os efeitos da gripe como um patógeno destruidor e invisível.

A *influenza* punha em xeque, mais uma vez, a medicina científica. A contaminação em massa aconteceu com grande rapidez, dissipando por todos os estados e cidades do país. Enquanto a doença se espalhava, a população cobrava das autoridades uma solução. Historicamente foram anos de política higienista sem grandes avanços no reconhecimento médico, e, somente nas últimas décadas, isso

ocorreu com o apoio laboratorial da bacteriologia. Um período de muitas descobertas foi o marco do reconhecimento e valorização do conceito da formação médico-científica.

A atuação inicial das autoridades sanitárias foi tímida. Isso porque o conhecimento concreto que faltava para ser aplicado na terapia e prevenção de novos casos da epidemia se somava às experiências impopulares vividas no passado, para debelar outras pestes que acometeram a sociedade brasileira. Alguns exemplos a serem citados foram a insatisfação popular em vacinar, a prática dos isolamentos e quarentenas de doentes que iam de encontro à liberdade do cidadão. Ainda muito recente, a revolta da vacina ocorrida anos antes, em 1904, fazia parte da memória recente da população. O interessante é que, nos enfrentamentos da doença, as autoridades sanitárias já dominavam o conhecimento da participação e da opinião pública como coadjuvante dos cuidados para os controles das doenças. O movimento higienista do início do século, após a chegada da família real, fazia parte das ponderações da trajetória e construção de valores que a educação médica ajudou a construir e solidificar.

No episódio da *influenza*, o inesperado foi a velocidade de propagação epidêmica de um agente desconhecido que fragilizou as autoridades sanitárias pelo contingente de pessoas doentes em pouco mais de um mês e pela falta de respostas nas terapias que levava rapidamente à morte da população. As epidemias serviram para revelar a pequena e despreparada capacidade instalada dos ambientes terapêuticos e do conhecimento para enfrentá-las. Assim, as epidemias servem de palco social e político com abertura para críticas dos detratores do sistema que aproveitam a mídia e interesses políticos para sobressaírem na guerra do poder. As pestes oportunizavam embates políticos e sociais em todos os níveis. Conforme descrito por Silveira e Nascimento (2018), o evento epidêmico impõe pressões de grupos sociais diversos e medidas sanitárias que restringem costumes da população. “Um evento epidêmico envolve interesses múltiplos, não havendo uma sociedade homogênea contraposta a ele, mas diversos grupos que reagem e interagem com a moléstia segundo perspectivas diferenciadas” (SILVEIRA; NASCIMENTO, 2018, p. 301).

Esse fato foi um marco político que inseria o poder ao médico no que concerne à gestão política. A percepção da incapacidade do Estado e dos dirigentes em conter a peste fazia uma imediata delegação aos médicos e cientistas para assumirem os

caminhos a seguir ao longo da evolução da doença, criando um poder paralelo em situações em que o preparo científico, que ainda não possuía a tecnologia e conhecimento de curar, mas tratava e abrandava os sintomas, ganhava a atenção do povo pela linha da proximidade com a comunidade. A disseminação da *influenza* chegou a um ponto em que o apelo em torno da cura, da descoberta do agente e de seu controle era o que importava para a população. Foram muitas mortes, e a importância das epidemias traduzia a evolução da política e a difusão midiática.

As autoridades sanitárias responsáveis, durante o processo de propagação, pela forma com que os médicos assumiram o enfrentamento da doença – sem armas, com orientação higiênica e junto com o povo que sofria com a doença somado às perdas de familiares –, “[...] a epidemia incentiva a troca de autoridades sanitárias pelas críticas midiáticas como ocorreu com Seidl, diretor de Higiene” (GOULART, 2003, p. 137). “Em São Paulo as acusações em torno da diretoria de higiene aumentaram quando o próprio diretor Artur Neiva ficou acometido com a doença” (BERTUCCI, 2004, p. 301). Em um momento em que faltavam respostas da ciência, das autoridades sanitárias, foi necessária a atuação contingencial, mesmo gerando insatisfação da população. As autoridades sanitárias tentavam evitar a contaminação ao máximo já sabendo do percurso de disseminação da *influenza*.

[...] uma vez instalada, a espanhola difundia-se como rastilho de pólvora. E quanto mais numerosa a população tanto mais assustadora era sua evolução. Em praticamente todos os lugares onde a doença foi reportada, não transcorreram mais que duas semanas entre a notificação dos primeiros casos e o reconhecimento da incomensurabilidade do evento (TEIXEIRA, 2018, p. 302-303).

De volta às medidas sanitárias necessárias ao combate da endemia da gripe espanhola, o discurso médico era respeitado pela população, que o acatava sob o medo e pavor da morte. Mais uma vez, o relato médico expunha a deficiência higiênica e as carências das estruturas municipais e rurais como necessidade para contingenciar novos casos. As autoridades científicas caminhavam com a dúvida e, mesmo quando a doença estivesse em progresso, a recomendação era que a política e a informação midiática deveriam propagar, na mesma sintonia, as informações para amenizar a sensação de insegurança, e, como um norte a ser seguido, demonstrariam que algo estava sendo feito perante a opinião pública. Conforme relatam as autoras Silveira e Nascimento (2018) na obra *Epidemias do século XX: gripe espanhola e aids*,

[...] é necessário gerar uma sensação de conforto para a população em situações como ocorreu na gripe espanhola. [...] Assim, em muitos momentos, as medidas oficiais funcionam como rituais, que, mais que uma eficácia prática, devem revestir-se de uma eficiência simbólica. É preciso mostrar à opinião pública que as autoridades estão agindo (SILVEIRA; NASCIMENTO, 2018, p. 302).

Locais com grandes aglomerações de pessoas, como cinemas, teatros, escolas, eventos de lazer, festas religiosas, jogos de futebol, romarias foram restritos com a orientação médica sem questionamentos das autoridades e da população. O impacto da *influenza* gerou cicatrizes imediatas que faziam com que as comunidades inteiras não discutissem o caráter sociopolítico e científico do momento. Famílias choravam a perda de seus membros, padeciam com a carestia da falta de suprimentos devido ao aumento súbito de preços pela falta de mercadorias. A produção foi severamente afetada, visto que a ausência provocada pelo luto ou pela doença de trabalhadores no comércio e no campo gerava a falta de produtos diversos.

A carestia era tanta, que faltavam medicamentos e cuidadores que, acometidos pela doença, não conseguiam cuidar das próprias famílias. Em tempos críticos do pico da epidemia, faltavam escavadores de sepultura e fabricantes de urnas funerárias. Os corpos eram deixados nas calçadas para que o serviço público recolhesse e ficavam à mercê de cães e urubus. Segundo Silveira e Nascimento (2018), na obra *História da Saúde no Brasil*, organizada por Teixeira (2018), os eventos sociais de qualquer natureza foram adiados por dois motivos: o primeiro era pela incapacidade de organizar pelo adoecimento; e o segundo, pela atenção da sociedade que se voltava para o socorro aos doentes acometidos da gripe.

[...] muitas celebrações, festas e encontros religiosos também foram adiados por causa da epidemia. Tais medidas podiam ser vistas como reflexo tanto da impossibilidade de organizar esses eventos – seja por causa do adoecimento dos envolvidos ou da mobilização no socorro às vítimas – como em função das orientações que determinavam evitar os contatos pessoais a fim de resguardar-se da doença (SILVEIRA; NASCIMENTO, 2018, p. 305).

As epidemias tiveram um papel social importante. Com tantas vidas perdidas, o cenário de solidariedade do povo brasileiro para vencer a epidemia da gripe espanhola levou instituições da sociedade organizada a atuar e reforçar o empenho sanitário de debelar a crise de saúde. Desde o século XX até a virada do século atual, ocorreram marcos históricos responsáveis por gerar insegurança social, como as epidemias, e, com isso, a pauta oportuna com a política e de uma revisão dos hábitos culturais e higiênicos do modelo social brasileiro. Se demarcássemos a história com

o calendário das principais epidemias nacionais, tínhamos a gripe espanhola em 1918, a aids em 1980, a gripe aviária com o vírus H5N1 em 2003 e a gripe suína com o vírus *influenza* H1N1 em 2009. A gripe espanhola e a aids foram eventos de grande cobrança da ciência da medicina por terem como característica o despreparo da população mundial tanto no campo científico quanto no social, para o enfrentamento delas na época.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) apareceu nos Estados Unidos, ao longo das descobertas científicas, em 1980. A academia era favorecida pela tecnologia que foi sendo fortalecida em cima da ameaça e apreensão somada pelo medo de aparecimento de novas doenças. A visão de “doença” era o objeto personificado nas pesquisas científicas e nas principais discussões das políticas de saúde. Mesmo sendo um patógeno o responsável a ser descoberto, o aspecto psicossocial, até então, ficava em segundo plano e as atenções se voltavam, durante o século XX, para a biotecnologia e para o modelo biomédico de buscar o responsável pela doença e a terapia eficaz que garantisse a qualidade e continuidade da vida. Segundo Silveira e Nascimento (2018), a primeira divulgação oficial sobre o aparecimento da aids foi feita pelo departamento de saúde do governo norte-americano, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), em 5 de junho de 1981, quando era descrita a clínica da doença em jovens homossexuais, mas não citava seu agente patogênico.

A aids, transmitida por vírus, chegou desafiando a comunidade científica por incapacitar o sistema imunológico, reduzindo as defesas naturais do organismo, e trouxe, no quadro patológico, as velhas e já conhecidas patologias dos séculos passados chamadas de infecções oportunistas. Ela veio reforçar o papel das políticas de saúde e da importância da equipe multiprofissional que, até então, era centrada na figura do médico. Surgia um conceito mais horizontal de equipe de saúde, e o termo profissionais de saúde estabelecia uma igualdade entre outros profissionais de saúde na formação da linha de cuidado por meio da multidisciplinariedade, sem a redução da importância de formação de cada membro e de suas academias de formação.

A política de saúde mundial necessitou adequar-se ao paradigma de uma doença que começou com um público específico de homossexuais, revelando a identidade escondida da sociedade até então não revelada. Pessoas de alto poder aquisitivo apareceram com alguns sintomas, como tuberculose, pneumonia, candidíase, e com baixa resposta das terapias que funcionavam com eficácia no

passado. A aids veio como doença estigmática carecendo de novos olhares sanitários. Como nova epidemia, o agente causador ainda era desconhecido, mas a diferença era que essa epidemia apareceu em um público-alvo de casta social elevada, exigente e culto. Esses pacientes pressionavam as autoridades médicas e de saúde em geral a descobrir uma forma rápida de solução de seus agravos. Além do rótulo que a doença trazia, o quadro clínico expunha a vida social do infectado revelando sua preferência sexual, uma vez percebido que todos os casos iniciais notificados eram de pacientes homossexuais, gerando uma quebra de tabus, conforme descrito na obra História da Saúde no Brasil, na qual se afirma que,

[...] além de lançar luz sobre o modo como as sociedades organizam sua sobrevivência no âmbito econômico, político, social, as epidemias também iluminam aspectos culturais, os valores, as crenças, os tabus através dos quais os homens dão sentido à vida (SILVEIRA; NASCIMENTO, 2018, p. 292).

Pondo em xeque os limites da medicina com notificações de queixas clínicas variadas devido à baixa imunidade dos pacientes, os sintomas apresentados eram compartilhados entre as comunidades médicas, o que originou uma articulação mundial e integrada delas na busca de terapias eficazes. A aids surgiu no fim da década de 1970, após múltiplos eventos sociais que evocavam a liberdade cultural em relação à sexualidade e à utilização de entorpecentes. A sociedade transformava-se e buscava novos modelos de comportamento social e político. Conforme ressaltam Silveira e Nascimento (2018, p. 323), “[...] o caráter epidêmico assumido pela aids e a ausência de expectativa de sobrevivência para os infectados reeditavam, ao final do século XX, a incerteza e a vulnerabilidade do homem diante da natureza e suas ameaças”.

Com a doença, chamada dos homens *gays*, a aids surgiu com várias doenças que reapareceram e já tinham sido no passado apontadas como controladas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Isso estimulou um relatório dessa organização a revelar que vários países se mostraram displicentes com a saúde de suas nações. O relatório associava vários fatores, como baixo nível de monitoramento das autoridades sanitárias, como subnotificação de doenças, ao atraso nas ações de controle delas. Esses fatores foram apontados como responsáveis pelo retorno dessas doenças antigas, quando se acreditava que estivessem dentro do controle ou quase extintas. Outro apontamento da OMS foi o uso indiscriminado de antibióticos

que produziu multirresistência de bactérias, levando ao aparecimento de novas epidemias.

O sentimento social era que algumas doenças, como pneumonia, meningite, tuberculose e pestes preexistentes, poderiam ser controladas e vencidas mediante o uso dos antibióticos e por meio das políticas públicas sanitárias da época, uma guerra já vencida. As epidemias têm um fator biopatológico como um agente microbiano, mas carregam consigo um aspecto social de costumes culturais sanitários associado ao crescimento e aglomeração das cidades que favorecem sua dissipação.

Na época, os cientistas do mundo não conheciam as formas de transmissão e até mesmo o que e como enfrentar essas epidemias. As terapias eram voltadas aos sintomas e agravos que o quadro patológico esboçava. Mas era nítido saber que, em regiões de rígido controle sanitário, com elevado nível cultural e de educação, as doenças possuíam menor chance de propagação. Esses atributos facilitavam o reconhecimento da importância em torno da prevenção e da política higienista.

O fato foi que a aids e as doenças que apareceram com ela expuseram novamente a capacidade científica e a capacidade instalada de órgãos preparados para atender suas especificidades. Camargo Junior (1994, p. 132) relata que “[...] um dos maiores impactos da aids foi fazer ver à medicina a sua limitação, num momento em que se acreditava na sua capacidade de controlar toda e qualquer doença infecciosa”. Pouco tempo depois de terem aparecido os primeiros casos da doença, começaram a aparecer pacientes hemofílicos contaminados pelo vírus. O pavor social de uma doença que inicialmente era restrita aos homens homossexuais, a qual começava a contaminar outras populações possuidoras de outras morbidades e também populações do sexo feminino, trazia novamente a dúvida e o medo a imperar na sociedade. Sendo determinados como grupo de risco, as pessoas doentes passaram a ser denominadas com o termo portadores do vírus da aids, como forma de amenizar o estigma social. A pandemia punha em xeque o cenário de otimismo da medicina na segunda metade do século XX. Segundo Luna (2002), a medicina já elaborava uma transição de uma época do fim das doenças infectocontagiosas e ingresso do controle das doenças crônico-degenerativas da população.

As doenças com caráter mundial, como as epidemias, favoreceram os elementos de poder da medicina em normatizar a sociedade fora do aparelhamento do Estado. A necessidade de assumir o papel de orientação nas situações que deixaram a nação brasileira vulnerabilizada, regularizando a disciplina do indivíduo e

interferindo na condição higiênica, interferiram na dinâmica da construção da vida familiar brasileira. Essa construção forjou o poder da medicina com maior independência do Estado, conferindo ao médico o aceite sociopolítico de interventor social. Assim, as políticas públicas foram edificadas sempre com a sintonia das necessidades da sociedade.

O campo da medicina, da prática médica foi assim observado como um espaço de ação política, de interferência na sociedade, de controle cotidiano dos indivíduos com intuito de maximizar sua capacidade produtiva e pela construção e fortalecimento de um modelo de política de saúde (FONSECA, 2007, p. 407).

A relação da saúde como política institucional iniciou com a criação da Liga Pró-Saneamento em 1918, um projeto em nível nacional que visava valorizar o homem do campo. Movido pelo sentimento após a epidemia da gripe espanhola, o movimento de defesa sanitária foi realizado em expedições em prol de um Brasil agrícola, principal atividade econômica da época. O apelo por tratar as endemias rurais denunciava as condições em que viviam as populações agrárias que enfrentavam doenças, como a febre amarela, as doenças de chagas, a malária e a cólera. Conforme ressalta Fonseca (2007), os cientistas protagonizaram uma reforma da saúde pública para melhorar as condições sanitárias e contribuir na melhoria da economia e saúde do homem do campo.

Em face de um país continental, cada região possuía seu grau de incidência distinto para doenças específicas e condições ambientais favoráveis para seu desenvolvimento e proliferação. Até então os estados combatiam, de maneira isolada, seus agravos com os próprios recursos, mantendo sua autonomia de prevenção, controle e regulação dessas doenças. A fragilidade e necessidade de construir um núcleo central para dirimir problemas de saúde vieram após a terrível experiência da gripe espanhola, o que deixou claro a incapacidade de debelar epidemias que facilmente passariam pelas fronteiras estaduais. Assim, nasceu a proposta de integração nacional dos estados com interesse político em implementar federativamente uma política que atendesse todos os brasileiros. O objetivo era centralizar o poder organizativo e descentralizar as ações de combate às doenças que eram um problema nacional que impactava a vida econômica do país.

Esse era o caso de São Paulo, o mais rico da federação, cujos representantes defendiam ardorosamente a não interferência federal nos assuntos locais de saúde, mas constataram a fragilidade de suas fronteiras com regiões

epidêmicas e nesse sentido as dificuldades de controlar o movimento de doentes nas regiões sob sua jurisdição (FONSECA, 2007, p. 412).

Politicamente não foi tão fácil dirimir a lógica da centralização do poder no Estado, pois ainda não havia o modelo claro de como seria a divisão de recursos financeiros entre os estados mais produtivos e os mais pobres. Estados mais ricos como São Paulo destoavam de estados mais pobres da federação em quantidade de recursos arrecadada. Estados pobres não tinham a capacidade estrutural e instalada para o combate do dia a dia de seus agravos, e, em 1923, São Paulo se destacou com a criação do próprio departamento, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Era um órgão autônomo, mas que permitia a interferência, em casos de surtos epidêmicos, do governo federal caso necessitassem. Segundo Fonseca (2007), em 1930 nascia o Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), que foi o primeiro órgão centralizador e institucionalizador criado para pensar políticas em nível nacional. Só em 1937, sob o regime ditatorial, nasceu o Departamento Nacional de Saúde (DNS), que visava implementar normas e padronizar as atividades nacionais com uma visão de descentralizar a execução delas em nível estadual.

A política de saúde atual tem sua base nessas diretrizes de divisão de serviços sanitários de saúde pública e hospitalares. O Brasil, na década de 1930, criou vários ministérios, como o do trabalho, e se organizou legislativamente com vários decretos, como o da criação dos fundos de pensão, por exemplo, o das Caixas e Aposentadorias e Pensões. Mediante a criação desses fundos de pensão, estes viraram um apelo classista e dos sindicatos na reivindicação dos direitos de seus trabalhadores, passando a ser um dos maiores compradores de serviços previdenciários da época: a compra de serviços de saúde. O desenvolvimento político em torno da garantia de direitos à saúde iniciava com inclusões cada vez maiores de segmentos da sociedade.

A evolução do Ministério da Saúde (MS) e da educação ocorreu com base nas demandas e transformações sociais e políticas. Por muitos anos, os dois ministérios não almejavam uma política conjunta como no tempo de sua criação, quando eles eram integrados ao Mesp. Entre as décadas de 1960 e 1970, o Brasil tinha elevado número de faculdades privadas, somado a um elevado número de vagas para nível superior, e esse foi um dos fatores que ajudaram na fixação de escolas privadas próximas ao grande mercado de faculdades públicas das universidades federais e estaduais.

No início deste século, a estratégia do governo federal em abrir mais postos de saúde e aumentar a cobertura do atendimento da saúde à população, mediante a atenção básica de saúde, fez acentuar a crise da falta de médicos no país. Os municípios já tinham dificuldade em contratar médicos em número suficiente disponível para assumir vagas nas unidades básicas de saúde devido à falta histórica provocada pela dificuldade de interiorização. Conforme destaca Bonelli (2009), o governo sempre criou regimes e programas na tentativa de interiorizar a saúde, como o projeto Rondon em 1968 e a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), criado em 1976, para estruturar a saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes e sempre fracassou na fixação dos médicos.

Os desafios de suprir as necessidades de saúde da população são históricos, como a evolução do ensino médico no Brasil, e ocorreram de forma lenta. Uma linha do tempo que contempla a quantidade de reformas e a reestruturação das escolas médicas iniciou em 1812, quando o curso passou de quatro para cinco anos de duração. Em 1832, pelo ato da Regência Trina, mudou-se a denominação das duas escolas médicas do Brasil para Faculdade de Medicina da Bahia e Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, passando o curso para seis anos de duração. Segundo Rocha (2004), em 1879, foi promulgada a “lei do ensino livre”, permitindo a abertura para a atuação de escolas privadas no ensino, que até então era restrito à dimensão estatal. Já em 1968, a Lei nº 5.540 impôs a alternância das cátedras (cadeira pontifícia) por departamentos e dividiu o ensino médico em ciclo básico de dois anos e ciclo profissionalizante em quatro anos.

Segundo Neves (2005, p. 168), “[...] da metade do século XIX até os dias atuais, percebemos que as transformações foram pouco significativas do ponto de vista de mudanças curriculares e metodológicas”. De acordo com Filgueiras (2014), as diretrizes propostas na Resolução nº 8, de 8 de outubro de 1969, trouxeram novas diretrizes do extinto Conselho Federal de Educação, que regia a educação médica e fixou duração mínima do curso de medicina e seus conteúdos mínimos. Essas modificações limitavam-se à dimensão metodológica e permaneceram sem grandes mudanças até o fim do século XX.

Preocupado em formar e avaliar o perfil do médico adequado para atender às necessidades de saúde, o governo com as associações organizadas da sociedade de classe, como a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), fundada em 1962, e a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem)

apoiaram, no Ministério da Educação e Cultura, o exame de proficiência para avaliar os egressos dos cursos superiores, o chamado “Provão”. O objetivo desse exame era avaliar escolas de ensino superior e ajudar no diagnóstico dos problemas e deficiências na graduação de diversos cursos, entre os quais o de medicina. De 1996 a 2003, a prova de proficiência teve o papel de avaliar o nível de conhecimento dos recém-formados. Esse movimento demonstra um reflexo da preocupação governamental em aproximar o modelo educacional com os anseios da população no mercado que estava em plena revolução digital com grandes avanços tecnológicos tanto nas áreas econômica, social, cultural, política quanto na área focal deste estudo, no campo educacional.

As EMs passaram a ter autonomia na determinação do currículo médico e o governo federal passou apenas a limitar o perfil desejado para o estudante de Medicina que incluía: cidadão com atitude ética, formação humanística, consciência da responsabilidade social capacidade de atuar em equipe interdisciplinar e multiprofissional entre outros (REGO, 2003, p. 167).

Em 2001, o MEC promulgou as DCNs para que as faculdades orientassem as grades curricular para um desenvolvimento que acolhesse as necessidades de saúde da população, promovendo, durante a graduação, a interação entre ensino, serviço e comunidade e ainda implantassem novas estratégias de ensino-aprendizagem e novas formas de avaliação. Em 2004, o Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (Sinaes), avaliou as instituições indicando a necessidade e possibilidade de transformação no perfil dos profissionais que o país requeria.

A forma de aprender após a democratização da internet, da mobilidade das informações em redes interconectadas, fez mudar o processo produtivo, o desenvolvimento e a distribuição do conhecimento. A evolução da neurociência e da psicologia descobriu processos por meio dos quais aprendemos uma alteração no modelo de ensino-aprendizagem. Modelos empregados baseados em problemas mostraram-se mais efetivos na aplicação na academia médica devido à elevada produção de conhecimentos dos últimos anos, necessitando aprender durante toda a vida para se manter atualizado. Isso hoje é uma verdade científica que pode ser superada com novas descobertas, tornando a verdade em uma hipótese e, com isso, possibilitando um novo ciclo de conhecimento sobre o assunto.

[...] tem-se tentado melhorar o ensino médico com a inclusão de conteúdos que atendam às novas demandas resultantes do progresso científico e tecnológico, do aumento das informações a serem transmitidas no mesmo

período de tempo da necessidade de incluir novos conhecimentos em áreas correlatas. Percebe-se também a falta de profissionais com visão holística do ser humano, na medida em que predominam os especialistas (MILLAN, 1999, p. 19).

A população busca um modelo de assistência à saúde resguardada pelo direito constitucional (1988) e nele a qualidade de assistência para suprir suas necessidades de saúde, a qual, muitas vezes, não é contemplada. De acordo com o professor Hissachi Tisuji da faculdade de Marília São Paulo: “Pelo exposto, podemos dizer que uma disfunção e/ou enfermidade é multifatorial. O médico não pode escolher um ou outro fator ao cuidar dos enfermos. A atenção deve ser dirigida às necessidades da pessoa e não do médico” (TISUJI, 2010, p. 39).

O relato contempla o eixo do olhar integral para o paciente, sabendo-se que fatores estressores e multifatoriais levam à doença. O olhar reducionista para a doença trazida pelo doente mediante sua queixa clínica é fator de maior frustração do paciente na atualidade, que, muitas vezes, busca o acolhimento no profissional médico e este não está preparado para atender aos aspectos biopsicossociais de forma integral.

Conforme relata Gonçalves (2008), “[...] a reforma do ensino médico foi um produto de ação coletiva proposta pelas diretrizes curriculares a fim de atender às novas demandas sociais e aos avanços tecnológicos”, para suprir as necessidades da população. Os modelos de ensino na atualidade seguem, em sua grande maioria, o cumprimento da determinação do Decreto nº 3.860, de julho de 2001, que orienta a organização e avaliação dos cursos e instituições de ensino superior. Novas diretrizes curriculares por meio da metodologia ativa de ensino aprendizagem, conhecida como *Problem Based Learning*, visam a um aprendizado baseado em pequenos grupos, em vez de salas de 40 alunos ou mais, e a um aprendizado autoassistido e orientado para o ensino na comunidade, em um ambiente prático. Este busca uma perspectiva de formação biológica e psicológica onde a forma de ensinar propõe ao aluno o contato com a rede de saúde desde o primeiro ano, possibilitando o desenvolvimento das habilidades clínicas, o raciocínio crítico e reflexivo da aprendizagem.

A evolução na educação médica esteve no auge ao longo do século XX, porém sem grandes mudanças até a década de 1970. A partir de 1860, quando as descobertas microscópicas ocorreram e os microrganismos foram associados ao ambiente geográfico e aos sintomas das doenças, ocorreu uma alteração do rito da descrição científica das patologias. Isso mudaria também a forma de como o

ensinamento seria repassado para novas gerações por meio de uma ciência concreta. Edler (2011, p. 123) relata que “[...] o novo espaço que emergia, reclamando superioridade científica diante da prática clínica, era o do gabinete e da bancada, onde o microscópio desempenhava o papel central”. O evento tecnológico da pesquisa e da associação microscópica fez com que o discurso adverso dos que acreditavam nas velhas crenças terapêuticas na medicina e dos adeptos daqueles que acreditavam na superioridade da prática clínica.

Esse discurso assumiu um caráter moralista e de disputa até entre pesquisadores e clínicos, e essa adversidade foi relatada pelo cientista e microscopista Moura (1875) ao publicar, na Revista Médica do Rio de Janeiro, a frase que reforçava a valorização científica e a pesquisa do achado microscópico: “em um país de videntes, quem maneja o microscópio é rei” (MOURA, 1875, p. 198).

Em outros países, a evolução do modelo de educar desenvolvia-se e pesquisas eram realizadas, como ocorreu nas primeiras décadas do século XIX, nos Estados Unidos e na Inglaterra. Dois modelos serviram, na época, como orientação do progresso da educação médica e hoje servem de modelos reflexivos que levaram a uma crítica à qualidade do ensino médico em todo o mundo. O modelo Flexner (americano) e o modelo Dawson (inglês) tiveram influência em muitas nações do Ocidente, por isso a importância da discussão e uma breve explanação desses modelos que influenciaram a evolução da educação médica brasileira por quase todo o século XX. Pagliosa (2008, p. 495) relata, na Revista Brasileira de Educação Médica, que, “[...] para o bem e para o mal, é impossível discutir a educação médica, em qualquer parte do planeta, sem referir Flexner e seu relatório [...]”, um documento que ficou reconhecido após sua publicação em 1910 e foi responsável pela aceleração das reformas na educação médica em vários países do mundo.

Abraham Flexner foi o autor de um instrumento de pesquisa, cujo trabalho ficou reconhecido como relatório Flexner, ao visitar 155 faculdades de medicina dos Estados Unidos e do Canadá. O relatório partiu de um instrumento de pesquisa sem um padrão específico, quando a visita às instituições de ensino era focada nos ambientes práticos (laboratórios) e as evidências objetivas eram anotadas para sua análise. Para ter noção da velocidade do apanhado dos dados, foram visitadas 155 faculdades em 180 dias, o que gerou dados e conclusões que culminaram na publicação de seu trabalho. Mais tarde, este seria o responsável por fechar muitas faculdades que não tinham as condições mínimas para a formação do que ele tratava

como ideal para a formação ideal do médico. Apesar de a pesquisa ter sido realizada com foco nos laboratórios e condições estruturais em que elas se encontravam, a publicação desse relatório foi o suficiente para proceder a uma reforma acadêmica da medicina nos Estados Unidos, com forte influência no Ocidente, até os dias de hoje.

No fim das visitas, Flexner concluiu que, das 155 escolas médicas, apenas 31 ofereciam o ambiente mínimo para a instrução do conhecimento médico. Em pouco tempo, apenas 81 escolas médicas continuaram com portas abertas, e as demais foram fechadas. Na época, não havia necessidade de concessão governamental para a abertura de escolas de medicina, e isso na economia capitalista americana foi considerado uma oportunidade de negócio. Por não ter regulação do Estado, as escolas nasciam sem padrão, sem vinculação a universidades, muitas vezes sem equipamentos necessários, e frequentemente não detinham critérios de seleção para a admissão dos candidatos. Os cursos tinham duração diferente com tempos de fundamentação teórica distintos. Por um lado, esses últimos relatos foram bem aceitos como marco regulador e padronizador das escolas estadunidenses, mas houve reflexos negativos também. Na publicação de seu artigo na Revista Brasileira de Educação Médica, Pagliosa (2008) relata os dois lados sobre a contribuição do relatório.

Para o bem –, o trabalho de Flexner permitiu reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas, por outro – para o mal –, desencadeou um processo terrível de extirpação de todas as propostas de atenção em saúde que não professassem o modelo proposto (PAGLIOSA, 2008, p. 495).

Pagliosa (2008), quando descreve os pontos para o bem e para o mal do relatório Flexner pondera sobre os impactos das reformas nas academias de medicina da época. O foco da reforma visava à estruturação em que a necessidade de saúde da população viria a ser atendida mediante a excelência e boa formação médica, mas, em contrapartida, deixou a desejar em ter um olhar sobre os modelos de atenção à saúde já praticados na sociedade, objetivando que a excelência na educação seria capaz de alcançar e suprir as necessidades da população.

Para o bem – da proposta de Flexner é a busca da excelência na preparação dos futuros médicos, introduzindo uma salutar racionalidade científica, para o contexto da época. Mas, ao focar toda a sua atenção neste aspecto, desconsiderou – para o mal – outros fatores que afetam profundamente os impactos da educação médica na prática profissional e na organização dos serviços de saúde (PAGLIOSA, 2008, p. 495).

A visão centrada nas ciências e descobertas científicas para resolver os agravos da saúde constitui históricos das epidemias ressaltados em vários trechos desta pesquisa. Revelada em lutas de anos para alcançar o domínio médico à vista da sociedade, a análise do relatório estabelece pontos comparativos, deixando clara a influência de Flexner no ensino médico desde a época de sua publicação. Segundo Pagliosa (2008, p. 495), “[...] esta visão ainda pode ser facilmente encontrada hoje. As necessidades de saúde são tomadas como o ponto de chegada e não como ponto de partida da educação médica”.

Em 1969, o modelo PBL, que significa aprendizagem baseada em problemas ou ABP, foi iniciado na faculdade de *McMaster* no Canadá e, logo em seguida, pela *Maastricht* na Holanda. O método, que se baseia na mudança do processo de aprendizado, foi desenvolvido com base na compreensão do funcionamento da memória humana e na maneira de como o adulto aprende. Até a década de 1980, sua utilização foi tímida, mas, nos últimos 40 anos, presenciamos os avanços tecnológicos e a globalização da economia, que promoveram mudanças no cenário mundial e uma era de melhoria contínua nos processos produtivos. A quantidade de informações gerada pela era da informação provocou mudanças e alterações na forma de aprendizado e mudanças comportamentais da sociedade. Toledo Júnior (2008) afirma:

O PBL baseia-se na mudança do processo de aprendizado, com o aluno passando a desempenhar papel ativo e preponderante em sua educação. O aluno deixa de ser um elemento passivo, exposto à informação por meio de aulas e passa a buscar o conhecimento para resolução de problemas (TOLEDO JÚNIOR, 2008, p. 124).

Na década de 1970, os Estados Unidos, o Canadá, a Austrália e a Holanda utilizaram com sucesso a metodologia do PBL, também conhecido como metodologia ativa de ensino-aprendizagem, para adaptarem os currículos à realidade da sociedade e do sistema de saúde de seu país. A reforma do currículo médico buscou sanar deficiências do currículo que o mundo ocidental tradicionalmente vinha utilizado após a reforma de Flexner. O PBL desenvolve dimensões não trabalhadas no currículo tradicional, como o desenvolvimento de melhor estruturação dos saberes num contexto clínico, utilizando cenários reais para a utilização posterior no campo da prática. Comparando, em pesquisas recentes, as metodologias tradicionais (Flexner)

e a metodologia ativa, elas se equiparam, segundo Toledo Júnior (2008, p. 124), em seu relato.

Estudos iniciais que compararam o desempenho de alunos do currículo tradicional e do currículo PBL em testes de conhecimento demonstram desempenho inferior dos alunos oriundos do currículo PBL nas áreas básicas e melhor desempenho nas áreas e habilidades clínicas. Estudos mais recentes não demonstraram diferenças significativas entre os dois métodos.

A base do método insere o aluno em um papel ativo de busca do conhecimento, abandonando a posição de passividade em receber informações por meio de aulas expositivas. A estruturação sintética do método é a proposição na aquisição do conhecimento, quando o aluno, diante de um contexto clínico ou uma situação-problema apresentada, deve utilizar a curiosidade, a motivação e sua bagagem prévia de conhecimento para iniciar sua busca de novos saberes, desenvolvendo simultaneamente suas habilidades na aplicação da prática. Desse modo, a estruturação do conhecimento associado à prática favorece a capacidade de o estudante memorizar e relacionar o conteúdo aos conhecimentos cognitivos, ressignificando o saber teórico e prático. Conforme Libâneo (1983), o que é aprendido não decorre da imposição ou da memorização, mas do nível crítico de conhecimento ao qual se chega pelo processo de compreensão, reflexão e crítica.

O modelo proposto para as escolas médicas do Brasil veio pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de 7-11-2001 (Resolução CNE/CES nº 4). Essa publicação pelo MEC foi o marco que norteou os novos objetivos do ensino médico e de outras academias de saúde, recomendando tanto o método pedagógico como o perfil requerido do egresso nos cursos de medicina, nutrição e enfermagem. As novas diretrizes são um produto da união do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde, a fim de melhorar tanto a educação como a atenção e assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A união dos dois ministérios foi um marco para o levantamento das necessidades educacionais. As novas diretrizes, visando acolher os projetos e investimentos futuros de expansão da rede básica, buscavam melhorar o atendimento da população que sentidamente não alcançava a satisfação nos serviços oferecidos mediante os esforços governamentais.

De forma planejada e articulada entre os Ministério da Educação e da Saúde, surgiram, em 2001, alguns programas para a implementação das diretrizes educacionais, por exemplo, o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (Promed), o Programa de Reorientação de Formação Profissional

em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (Pet-Saúde). Esses programas foram concebidos a fim de orientar a formação de profissionais da saúde no âmbito das preconizações das DCNs e utilizar as metodologias ativas de aprendizagem. Eles são orientados para que utilizem nas disciplinas o PBL e desenvolvam habilidades e competências biopsicossociais e uma aprendizagem centrada no estudante. Com base nesse modelo, o aluno passou a frequentar o cenário de prática desde o primeiro ano, ingressando nos postos de saúde, hoje considerado a porta de entrada para pequenos agravos de saúde da população. Segundo Tsuji (2010), para essa conquista, a forma de ensinar deveria transcender a estrutura das disciplinas. Alunos e professores estariam próximos da realidade conhecendo as necessidades da população e despertando uma atenção diferenciada ao processo de saúde/doença no eixo da integralidade.

Ao retratar competências e habilidades, envolvem-se conceitos do saber, do ser capaz de fazer e de utilizar as informações, tomando a atitude mais adequada mediante uma situação ou problema. Segundo Perrenoud (1999, p. 221), mobilizar "[...] uma competência orchestra um conjunto de esquemas. Envolve diversos esquemas de percepção, pensamento, avaliação e ação". Perceber as necessidades de o doente agir com o conhecimento cognitivo adquirido, informações trazidas e colhidas com uma escuta qualificada, compreender o cenário social e econômico em que o paciente está envolvido e ter a capacidade de comunicar possibilitando a compreensão dele é a pretensão desse modelo de ensino.

O conceito de competência é polissêmico e, de maneira geral, apresenta-se associado à ação. A competência, para além da mobilização de recursos, conhecimentos, habilidades e atitudes, possui características pessoais e profissionais na resolução de problemas, o que evidencia a busca pela excelência, traduzida na prática como objetivo principal do exercício adequado das competências profissionais. Os diversos cenários da atuação médica estimulam uma constante reflexão sobre sua atuação, o que permite melhorar a performance docente assistencial (PINHEL; KURCGANT, 2007, p. 713).

Competência não é um objetivo a ser cumpridos de forma exitosa ou um indicador a atingir, nem é uma aptidão inata ao indivíduo. Competência é algo a ser adquirido com a construção do conhecimento. Segundo Zabala e Arnau (2010, p. 9), "[...] competência é o que fará com que o indivíduo resolva situações do seu cotidiano, durante toda a vida". Desenvolver competências é um processo no qual, de maneira inter-relacionada, o sujeito utiliza os componentes atitudinais, conceituais e da

habilidade de praticar, ganhando experiência para, a partir destes, utilizar como pré-requisito de novas construções.

Segundo o professor Tsuji (2010, p. 41) da Faculdade de Marília-SP (FAMEMA), o termo necessidade de saúde está muito vinculado ao conceito da integralidade em que “[...] o profissional que entender o que são as necessidades de saúde praticará a medicina no eixo da integralidade [...]”, quando se deve considerar a integração do indivíduo no meio ambiente. A utilização do termo biopsicossocial¹ deve ser entendida, conforme o autor, como o conceito de que a saúde e doença envolvem os fenômenos que envolvem o indivíduo, como a sua biologia, os efeitos psicológicos e os fatores ambientais. Desde o fim do século passado, em 1993, o termo necessidade de saúde começou a ser utilizado quando foi citado na Segunda Conferência Mundial de Educação Médica, já denotando a necessidade de transformação curricular para atender a população conforme apontavam recomendações:

Ambientes educacionais relevantes, currículos baseados nas necessidades de saúde, aprendizagem ativa e duradoura, aprendizagem com base na competência, professores treinados para serem educadores, integração da ciência com a prática clínica, formação equilibrada das várias especialidades de médicos, treinamento multiprofissional etc. (TSUJI, 2010, p. 42-43).

Construir um currículo em que aprender e ensinar com base nas experiências de um cenário real fomenta a ressignificação da prática e da teoria de forma constante. Por isso, a importância da compreensão na formação humanizada e com uma visão biopsicossocial. O que chega de um paciente para um médico como queixa clínica de dor ou algum incômodo pode não ser apenas a doença. A visão humanística de como o indivíduo está inserido no ambiente e em seu entorno deve ser valorizada como fatores promotores da doença. Saber identificá-los é uma atitude de horizontalizar o tratamento para almejar e conseguir êxito terapêutico. Cabe às instituições, professores e facilitadores que aderirem à metodologia ofertar o ambiente para que o aluno adquira a visão integral mediante a visão ampliada do que está por trás das queixas que levaram o indivíduo doente ou não à procura do médico.

¹ “O termo Biopsicossocial revela a perspectiva que tem como referência o modelo biopsicossocial tem-se afirmado progressivamente. Ela proporciona uma visão integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões física, psicológica e social. Quando incorporada ao modelo de formação do médico coloca a necessidade de que o profissional, além do aprendizado e evolução das habilidades técnico-instrumentais, evolua também as capacidades relacionais que permitem o estabelecimento de um vínculo adequado e uma comunicação efetiva” (DE MARCO, 2006, p. 60).

A proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 foi aproximar a Reforma Sanitária Brasileira, que foi promulgada pela Constituição de 1988 quanto às necessidades da sociedade. O texto da lei constitucional estabelece que deve garantir a saúde a todo cidadão no território nacional, compreendendo a universalidade, integralidade e equidade. Esses atributos são de responsabilidade daqueles que praticam o dia a dia da saúde dentro de suas autoridades e responsabilidades. Tsuji (2010) complementa que é

[...] importante lembrar que garantir esses três aspectos é, também, função do Estado. Essa lembrança se deve ao fato de que os trabalhos publicados nessa área deixam esses aspectos sob a responsabilidade dos médicos, como se esses fossem os únicos responsáveis. Sob o ponto de vista da integralidade do cuidado, isso sim, é da alçada do profissional (TSUJI, 2010, p. 43).

A União Federativa do Brasil com os estados e municípios, por intermédio das Secretarias de Educação e Cultura e das Secretarias de Saúde, devem trabalhar com a articulação tripartite para prover a ambiência da aplicação da lei vigente e do interesse da população. Conforme relato, a integralidade é o eixo que está ao alcance dos profissionais da saúde e estes devem estar formados e orientados para ter a responsabilidade para atender às necessidades de saúde, acompanhando o desenvolvimento dos anseios sociais. Já universalidade e equidade ficam sob o domínio e participação da gerência dos gestores de saúde, que tem o domínio dessas dimensões, segundo Tsuji (2010).

Uma das barreiras encontradas para efetivar as diretrizes propostas foi e ainda será a falta de médicos e profissionais com preparo especial para exercer a pedagogia metodológica que carrega, em sua promulgação, uma série de novos vocabulários: termos ainda desconhecidos, como método ativo de ensino-aprendizagem, competência, humanização, necessidade de saúde, integralidade, universalidade, equidade, modelo de avaliação somativa e formativa, normas critério referenciadas e várias outras terminologias que somaram a novos paradigmas do ensino na saúde e tiveram como consequência uma imediata e natural resistência dos profissionais atuantes da educação. Vale lembrar que a pedagogia médica tradicionalmente havia séculos vinha dominando a mesma maneira de repasse de conhecimento, quando o professor era o repassador de conhecimento, tinha o domínio sobre o que passar e o aluno um sujeito passivo, um bom ouvinte.

Outra barreira é a resistência do próprio professor em alterar a concepção das necessidades da reestruturação e mudança do método de ensino. A mudança por si só, seja para melhor, seja para pior, é um desconforto. Ao tratar do formato do ensino médico, a necessidade de mudança vem da velocidade tecnológica e da evolução das pesquisas, gerando novos conhecimentos na atualidade de tal forma que o que é ensinado como verdade hoje é colocado em desuso ou em dúvida nos próximos quatro ou cinco anos futuros. Após a Segunda Guerra Mundial, o número de descobertas científicas, associado ao número de publicações, teve uma curva de crescimento muito grande, quando 4% a 5% dessas publicações são de fato aproveitáveis e se tornou difícil ou impossível para um profissional médico manter-se atualizado. Atualmente o Conselho Federal de Medicina registra mais de 50 especialidades médicas, sendo impossível aglutinar tanto conhecimento na densa formação de seis anos de graduação.

Outra modificação de paradigma é a forma como o curso de graduação era estruturado havia mais de um século, sendo dividido em ciclos: os primeiros ciclos básicos (pré-clínico e clínico), com duração de dois anos cada um, visando ao preparo para o último ciclo clínico ou internato, também com dois anos de duração, totalizando seis anos de graduação. Esse método, chamado tradicional, não possuía a preocupação de articular as disciplinas entre si, e, nos anos iniciais, a teoria era exclusiva com o professor no papel de ativo e o aluno no papel de passivo, sem a preocupação com a aplicação prática do conhecimento repassado e também sem a relevância das necessidades do aluno para o aprendizado. Acreditava-se que o aluno chegava ao fim do ciclo capaz de memorizar a teoria e aplicar na prática, quando esta ocorresse.

Outra dificuldade é a densidade de conteúdos na graduação curricular. Além do vasto conteúdo já conhecido e a conhecer na área médica, o aluno deve ter a capacidade de vencer as barreiras e fragilidades em relação ao modelo tradicional e interagir com os novos conceitos que surgiram no fim do século XX. A competência, a consideração ao paciente e a comunicação descrita na diretriz deveriam ser características desejáveis de um bom médico, associadas à necessidade de humanização da prática cotidiana. Além disso, as Diretrizes Curriculares Nacionais apontam, em seu art. 3º, que o desejável do egresso médico seja capacitado a atuar, pautado em princípios éticos no processo da saúde/doença nos diferentes níveis de

atenção, seja ela primária (saúde básica), seja secundária (ambulatorial) e terciária (hospitalar e urgência).

A busca da diretriz curricular objetiva que o médico tenha uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva e esteja preparado para ações de promoção à saúde na perspectiva da integralidade da assistência e senso de responsabilidade social. O exercício das atividades práticas, além de estimular o aluno a aprender, a ser, a fazer e a conviver, obriga-o a realizar tarefas com complexidades crescentes no decorrer da graduação. É necessário lembrar que o aluno vem de uma formação tradicional e essa adaptação carrega um grande esforço de mudança de postura do aluno e acolhimento do professor.

A aquisição do perfil de competência para a adequação do PBL pelo professor é a mudança comportamental em aumentar sua capacidade de observação e escuta qualificada perante seus estudantes, ficando posturalmente mais receptivo e passivo. O professor, quando exerce seu papel no método tradicional, tem o perfil mais ativo, com uma função verticalizada em relação ao aluno no repasse do conhecimento. Para a aplicação pedagógica mais reflexiva, é recomendado que o ator principal seja o aluno e este deva ser auxiliado a buscar o seu deslocamento na escala do progresso de novos saberes mediante seu conhecimento prévio e ser estimulado pelas situações-problema contidas nos objetivos educacionais.

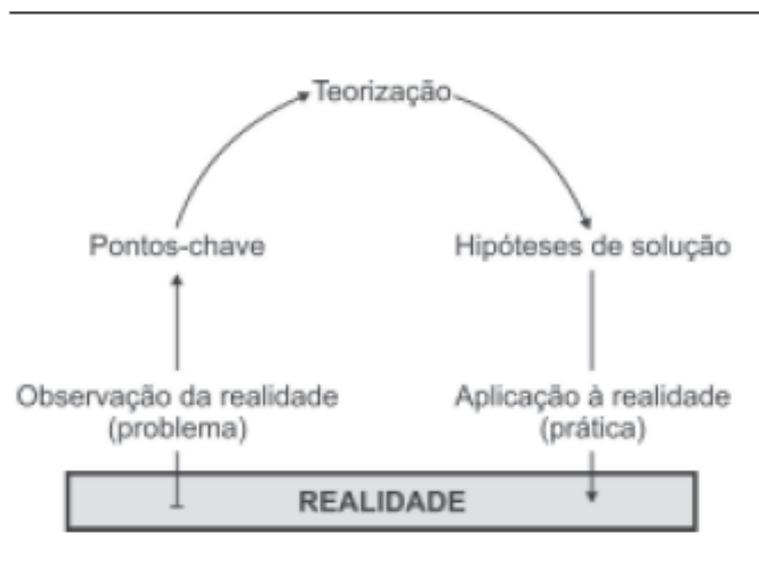
Segundo Pereira (2003), a pedagogia tradicional possui características em que o professor assume o papel centralizador, como organizar conteúdo e a estratégia de ensino, vigiar, corrigir, aconselhar, ensinar por meio da exposição oral. A atribuição do modelo pedagógico tradicional enfatiza a estratégia da repetição de exercícios para a memorização, uma vez que os conteúdos muitas vezes não estão relacionados com o dia a dia do aluno e/ou da realidade em que o discente se encontra. Ainda sobre as características do método tradicional de aprendizagem, Luckesi (1994) relata sobre a relação do docente e discente como a prevalência de autoridade do professor sobre o aluno e deste último será exigido uma atitude passiva, para absorver o conteúdo como verdade que não deve ser criticada.

Já no método ativo, o centro da atividade escolar não é o professor, e sim o aluno como indivíduo livre, ativo e social. Segundo Luckesi (1994, p. 54), “[...] trata-se do aprender a aprender, ou seja, o mais importante o processo de aquisição do saber do que o saber propriamente dito”. Para o alcance dessa estratégia, o professor passa a ser um estimulador, despertando a curiosidade e facilitando o alcance de metas

peçoais e metas de aprendizagem para o desenvolvimento de competências e habilidades. O professor valoriza o aluno nessa busca do conhecimento mediante as vivências cotidianas. Tsuji (2010, p. 81) aponta que, “[...] desta forma, o processo de ensino é desenvolvido para proporcionar um ambiente favorável ao autodesenvolvimento e a valorização do “eu” do aluno”. “A pedagogia libertadora ou da problematização possibilita uma prática educativa em saúde mais participativa, direcionada tanto à população, na educação em saúde quanto a profissionais de saúde, na educação continuada” (TSUJI, 2010, p. 80).

As próprias demandas que surgem do dia a dia no meio social possibilitam um contínuo processo de aprendizagem. Uma vez que na educação em saúde os problemas acompanham as mudanças sociais, o aluno confrontará a rotina de estudar e buscar soluções no contexto real de seu aprendizado. Para isso, treinar os professores é fundamental para manter um distanciamento e para promover o desenvolvimento das habilidades intelectuais do aluno. Segundo Bordenave (1999, p. 78), “[...] o que é aprendido decorre da imposição ou da memorização, mas do nível crítico de conhecimento ao qual se chega pelo processo de compreensão, reflexão e crítica”. Essa construção segue um esquema proposto e conhecido como Arco de Maguerez, demonstrado na figura a seguir:

Figura 1 – Arco de Maguerez



Fonte: Bordenave, 2005.

Desse modo, um grupo de alunos discute inicialmente um tema apresentado como uma situação-problema como ponto inicial, utilizando uma primeira leitura ingênua da realidade (BORDENAVE, 1999) e, às vezes, a própria bagagem intelectual prévia sobre o assunto. Outras características desse método em relação ao aluno fazem parte de um constante preparo do professor para conviver com a pedagogia da problematização

De acordo com o professor Bordenave (1999, p. 79), “[...] o aluno no método ativo assume a postura de observar, formular perguntas, expressar percepções e opiniões”. Motivado pelo contato com a realidade, o discente enfrenta o problema convertendo seu interesse para sua solução de um problema ligando seu aprendizado aos aspectos significativos do saber. Enquanto o estudante vive esse círculo de problematização e solução de conflito, ele busca recursos de conhecimento desenvolvendo suas habilidades intelectuais em dimensões, como a de observar, analisar, avaliar e compreender a situação. Em uma construção cooperativa com o intercâmbio do grupo, ele supera o conflito e aumenta a sua bagagem de conhecimento. Como o grupo de estudantes interessados assume a autoria da solução e busca de novos conhecimentos, o *status* do professor que facilita e tutora é acompanhar e facilitar caminhos.

Bordenave (1999) faz observações da maneira como o aluno repercute no nível social, sendo reconhecido pela valorização da população, uma vez que essa é conhecedora da própria realidade e se vê de frente com um interessado em resolver seus problemas. Neste caso, existe uma elevação do nível médio de desenvolvimento intelectual da população em virtude da estimulação e participação dos desafios enfrentados com os alunos, fazendo com que ela seja parte da solução dos próprios problemas. Alunos e população compreendem e resolvem problemas mediante a criação ou adaptação de tecnologia viável e compatível para a aplicação dentro dos recursos disponíveis.

Em situações que podemos observar na prática docente, é nítido perceber o interesse e a participação efetiva dos alunos dentro e fora do ambiente da sala de aula, quando se defrontam com a realidade prática. Eles são estimulados a buscar na teoria novos conceitos após a problematização vivenciada.

Conforme o relato do professor Tsuji (2010, p. 207), podemos “[...] concluir que o currículo integrado e orientado por competência profissional e aprendizagem baseada em problemas justamente com a problematização constituem meios para o

desenvolvimento das correntes pedagógicas críticas e renovadas”. Esclarece que a diferença entre a aprendizagem baseada em problemas e a problematização é que a ABP é a contextualização elaborada previamente pelo professor em sala de aula ou tutoria e a problematização pode acontecer no cenário de prática real ou sala de aula, aproveitando um caso do cenário real, onde o aluno utiliza o ciclo pedagógico para solução (TSUJI, 2010).

Entender o processo de aprendizagem tanto por parte do aluno como do professor leva o método a formar pessoas que gostem do cuidado de pessoas. Para isso, as escolas de saúde do país, com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais, passaram a realizar várias ações e requisitos constantes na norma mediante as novas instituições de ensino que assinaram o termo de compromisso em utilizar o método ativo em seus cursos, garantindo o marco da transformação curricular dos cursos de medicina.

Ao compreendermos as transformações do modelo de ensino médico, podemos observar inicialmente a ruptura do modelo fragmentado por disciplinas e a elaboração de um currículo integrado. Isso significa que matérias, como histologia, anatomia e fisiologia, passam a ser integradas perdendo essa nomenclatura, mas sem o objetivo de perda de conteúdo, e passam a integralizar a disciplina de estudos morfofuncionais em que, para o mesmo assunto apresentado na forma de problemas nas tutorias teóricas, estejam integrados a estudos com as dimensões dos laboratórios práticos. A modificação percebida é a integração das ciências básicas e clínicas estimulando o aluno a entrar em contato com casos clínicos nas unidades básicas de saúde e no ambiente protegido da faculdade.

Para que as IEs possam adequar-se ao PBL, requisitos estruturais como a montagem dos laboratórios morfofuncionais, que têm como característica a possibilidade de aplicação de aulas práticas de microscopia e anatomia, seja esta última por meio de peças anatômicas secas (torso), seja por meio de peças úmidas, elas devem possuir recursos tecnológicos, como quadro de pincel, *Datashow*, bancadas secas para pesquisas literárias e bancadas de utilização de equipamentos necessários à interação dos alunos nas aulas práticas. As salas de aula, chamadas de salas de tutoria, são preparadas para pequenos grupos, com dez alunos no máximo e com recursos audiovisuais, quadro e internet que permitam o desenvolvimento da construção de conhecimento e pesquisa.

Outro preparo importante é constituir um núcleo de avaliação e capacitação docente com educação continuada e permanente com um núcleo de assistência ao discente que permita individualização deste. Como o modelo centra a atenção no estudante, esses requisitos são necessários e primordiais, valendo lembrar que a grande maioria dos ingressos migraram do ensino médio em que a metodologia expositiva tradicional fez parte de sua formação ao longo de toda sua carreira de estudante, necessitando aproximação e acompanhamento para a adequação ao novo paradigma de aprendizado.

Socialmente, o modelo requer uma atuação participativa da comunidade e dos profissionais da rede do SUS para a efetividade do processo de ensino, serviço e aprendizagem. Para isso, a relação da instituição de ensino deve ser firmada com a Secretaria Municipal de Saúde. É fundamental a homologação de contrato de acesso dos estudantes à rede pública, visto que o modelo de educação PBL visa inserir o estudante logo no primeiro momento da graduação. Inclusive o ambiente de atendimento do Sistema Único de Saúde deve estar preparado com espaços que permitam a prática do ensino como pequenos auditórios e organização suficiente para a capacitação dos discentes.

É desejável que a relação dos profissionais da rede pública de saúde seja a melhor possível, para que não ocorram conflitos ao longo do percurso dos seis anos de graduação, quando várias turmas vão interagir com a comunidade. O modelo contratual chamado Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (Coapes), elaborado pelo Ministério da Saúde, prevê a contrapartida mediante a cooperação científica e materiais entre faculdade e o SUS. Criar um ambiente saudável facilitará a transição do aluno do modelo de ensino tradicional para o PBL, garantindo locais protegidos propostos pelas diretrizes educacionais em vigor na atualidade.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Este trabalho é uma pesquisa qualitativa de natureza etnográfica, realizada no campo da educação, para levantar aspectos comparativos mediante um estudo de caso. O cenário dessa pesquisa ocorreu simultaneamente com os desafios e transformações que os docentes da Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis estão enfrentando com a metodologia inovadora adotada pela instituição, que iniciou suas atividades em setembro de 2018.

Para Triviños (1987, p. 117) a “[...] etnografia baseia suas conclusões nas descrições do real cultural que lhe interessa para tirar delas os significados que têm para as pessoas que pertencem a essa realidade”.

O novo método adotado em questão se chama *Problem Based Learning*, que significa aprendizagem baseada em problemas. A orientação para sua adoção foi conduzida pelo Ministério da Educação Cultura em conjunto com o Ministério da Saúde, publicando inicialmente as Diretrizes Curriculares Nacionais em 2001. Este documento sugere para o ensino superior a metodologia ativa crítico-reflexiva para o ensino-aprendizagem em saúde.

Como professor da faculdade, sou parte integrante desta investigação e escolhi descrever esta dissertação como pesquisa qualitativa, a fim de investigar os desafios dos professores no percurso da transição metodológica.

A pesquisa qualitativa possui uma característica que permite ao autor participar dos fenômenos que buscam captar, durante o apanhado literário e de entrevistas a serem realizadas, o objetivo a atingir o conteúdo da interpretação da realidade pesquisa. A intencionalidade foi compreender, por meio da comparação entre os métodos, que os professores com experiência no método tradicional estão se adequando ao PBL em face dos resultados. Ao final da busca científica, da seleção da amostra a ser pesquisada e das entrevistas, analisei os dados que trouxeram um significado para a sociedade.

A participação do investigador como etnógrafo envolve-o na vida própria da comunidade com todas suas coisas essenciais e acidentais. Mas sua ação é disciplinada, orientada por princípios e estratégias gerais. De todas as maneiras, sua atividade, sem dúvida alguma, está marcada por seus traços culturais peculiares, e sua interpretação e busca de significados da realidade que investiga não pode fugir às suas próprias concepções do homem e do mundo. O valor científico de seus achados, porém, dependerá, fundamentalmente, do modo como faz a descrição da cultura que observa e que está tratando de viver em seus significados (TRIVIÑOS, 1987, p. 121).

Iniciei buscando a história da educação médica no Brasil. Desde a decisão de implantar a primeira escola de cirurgia no país e suas influências sociais políticas, busquei ainda relatar a transformação e os desafios do ensino médico desde o passado até os dias de hoje.

Sobre minha amostragem, compreendi inicialmente o grupo que iniciou o primeiro ano do curso de Medicina, recém-implantado em setembro de 2018; no total, um grupo de 13 professores. Como este trabalho visou pesquisar as experiências entre os métodos tradicional e PBL, solicitei à diretora-geral da instituição a autorização para a pesquisa na Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis (ANEXO A) e também informações sobre a graduação e o tempo de experiência do corpo docente contratado.

Como requisito deste estudo comparativo entre as metodologias tradicional e PBL, o tempo de docência superior a dois anos no método tradicional foi o ponto de corte para refletir melhor o fenômeno pesquisado deste estudo de caso.

Ao iniciar o curso em 18 de setembro de 2018, o grupo de educadores era composto de profissionais graduados em diferentes formações. A seleção seguiu o critério de experiência docente mínima de dois anos. Dos cinco médicos, quatro foram selecionados. Do grupo de biólogos, apenas dois vivenciaram o ambiente da sala de aula tradicional, um psicólogo e um farmacêutico, estes últimos com experiência docente superior a oito anos. No quadro 1, demonstra-se todo o conjunto dos docentes que foram apresentados pela instituição Pitágoras.

Quadro 1 – Quadro demonstrativo dos professores do primeiro ano de medicina de Eunápolis-BA

Docente	Experiência docente	Graduação
Professor 1	06 anos	Medicina
Professor 2	06 anos	Medicina
Professor 3	Não teve	Biologia
Professor 4	Não teve	Biologia
Professor 5	08 anos	Psicologia
Professor 6	Não teve	Biologia
Professor 7	07anos	Biologia
Professor 8	Não teve	Biologia
Professor 9	Não teve	Medicina
Professor 10	15 anos	Farmacêutico

Professor 11	04 anos	Medicina
Professor 12	06 anos	Medicina
Professor 13	02 anos	Biologia

Fonte: Setor de Recursos Humanos da Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis, 2018.

Após a seleção amostral, sete professores ficaram dentro do critério experiência pregressa na metodologia tradicional superior a dois anos, conforme se demonstra no quadro 2 (professores aptos para as entrevistas).

Quadro 2 – Quadro docente selecionado para o estudo comparativo da pesquisa da Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis

Docente	Experiência docente	Graduação
Professor 1	06 anos	Medicina
Professor 2	06 anos	Medicina
Professor 3	08 anos	Psicologia
Professor 4	07anos	Biologia
Professor 5	04 anos	Medicina
Professor 6	06 anos	Medicina
Professor 7	02 anos	Biologia

Fonte: Informações fornecidas pelo setor de Recursos Humanos da Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis, 2018.

Esta nomenclatura utilizada no quadro indicando professor e o número denomina a ordenação das entrevistas semiestruturadas que, depois de terem sido realizadas, foram transcritas e assim utilizadas ao longo das análises, preservando o nome dos docentes.

Para facilitar a análise dos dados coletados, sequenciei em fases para facilitar o tratamento dos resultados. Na primeira fase, cuidei das correções das transcrições originadas das gravações dos áudios. Em seguida, busquei sintetizar partes dos relatos em recortes de papel (filipetas), que chamei de núcleos de sentido. Essas frases retravam as contribuições dos professores sobre cada conteúdo das entrevistas que dividi em temas que chamei de eixos. Cada eixo temático foi escolhido neste estudo de caso comparativo como disparador de perguntas que permitiram o diálogo ao longo da entrevista. Abaixo descrevi os eixos temáticos:

- a) Eixo 1 – Planejamento.
- b) Eixo 2 – Manejo do método.

- c) Eixo 3 – Avaliação.
- d) Eixo 4 – Adequação/utilização das ferramentas pedagógicas.
- e) Eixo 5 – Formação do egresso para o mercado.

Descrevo um pouco de cada eixo e sobre a escolha temática deles: o eixo 1 foi o planejamento e os eixos 2 e 3, respectivamente, manejo do método e utilização das estratégias pedagógicas. Esses três eixos estão interligados entre si. O planejamento é uma ferramenta de gestão e um pré-requisito para o preparo do professor ingressante na pedagogia inovadora.

Mediante um novo paradigma de ensino-aprendizagem com base na organização antecipada do professor, o ato de planejar ajuda o docente a se organizar e a superar desafios como a escolha da melhor ferramenta para aplicar com seu grupo de alunos, tornando suas aulas mais dinâmicas e participativas. Neste momento de preparo, o educador realiza a melhor forma de gerir o tempo, para inserir o aluno sempre no centro da atividade do aprendizado, um requisito do método ativo. Tal manejo demonstra uma diferença entre as metodologias na obtenção do manejo ideal, para atingir os objetivos na construção do conhecimento. Segundo Tsuji (2010, p. 218),

[...] em escolas que adotaram a aprendizagem baseada em problemas centradas no estudante e problematização, o processo de gestão necessita privilegiar a eficácia das decisões e, sobretudo, a autoaprendizagem organizacional, buscando estratégias inovadoras e mais participativas.

O conjunto desses três eixos contribui para a manutenção do foco em torno dos objetivos específicos pretendidos em cada unidade modular de ensino.

Quanto ao quarto eixo, averigui a avaliação do conhecimento do aluno. Achei relevante inserir esse tema para conhecer melhor o fenômeno. Avaliar vai além de uma verificação de desempenho por notas quantitativas. Outras dimensões do saber, como a integração ao ambiente biopsicossocial, às habilidades humanas e profissionais e ao lugar que elas ocupam na formação profissional, constituem uma fonte de verificação e uma rica forma de aprendizado.

[...] a verificação não pode ser o único propósito da avaliação, assim como o objetivo primeiro da aferição do aproveitamento escolar não deverá ser a aprovação ou a reprovação do educando, mas o direcionamento da sua aprendizagem e seu conseqüente desenvolvimento. Por isso, a avaliação tradicional baseada no valor, nos aspectos quantitativos, torna-se limitada e pouco responsiva.

Já a avaliação formativa, realizada na problematização, proporciona informações acerca do processo de ensino e aprendizagem, ou seja, monitora o processo durante a instrução (SCAPIN; SILVA, 2011, p. 542).

Numa visão mais ampla, busquei, nesse eixo temático, compreender o envolvimento e a percepção do professor e o sentimento que tiveram, ao avaliarem no método novo, já que estavam acostumados com o modelo tradicional.

Em relação ao último eixo (cinco), fui movido pela curiosidade, propondo pesquisar a visão de futuro dos colegas professores ante a formação de seus alunos mais voltada para a integralidade, universalidade e equidade pretendida pela DCN 2014. Conforme corrobora Tsuji (2010), a formação de um profissional que entender o que são as necessidades de saúde praticará a medicina no eixo da integralidade, da aceitação do ser humano na unidade de mente-corpo em interação com o meio ambiente.

O meu desejo nesse ponto era descobrir como seria a visão de futuro dos professores em relação aos seus egressos alunos no mercado de trabalho. Ademais, entrevistá-los e fazer um paralelo de como esses discentes estariam, havia alguns anos, após a graduação e descobrir se percebiam, desde já, alguma diferença entre as metodologias.

As perguntas foram elaboradas antecipadamente para definir uma trajetória e garantir objetivos a alcançar ao longo das entrevistas. Esses cinco eixos temáticos foram os maiores desafios relatados ao longo de minha convivência com os colegas professores no primeiro ano de medicina. Segundo Triviños (1987, p. 169), “[...] o investigador, sem dúvida, ao iniciar qualquer tipo de busca, parte premunido de certas ideias gerais elaboradas conscientes ou não”. No apêndice A, consta o modelo de questionário utilizado como trajetória da entrevista, a fim de possibilitar a regularidade e sequenciamento do entrevistador nas gravações dos áudios.

A amostragem totalizou sete professores. Obtive nas transcrições várias frases como respostas que foram descritas em vários recortes de papel. Em seguida, essas filipetas foram separadas pelo núcleo de sentido que elas retratavam e aglutinadas em núcleos de sentido. Essa nucleação de frases de mesmo sentido foi numerada de forma ordenada de acordo com o número de cada professor, para que, do início ao fim, fosse possível identificar seus autores.

Assim, consegui determinar o número de incidências e repetições de respostas com a mesma consigna que contemplava a pergunta de cada eixo. Logo após, essas

frases (filipetas) foram aglutinadas em um jogral, para facilitar a mensuração de ocorrência delas e assim me permitisse obter o melhor entendimento do fenômeno para uma posterior análise.

Para realizar esta pesquisa, utilizei essa estratégia da nucleação das frases que fizesse o mesmo significado. Isso me permitiu investigar qualitativamente, formulando os eixos, para que eu pudesse comparar o PBL e o tradicional. Sob a ótica e a experiência de cada investigado, correlacionei o conjunto das perspectivas de cada professor com os eixos que escolhi para mensurar a comparação entre o método tradicional e a metodologia de aprendizagem no ambiente de trabalho no contexto do primeiro ano da instituição.

Ao realizar a investigação científica através do método qualitativo à luz do enfoque analítico histórico-cultural, não se investiga em razão de resultados, mas para construir e obter 'a compreensão do comportamento a partir da perspectiva dos sujeitos da investigação', correlacionado como contexto de que fazem parte (BOGDAN; BIKLEN, 1994, p. 16).

Ao longo das entrevistas, obtive a oportunidade de coletar muitas informações que contextualizavam cada eixo. As perguntas foram realizadas de forma que cada professor pudesse contribuir, trazendo sua realidade experiencial no PBL, e conseguisse levantar informações que permitissem comparar com suas experiências no método tradicional. Tive o cuidado de programar as entrevistas como um bate-papo, acreditando que,

[...] se forem bem realizadas, elas permitirão ao pesquisador fazer uma espécie de mergulho em profundidade, coletando indícios dos modos como cada um daqueles sujeitos percebe e significa sua realidade e levantando informações consistentes que lhe permitam descrever e compreender a lógica que preside as relações que se estabelece [sic] no interior daquele grupo, o que, em geral, é mais difícil obter com outros instrumentos de coleta de dados (DUARTE, 2004, p. 215).

Um ponto positivo foi a escolha do ambiente silencioso e sigiloso para a realização das entrevistas. Isso contribuiu para uma boa qualidade nas gravações e para obtenção da liberdade nas argumentações, o que foi profícuo para aprofundar minha compreensão da relação desenvolvida de cada entrevistado com as suas experiências e desafios neste estudo de caso.

O formato de entrevista semiestruturada foi escolhido a fim de deixar livre a contribuição do entrevistado. Esse tipo de entrevista “[...] oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade

necessárias, enriquecendo a investigação” (TRIVIÑOS, 1987, p. 146). Aprimorar o objeto comparativo deste trabalho releva a melhoria de seu produto.

As entrevistas foram realizadas com o grupo de professores, em outubro e novembro de 2019, e ocorreram de forma individual, sempre no laboratório morfofuncional, por ser um ambiente silencioso e confortável, utilizando a tecnologia da gravação de voz com descritor de texto. Cada docente levou, em média, 25 minutos, mas algumas duraram acima de 40 minutos para responder às perguntas que discorreram como um “bate-papo” amigável. Segundo Triviños (1987, p. 146), “[...] a duração da entrevista é flexível e depende das circunstâncias que rodeiam principalmente o informante e o teor do assunto em estudo”. Posto isso, aconteceu devido ao respeito à liberdade da fala e também às singularidades de cada professor, haja vista que ministrava o método em ambientes variados e necessitava contextualizar o tema.

Nos textos descritos, foram realizadas pequenas correções sem mudar a parcialidade ou intencionalidade das respostas, que poderão ser comprovadas pelo áudio. Eles foram arquivados para comprovações de autenticidade posterior, caso necessário.

Não devemos esquecer que, se a entrevista tiver sido gravada, deve ser imediatamente transcrita e analisada detidamente pelo pesquisador ou equipe de investigadores, antes de realizar outra entrevista com o mesmo sujeito ou outras pessoas. Se o encontro não tiver sido gravado, a responsabilidade do investigador é ainda maior, porque os elementos de que se dispõe para realizar a análise, possivelmente fragmentados, exigem maior atenção. A entrevista deve ser escrita pelo investigador para, em seguida, estudá-la detidamente (TRIVIÑOS, 1987, p. 147).

Outro ponto que ressalto é a comunicação e finalidade da entrevista a cada professor. Como investigador, discorri antecipadamente a motivação da pesquisa e com isso favoreci um “[...] clima de simpatia, de confiança, de lealdade, de harmonia entre ele e os entrevistados” (TRIVIÑOS, 1987, p. 149). Isso ajudou na marcação do dia, do local e na pactuação do horário, sem competir com os horários de descanso ou outro compromisso.

Particpei como entrevistador, assumindo um papel de investigador. Segundo Triviños (1987, p. 150), “[...] as perguntas de natureza descritiva terão a máxima importância [...]”, contribuindo para respostas longas capazes de esboçar o fenômeno de forma ampliada.

Após a transcrição dos áudios, foram aglutinadas as frases que contemplassem as repostas de cada pergunta. Aglutinei filipetas com as respostas de mesmo sentido, mesmas abordagens e reflexões. Essas frases foram quantificadas e organizadas com as respostas, mantendo a identificação numérica de cada um, conforme o quadro anterior.

Esta pesquisa não teve a intencionalidade em classificar numericamente ou estatisticamente algum detrator ou promotor metodológico. O foco foi mapear as comparações qualitativamente na ótica da prática vivencial de cada professor, após um ano ministrando aulas na metodologia inovadora adotada pela instituição. Outra motivação para não quantificar foi o pequeno número amostral, com apenas sete professores que já haviam experienciado o método tradicional.

Optei pela abordagem qualitativa em face da “[...] incapacidade da estatística de dar conta dos fenômenos complexos e dos fenômenos únicos [...]” (HAGUETTE, 1992, p. 83) e por compreender que, na investigação qualitativa, a construção do conhecimento é não dar opinião sobre determinado contexto e assim construir novos significados sobre o tema investigado.

Como produto desta pesquisa de pós-graduação, espero ter uma ferramenta que torne fácil o ingresso de novos docentes que facilitem a educação continuada, treinamento e incremento de proficiência, tendo como ponto de partida a experiência prévia e dificuldades dos professores que ingressaram inicialmente nos dois primeiros períodos, buscando a melhoria contínua do curso.

4 CRIAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA DE EUNÁPOLIS

Com a finalidade de conduzir a melhor percepção das informações pesquisadas este capítulo foi dividido em quatro sub tópicos. Estes caracterizam a cidade onde foi implantada a faculdade Pitágoras de Medicina, o marco legal que autorizou o curso e a descrição e singularidades das instalações físicas para comportar o ensino com metodologias ativas. Pôr fim, a análise dos dados obtidos por meio da pesquisa de campo.

4.1 DESCRIÇÃO DA CIDADE

A Faculdade de Medicina de Eunápolis entrou em um cenário de um município pujante, onde o desenvolvimento e crescimento econômico aconteciam com a industrialização da celulose e da mecanização agrícola.

Eunápolis firmou seu progresso mediante um polo de exploração madeireira e tornou-se um polo comercial regional por estar em uma posição central e equidistante das sete cidades em seu entorno.

Em 2000, instituições de ensino superior começaram a se instalar na cidade e, ao longo desses últimos 20 anos, a cidade recebeu mais de dez faculdades de variados cursos. Assim, o município foi sedimentando-se como polo e centro educacional devido à sua localização geocêntrica no extremo sul baiano.

Essa região ficou conhecida como “Costa do Descobrimento”, por ter, em seu território, a cidade de Porto Seguro. Cidade importante como polo turístico e conhecida nacionalmente, Porto Seguro é considerada a terceira cidade do país em número de leitos de hotelaria, dista 64 quilômetros de Eunápolis e possui uma estrutura aeroportuária internacional, reconhecida como Terra Mater do Brasil.

As Regiões Administrativas foram instituídas como unidade de planejamento do Estado da Bahia a partir da aprovação da Lei nº 2.321, de 11 de abril de 1966, que dispôs sobre a organização da administração estadual e estabeleceu diretrizes para a reforma administrativa. Neste ato, o território baiano foi dividido em 21 Regiões. Diversas foram as alterações ocorridas em sua vigência, sendo a última por meio do Decreto nº 10.040, de 03 de julho de 2006, quando perfaziam um total de 31 Regiões Administrativas. (SEI-(SUPERINTENDÊNCIA DE ESTUDOS SOCIAIS E ECONÔMICOS DA BAHIA, 2019, [s.p.]).

A distância dos grandes centros é uma característica geográfica de Eunápolis, situada no extremo sul da Bahia. A capital mais próxima está distante 500 quilômetros aproximadamente. Vitória, situada no estado do Espírito Santo, teve forte influência na colonização do antigo povoado de Eunápolis, gerando emprego e renda com a indústria madeireira e a agricultura do café. Há 900 quilômetros de Belo Horizonte, capital mineira e 650 quilômetros da capital Salvador, o município sempre contou com sua diversidade populacional para resolver suas demandas na construção social.

O município de Eunápolis (BA) foi criado pela Lei Estadual nº 4.770/1988 (IBGE, 2019). Eunápolis é uma cidade jovem, localizada às margens da rodovia BR-101, possui 100.196 habitantes e população estimada de 113.380 habitantes (IBGE, 2019).

A economia local tem sua maior renda na indústria de celulose e se fixou como polo comercial devido ao seu geocentrismo. A localidade sempre conviveu com a dificuldade de motivar profissionais para interiorizar e fixar residência devido a sua estrutura precária de uma cidade que nasceu oriunda de canteiro de obra. Esse fator, associado à equidistância das setes cidades ao seu entorno que compõem a microrregião, fez com que ela crescesse como polo logístico comercial e distribuidor de insumos, impulsionando o seu desenvolvimento.

As distâncias geográficas até os grandes centros geraram um vazio assistencial, evidenciado principalmente pela dimensão da saúde. Muitas vezes, o tempo de transporte prejudica o quadro da doença e também em tratamentos que demandam de convalescência, o que leva o paciente a ficar espoliado, agravando seu estado de saúde.

No caso de complicações de saúde, os pacientes em risco de morte eram transportados por ambulâncias terrestre ou Unidade de Terapia Intensiva aérea para a capital Salvador.

No que se refere aos suportes considerados mais especializados, os quais demandam maior complexidade terapêutica, como cirurgias eletivas e diagnósticos com especialidades raras, por serem de maior complexidade, a região sempre dependeu do sistema de regulação estadual.

Essa espera pela disponibilidade de vagas para a transferência de pacientes trazia uma grande insatisfação local da sociedade. Em 2017, com a inauguração da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no hospital municipal e a ampliação dele, a situação do acesso proporcionou meios para aumentar o tratamento desses casos na

própria cidade. A implantação desse instrumento de alta complexidade amenizou a desconfiança da população e muitos casos que eram trasladados para tratamento fora do domicílio regional passaram a ser acolhidos na própria cidade.

Imagem 2 – Localização geográfica de Eunápolis



Fonte Googlemaps, 2019.

No início da década de 1990, seguindo o cumprimento da Constituição de 1988, que preconiza a universalização da saúde para todos, a estância federal e estadual uniu esforços para descentralizar recursos e investimentos, a fim de suprir a melhoria e expansão da rede de saúde. O antigo Povoado 64, hoje Eunápolis, recebeu seus primeiros postos de saúde a partir de 1994, com a criação do Programa da Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde. A expansão das novas unidades de saúde iria requerer novos profissionais de diferentes áreas, como enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos da família e agentes comunitários de saúde. Para as unidades ampliadas, o MS exigia, além da equipe primária acima citado, um dentista, um auxiliar de dentista e um técnico de higiene bucal.

Eunápolis² é uma cidade nova e tem o mesmo ano de fundação do Sistema Único de Saúde. Estratégias de alta complexidade chegaram à rede de saúde, como

² O nome do município, situado nas confluências da BR-101 e BR-367, na região extremo sul do estado, é uma homenagem ao engenheiro Eunápio Peltier de Queiróz, responsável pela desapropriação de

a hemodiálise e o hemocentro fomentando ainda mais o polo regional. A cidade cresceu sua rede de atendimento e foi organizando-se, mas, ao longo de seu progresso, para atender aos requisitos sanitários, aos anseios sociais, culturais, classistas e políticos e ao problema que envolvia a fixação de profissionais, ainda era um desafio não resolvido. A medicina privada constituiu hospitais, motivada pela oportunidade do vazio assistencial gerado pela carência regional e pela distância dos grandes centros, o que tornou o município um centro de referência na saúde. As cidades circunvizinhas começaram a buscar atendimento mais especializado e encontraram nos serviços existentes o socorro mais próximo. Acostumada ao progresso, em 2004 a região ganhou uma hidroelétrica e uma fábrica de celulose que movimentou ainda mais a região.

Atento às oportunidades governamentais, o município conseguiu implementar tecnologias oferecidas pelo Ministério da Saúde, para amenizar o contexto contingencial que sempre marcou negativamente o atendimento da população no SUS. Com a demanda crescente das necessidades regionais em novembro de 2009, o Ministério da Saúde criou, mediante a Portaria nº 2.690, de 5 de novembro de 2009, a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS), com a finalidade de orientar e apoiar gestores nas tomadas de decisões e incorporação dessas novas tecnologias, para obter melhor regulação e aproveitamento dos recursos financeiros e orçamentários. Alguns elementos reforçam essa evidência por meio da cartilha orientando gestores.

O acentuado desenvolvimento científico e tecnológico e a expansão do complexo industrial da saúde, que levam à inserção acelerada de novas tecnologias no mercado. Os processos de inovação tecnológica podem acarretar aumento dos custos dos sistemas de saúde, devido aos renovados investimentos em infraestrutura e capacitação de recursos humanos (CADERNOS BÁSICOS-MS, 2010, p. 13).

A partir desta última década (2010), a região passou a receber instrumentos e estratégias para o atendimento da população, a fim de evitar a romaria de pacientes para outras localidades.

terras ao redor do núcleo de residências que se formavam durante a abertura de estradas e hoje formam parte do centro urbano do município. Antes da nomenclatura atual, o lugar já foi conhecido como Quilômetro 64, Ibiapina e Nova Floresta (IBGE, 2019, [s.p.]).

4.2 CRIAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA DE EUNÁPOLIS

Uma das estratégias para fixar profissionais de saúde, em especial médicos, no local foi a interiorização do ensino superior. O contexto da falta de profissionais relatado no tópico anterior, vivido no cenário municipal, foi o fator protagonista que levou à crise de manutenção dos postos de saúde pela falta de médicos na rede de atenção básica (PSF). Por lei, os médicos deveriam cumprir a carga horária semanal de trabalho de 40 horas na atenção básica, para que o desembolso da verba federal do SUS referente ao custeio das unidades de saúde ocorresse da União e Estado para o município com probidade.

À beira de um colapso do sistema de saúde pela falta de médicos para a contratação na região em 2007, Eunápolis sofria com o agravamento da sinergia entre ações jurídicas do Ministério Público e cobranças sociais que culminaram em um Termo de Ajuste e Conduta (TAC) aos gestores municipais. Esse instrumento visava ao cumprimento e à solução dos problemas relativos ao absenteísmo do profissional médico na rede do SUS. Ações jurídicas, motivadas pela sociedade e conselhos municipais de saúde no Ministério Público Estadual (MPE), resultaram em uma enorme demanda de processos contra os responsáveis e dirigentes municipais e estaduais, a fim de garantir os direitos constitucionais de acesso à saúde.

Investido de novos poderes constitucionais, o Judiciário brasileiro iniciou sua função de assegurar a prestação da saúde nos casos que lhe eram submetidos, impondo àqueles com a obrigação de preservá-la ou provê-la, seja o Poder Público, seja as entidades particulares, as ações necessárias à realização desse direito fundamental, não obstante as condições adversas que apresentem como eventual empecilho (priorização de outras políticas públicas, falta de orçamento, obrigação de terceiros etc.). Movimento consequente, a sociedade deixou de aguardar a atuação voluntária do governo e passou a buscar pela intervenção e pelo garantismo do Poder Judiciário (MIGNONE, 2018, p. 129).

Na tentativa frustrada de convidar profissionais médicos de outras cidades ou de outras regiões, foi observado que o problema da carência da falta desses trabalhadores da saúde acontecia em todo o país. A permanência do médico na atenção básica era um problema nacional e as causas estavam ligadas ao mercado que oferecia baixa remuneração, baixa estabilidade no vínculo empregatício e alta demanda dos serviços da medicina suplementar em planos privados, que ofereciam melhores condições de trabalho e melhor vantagem financeira. O baixo financiamento federal transferido aos municípios também era um fator limitante, pois as tabelas de

serviços não foram corrigidas pela inflação ao longo dos anos, e isso impedia a sustentabilidade de repasses vantajosos de salário. Somada a esses fatores, a tecnologia crescente e onerosa proporcionada pela alta evolução dos meios de diagnóstico era outro desafio que contribuía para dificultar uma oferta de remuneração atrativa.

Nos últimos 15 anos, cidades e estados do Brasil entraram em crise com o movimento de judicialização da saúde. Esse movimento social da busca da população pela Lei nº 8.080/1990, que garantiu o direito ao acesso, ganhou o auge no âmbito das promotorias públicas estaduais em 2010, levando solicitações de cumprimento de acesso à rede de serviços especializados. Insumos como medicações de alto custo, vagas em hospitais e até cirurgias fora do país eram solicitados como necessidade de saúde da população. “Muitas vezes, o contribuinte tem no judiciário o último refúgio de esperança quando precisa de pronta intervenção do SUS [...]”, como relatou o conselheiro Arnaldo Hossepian Salles Lima Jr. (2016), do Ministério Público de São Paulo, em sua participação no Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass). A partir desse evento, ocorreu a proposta ao Ministro da Saúde da época, o engenheiro Ricardo Barros sugeriu a criação de Núcleos de Apoios Técnicos (NATs), com o objetivo de melhorar a interlocução entre os Poderes Executivo e Judiciário, sendo acatada, de imediato, para amenizar o volume processual.

Conclui-se, então, que, no Estado de Direito, o sistema de justiça fornece respostas legais aos problemas da política e o problema apresenta-se quando o direito pretende determinar a política ou a política pretende limitar o direito. Nesse sentido, cumpre falar da judicialização da saúde. Primeiramente, há de se dizer que, no encontro entre o sistema sanitário e o sistema de justiça, prevalece a decisão judicial. Portanto, quanto mais os sistemas souberem lidar um com o outro, quem ganha é o direito e a sociedade (BRASIL, 2015a, p. 45-46).

Dresh (2016) relata as dificuldades de um juiz, perante a falta de informação em sua formação, entender e atribuir a sentença mediante o entendimento das necessidades de saúde da população.

O juiz não tem capacidade de dizer se determinado atendimento é ou não integral. Esse é o impacto social e cabe ao Estado dizer o que é integral. O magistrado não entende de medicina. Se o médico afirmar que há risco de morte, na dúvida, ele irá atender a demanda sem ter consciência de que, com essa decisão, pode estar prejudicando outro paciente (DRESH, 2016, p. 12).

Compreender os limites da vida, do SUS, limites de recursos e de sua distribuição para o atendimento sem ferir a equidade da população é um

distanciamento que merece uma visão mais ampliada sobre o momento social vivido na saúde brasileira. Cidades do interior, com maior resolutividade, começaram a sofrer com o encaminhamento de pacientes de municípios circunvizinhos, espoliando ainda mais os recursos orçamentários destinados ao seu contingente populacional e gerando demanda para secretários, gestores e administradores hospitalares. Eunápolis vivia esse cenário como cidade referência em saúde.

Nesse ambiente de evolução acelerada, com profundas reformas no sistema de saúde pública e significativa alteração no comportamento da sociedade, visto que passou de espectadora da autonomia governamental a titular de um direito inalienável, o Poder Judiciário assumiu papel protagonista sob a égide da recente Constituição, que ampliou de modo significativo seus poderes, suas competências, atribuições e responsabilidades, tornando-o garantidor da realização dos direitos fundamentais estruturantes da ordem constitucional e do Estado brasileiro, entre os quais a saúde. Isso quer dizer que a Constituição brasileira de 1988, além de alçar a saúde ao patamar de direito fundamental, incorporando as crenças ideológicas, os anseios humanitários e as necessidades administrativas que se manifestavam de forma crescente e consolidada na sociedade brasileira quando de sua promulgação, cuidou de prover estrutura com competência e poder para garantir a realização desse direito (MIGNONE, 2018, p. 130-131).

A implantação da Faculdade de Medicina em Eunápolis nasceu mediante essa necessidade de fixação médica nos postos de saúde. O programa chamado de “Mais Médicos” (2013) tinha por objetivo contratar e alocar profissionais estrangeiros e brasileiros com financiamento federal em regiões com carência de profissionais. O custeio do profissional pela estância federativa por 36 meses de contrato garantiria a fixação, e o cumprimento de horário de trabalho nas unidades básicas de saúde seria de auditoria do gestor municipal para a continuidade no programa. Esse projeto estabilizou o atendimento à população e gerou a condição necessária para o médico se estabelecer e trabalhar nas cidades que possuíam a falta de profissionais.

Em 22 de outubro de 2013, foi promulgada a Lei nº 12.871, que instituiu o programa Mais Médicos, na tentativa de reverter as consequências da falta de dialogia ou sincronia entre a expansão do SUS e a formação médica no país, visando aos seguintes resultados:

- Reduzir carência de médicos, formando recursos humanos suficientes na área médica para o SUS.
- Fortalecer a atenção básica em seus programas já existentes como saúde da mulher, saúde do homem, hipertensão e diabetes, vacinação, saúde bucal.

- Aprimorar a formação médica inserindo o médico no campo de trabalho para vivenciar e agregar maior experiência.
- Fortalecer a política de educação permanente por meio do conjunto da prática e do ensino concomitante.
- Permitir a contratação pelo governo de profissionais médicos estrangeiros e brasileiros para suprir as unidades básicas de saúde, principalmente das regiões sem o profissional médico.

A Lei do Mais Médicos (2013) foi o marco legal que abriu os horizontes do município de Eunápolis, para conquistar médicos e estabilizar o absenteísmo de profissionais. Possibilitou também a participação da pré-seleção e conquista do direito em receber uma Instituição de Ensino Superior de Medicina (IES). Mediante o processo seletivo e de habilitação do Ministério da Saúde para implantar uma faculdade privada de medicina, foi necessário cumprir requisitos para a habilitação do município, o qual deveria comprovar sua capacidade instalada sob os critérios rigorosos, como possuir unidades básicas de saúde com profissionais do programa Mais Médicos, podendo ser estrangeiros ou brasileiros. Outros pontos obrigatórios, eram possuir unidades de urgência e emergência, centros de atendimento psicossocial e a comprovação de hospital público com cem leitos no mínimo. Neste último, o hospital deveria estar equipado com Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tomografia e ultrassonografia. Com esses requisitos comprovados e auditados pelo Ministério da Educação em consonância com o Ministério da Saúde, a cidade de Eunápolis adquiriu a autorização para participar do edital de concorrência e funcionamento da faculdade de medicina.

O processo de escolha da Instituição de Ensino Superior seguiu um rito burocrático desde 2014 até sua assinatura por meio de um contrato entre o Ministério da Educação, o estado da Bahia e o município com os requisitos para posterior implantação. No período de dezembro de 2014 a janeiro de 2015, todas as instituições mantenedoras interessadas nas 42 cidades habilitadas deveriam cadastrar-se no sistema da Secretaria de Regulação do Ensino Superior (Seres). Até fevereiro de 2015, o resultado da primeira fase de habilitação seria publicado. O chamado das IES habilitadas na primeira fase foi até maio do mesmo ano, favorecendo às IES participantes. O resultado preliminar dessas instituições que concorreram ao edital de classificação foi divulgado e, logo após um período de interposição de recursos até o

juízo em junho de 2015, ocorreu a reclassificação com a liberação do resultado final.

Os grupos de ensino participantes demonstravam alto interesse e a grande maioria dos vencedores do processo seletivo sofreu ações judiciais em razão da disputa na concorrência do processo seletivo, as quais foram dirimidas até 16 de novembro de 2016, e o contrato definitivo que celebrava a instituição vencedora foi assinado pelos secretários municipal e estadual da saúde de cada município e do estado, respectivamente. O contrato, denominado Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino e Serviço, tinha, em seu compêndio, o teor de reafirmar o modelo pedagógico e a parceria entre o ensino privado e a utilização dos espaços do Sistema Único de Saúde do município e estado como campo de ensino e prática.

A cidade de Eunápolis foi habilitada, cumprindo todos os requisitos para contribuir com as exigências para habilitação. No fim de 2016, foi anunciada a vencedora do edital, sendo a Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis a instituição educacional apta a promover a formação médica no extremo sul da Bahia.

Após realizada a primeira etapa, a faculdade teria de cumprir seus requisitos e passou a se dedicar a prover as exigências do Ministério da Educação necessárias, como a construção da sede e a instalação de laboratórios de práticas e biblioteca. No primeiro semestre de 2018, a sede provisória da faculdade foi finalizada e recebeu a visita de autorização, para realizar o primeiro concurso de vestibular. Outro requisito que a IES deveria cumprir como vencedora do processo é a obrigatoriedade da utilização da metodologia ativa de ensino-aprendizagem, conforme promulgação da Câmara do Ensino Superior do Conselho Nacional de Educação (CNE/CES) no art. 32:

O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias ativas e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, bem como desenvolver instrumentos que verifiquem a estrutura, os processos e os resultados, em consonância com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) e com a dinâmica curricular definidos pela IES em que for implantado e desenvolvido (BRASIL, 2014, p. 13).

A Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, garantiria a diretriz metodológica nas instituições de ensino que foram aprovadas pelo programa Mais Médicos, devendo ser auditadas pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior a

cada ano de funcionamento após a implantação, para averiguar o cumprimento do modelo pretendido.

O treinamento docente foi iniciado seis meses antes do primeiro concurso do vestibular e a proficiência dos docentes no método PBL foi realizada nesse processo de educação continuada. O corpo docente inicial foi composto de tutores, professores dos laboratórios de Práticas Integradas e de Habilidades Médicas e Laboratório Morfofuncional. Um grupo de professores acompanharia os alunos nos postos de saúde.

Ainda como compromisso da Lei do Mais Médicos (2013), caberia a implantação da Residência Médica de Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), atrelada aos requisitos do MEC, para suprir as necessidades da especialidade escassa do país.

Ao longo de um tempo de implementação, essa estratégia será capaz de suprir vagas para a estratégia do SUS, que atende o maior número de brasileiros em todo o território nacional, a saber: as Unidades da Saúde da Família (USF), também conhecidas pela comunidade como Posto de Saúde ou simplesmente “Postinho”. Essas unidades básicas de saúde são responsáveis por 60% da quantidade de profissionais de saúde admitidos na rede SUS do município. Possuindo metas e indicadores de cobertura populacional bem definidas, as unidades básicas consistem na porta de entrada da população na rede pública de saúde.

Em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais, a faculdade deve proporcionar o acompanhamento do ensino-serviço, possibilitando uma boa relação com o sistema público e seus dirigentes, para que os alunos, desde o primeiro ano, acompanhem todos os funcionários do posto de saúde, exercendo a construção da teoria e da prática até a residência médica nesse mesmo ambiente.

A perspectiva dos Ministérios da Saúde e da Educação para os próximos anos é que o número de profissionais formados estabeleça uma relação de fixação do médico no interior e este seja um agente coadjuvante nas mudanças necessárias para o incremento de melhoria da saúde da população.

4.3 FACULDADE MEDICINA DE EUNÁPOLIS

A Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis adquiriu o seu credenciamento pela Portaria nº 678, de 13 de julho de 2018, e seu ato autorizativo

pela Portaria nº 501, de 13 de julho de 2018, logo após a edificação predial em caráter provisório. A construção do prédio incluiu instalações para portadores de restrição motora e portadores de necessidades especiais, como rampa de acesso, elevadores e trajetos delimitados para portadores de deficiência visual, bem como comunicação visual em braile.

A instalação predial está localizada no Bairro Centauro e fica a 900 metros do centro da cidade. Inserida na comunidade, com o propósito de promover a formação nos moldes exigidos da interação do ensino com a comunidade, a unidade suprirá turmas que ingressarão até o terceiro ano de funcionamento.

Uma nova estrutura está sendo providenciada e ficará finalizada em dezembro de 2020. Ela vai comportar todo o curso e será construída em área própria, na parte central da cidade, para estimular a convivência social dos alunos e ficar próxima da proposta ensino e comunidade.

A atual arquitetura atende a todos os requisitos e padrões acadêmicos de formação médica com conforto e segurança e a mudança ocorrerá para agregar todos os ciclos do curso em apenas uma estrutura predial que atualmente comporta até o quarto ano. Essa estrutura foi construída provisoriamente para atender aos requisitos da liberação do curso conforme o edital do Ministério da Educação.

As salas de aula possuem o tamanho para comportar dez alunos e um tutor e estão equipadas com projetores, telas de exibição de imagens e preparadas para utilização de recursos audiovisuais como microfones, caixas de som, televisão com a finalidade pedagógica de promover a autoria do saber do aluno na construção do conhecimento.

Amplos espaços equipados com computadores conectados à Internet são utilizados para reuniões do corpo docente da graduação, para professores em regime integral e também para o Núcleo Docente Estruturante (NDE). Este é composto de seis membros médicos. Um laboratório de informática com modernos computadores está à disposição da disciplina Habilidades Gerais e visa otimizar as pesquisas e atividades pedagógicas no desenvolvimento das habilidades estatísticas e pesquisa de artigos científicos, utilizando as tecnologias disponíveis.

O laboratório morfofuncional integra atividades de fisiologia e microscopia histológica associando ao estudo das peças anatômicas em número suficiente para a construção do saber. Conforme a demonstração fotográfica dos laboratórios

morfofuncionais, compostos de ampla estrutura que favorece o estudo em peças secas (torso de acrílico) e peças também úmidas (órgãos).

Fotografia 1 – Laboratório morfofuncional de anatomia



Fonte: Laboratório morfofuncional – Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis, 2018.

Fotografia 2 – Alunos em aula no laboratório de microscopia



Fonte: Laboratório Microscopia morfofuncional -Faculdade Pitágoras de Medicina (2018)

Os laboratórios de habilidades médicas possuem o maior número de equipamentos para o ensino, contando macas, leitos, equipamentos hospitalares e bonecos tecnológicos para cenário simulado, estimulando o aprendizado e procedimentos de urgência e emergência além do atendimento ambulatorial. Nesses laboratórios, existem equipamentos modernos que simulam ambientes de trabalho e promovem um aprendizado protegido ao aluno. Para melhor analisar os cenários de prática, nos momentos de simulação, é instalada no laboratório de habilidades uma câmera 360°, que é utilizada na transmissão de imagens para outros espaços dentro ou fora da faculdade.

O Programa Interinstitucional de Ensino Saúde e Comunidade (Pinesc) possibilita ao aluno com professores a viver o ambiente real na rede de saúde municipal. Esse programa destina-se à associação teórico-prática com docentes que vivem a realidade do dia a dia e seus desafios desde o primeiro período do curso.

Conforme o Catálogo Institucional da Faculdade de Medicina (2019), a instituição possui uma biblioteca com acervo físico com 1.813 exemplares e mais de 200 títulos, monitorado por sistema informatizado, o Pergamum. A biblioteca conta também um acervo virtual contendo mais de 31 mil títulos em *e-books* e periódicos disponíveis para acesso por meio de cadastro do discente. A biblioteca possui três salas individuais de estudo em grupo, cinco cabinas para estudo individual.

O processamento técnico do acervo é feito de acordo com padrões bibliográficos, adotando as regras de catalogação Anglo-Americano (AACR2) e o sistema padrão de classificação bibliográfica: Classificação Decimal Dewey (CDD) ou Classificação Decimal Universal (CDU). O preparo físico dos livros é feito pela aplicação da identificação patrimonial (Número de exemplar) e de etiquetas contendo o número de chamada na lombada do livro e as informações de aquisição do produto (CATÁLOGO INSTITUCIONAL DA FACULDADE DE MEDICINA DE EUNÁPOLIS, 2019, p. 26).

O apoio do corpo administrativo inclui biblioteca, coordenação pedagógica, diretoria-geral, assistência técnica e auxiliar de laboratório, secretaria administrativa e recepção, além do corpo funcional de vigilância e limpeza.

O corpo docente foi selecionado e preparado seis meses antes do início das aulas. O treinamento ocorreu com um grupo de 12 professores e o coordenador do curso, que foram divididos para a docência de acordo com a necessidade da matriz curricular proposta no Programa Pedagógico do Curso da seguinte forma:

- 6 professores tutores (biólogos com doutorado);
- 1 professor de laboratório morfofuncional (bioquímico especialista);

- 1 professor de habilidades médicas (médico com mestrado);
- 1 professor de laboratório práticas integradas (psicólogo com doutorado);
- 3 professores do Programa Interinstitucional de Ensino Saúde Comunidade, 1 médico doutor, 1 médica com especialização em metodologias ativas de ensino e aprendizagem e 1 enfermeira Mestre);
- 1 coordenador médico (Mestre).

Após a realização da publicação do edital do vestibular pela Consultec em julho de 2018, as aulas iniciaram em 17 de setembro de 2018 e todas as 55 vagas ofertadas foram ocupadas.

O curso de Medicina é composto de seis anos e é distribuído conforme o Projeto Pedagógico de Curso (PPC) em quatro anos de ciências básicas divididas em eixos temáticos e dois anos de estágios supervisionados na rede pública de saúde do município.

A compatibilidade da carga horária total cumpre a determinação da Portaria MEC 03/2007, de 02 de julho de 2007. Todas as disciplinas são organizadas e mensuradas em horas-relógio de atividades acadêmicas e de trabalho discente efetivo. A matriz curricular do Curso de Medicina da Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis foi concebida com um total de 7.200 (sete mil e duzentas) horas distribuídas em disciplinas teórico-práticas partilhadas em eixos temáticos denominados - Núcleos Curriculares (PROJETO PEDAGÓGICO DE CURSO, 2014, p. 56).

Conforme o PPC, o curso possui 52 módulos distribuídos nos primeiros quatro anos de curso, compreendendo o ensino teórico. A prática possui uma densidade de 46% de horas de estágio sob supervisão, além de atividades, como estudo dirigido e atividades complementares que totalizam 80 horas e devem ser comprovadas ao longo das atividades curriculares.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE DADOS

Ao analisar os dados desta pesquisa, considerei importante retratar um pouco a descrição de cada um dos cinco temas. De acordo com o capítulo 3 (percurso metodológico), cada tema foi chamado de eixo. Os cinco eixos originaram-se dos maiores desafios que enfrentamos no primeiro ano do curso de medicina, ao trabalharmos com a pedagogia inovadora adotada pela Faculdade Pitágoras de Eunápolis.

No eixo 1, minha intencionalidade comparativa era dimensionar as diferenças entre as duas metodologias quanto ao planejamento das aulas e solicitei que os professores comentassem a experiência deles.

Após a transcrição das entrevistas, encontrei dificuldade de iniciar a nucleação das filipetas devido à riqueza das falas e quantidade de frases semelhantes. Encontrei a possibilidade de nuclear esse item em três pontos mais significativos: o primeiro tratou das dificuldades e facilidades da idealização das aulas; o segundo retratou a mudança de postura do docente, e o terceiro consistiu na nucleação das frases que relataram a aplicação do método em sala de aula.

Sobre o critério dificuldade e facilidade entre os métodos para elaborar as aulas, à primeira vista três professores afirmaram que a dificuldade em planejar no PBL estava relacionada à exposição do conteúdo e isso ficou exposto na frase do Professor 6, que retratou que “[...] no modelo tradicional é mais fácil porque você tem condição de preparar toda aula antes dela acontecer”. Anteriormente pelo método tradicional, bastava ao professor dominar o conteúdo, repassar sua síntese em sala para os alunos e “[...] replicar a produção de sua aula em outras feitas para as turmas posteriores” (PROFESSOR 2).

Decorrentes das entrevistas, ocorreram questionamentos, tais como: “E agora?” “Como vou fazer ao chegar na frente dos alunos para iniciar as aulas?” “O que eu vou escrever para repassar o conhecimento?” “Devo criar um passo a passo para chegar na frente dos alunos e iniciar uma aula sem repassar o assunto?” Dúvidas assim foram trazidas pelos Professores 2, 4 e 5.

A confecção de uma aula no método tradicional, geralmente em *Datashow*, servia como o próprio planejamento do conteúdo para ser repassado aos alunos. Silva (2013) diz que essa tecnologia foi amplamente difundida no ensino superior em que todos professores vinham aplicando essa ferramenta como detentores do

conhecimento, tendo o papel de transmitir o conteúdo de sua programação das aulas por meio de *slides*.

A inserção das tecnologias na sala de aula não substituiu o professor, muito pelo contrário, ampliou as possibilidades da prática educativa desse profissional. Entretanto, a presença de recursos tecnológicos requereu uma nova postura do docente. De único detentor de conhecimento, que vai transmiti-lo para o aluno (SILVA, 2013, p. 11).

O relato dos docentes, ao ingressarem no PBL, retrata que essa ferramenta tecnológica não é mais a ferramenta principal. Na pedagogia ativa, o professor não tem completo domínio do que vai ocorrer em sala, por ter deixado o papel de repassador do saber. Conforme o Professor 3 relatou, “[...] o facilitador passa a ser o estimulador da construção do conhecimento, conduzindo e direcionando as fronteiras do conhecimento estabelecidas nas unidades modulares do conteúdo”.

Posto isso, o planejamento de aula deve prover a mensuração dos tempos para incitar o aluno a cumprir um ciclo em que ele próprio seja autodidata e se motive a resolver as situações-problema apresentadas. Planejar no PBL inclui um movimento mais proativo do professor. Segundo Toledo Júnior (2008), é preciso elaborar situações que sejam inclusivas, para que o aluno se sinta parte do problema mediante o conhecimento prévio e sua curiosidade e ele fique estimulado a construir o conhecimento sozinho ou com seu grupo de colegas.

O PBL inclui a estruturação do conhecimento dentro de um contexto específico, permite ao aluno defrontar-se com problemas concretos, o que poderia potencializar o desenvolvimento do raciocínio clínico, favorece o desenvolvimento da habilidade de estudo autogerido e o aumento da motivação para o estudo.

O método PBL valoriza, além do conteúdo a ser aprendido, a forma como ocorre o aprendizado, reforçando o papel ativo do aluno neste processo, permitindo que ele aprenda como aprender (TOLEDO, 2008, p. 126).

Percebia uma angústia dos colegas ao longo das entrevistas, devido ao novo formato que eles deveriam ter para confeccionar seus planos de aula ante o novo modelo. O Professor 5 disse: “[...] no método tradicional nós preparávamos a aula como detentores e autoridades do saber e cabia ao aluno absorver, já neste novo método o aluno deve construir o seu saber”. Ficou evidente, em minha análise, que os entrevistados 1, 3, 5 e 6 deste eixo acreditam efetivamente que o conhecimento deve ser construído instantaneamente pelos alunos, cabendo ao professor o papel de orientar a trajetória para que seus alunos alcancem os objetivos propostos.

Sobre o segundo critério (mudança postural docente), os professores atribuíram ao novo paradigma a alternância do papel de transmissor do conteúdo para um tutor ou orientador do conhecimento. A dificuldade na mudança da lógica da transmissão do conteúdo gerou um desconforto que levou a uma estranheza no primeiro momento.

Esse segundo critério comparativo foi o deslocamento do lugar do professor do centro da atividade de aprendizagem tanto teórica quanto prática. Quatro dos sete docentes relataram que a elaboração exigia maior disciplina do professor em estudar o conteúdo e descrever um programa de aula com um passo a passo, para que o professor não fosse o ator principal da sala de aula. Isso fica claro, na fala do Professor 3: “A diferença entre os métodos muda o papel do docente de transmissor de conteúdo para tutor do caminho”. O Professor 7 reforçou, ainda, que esse papel coloca o aluno como centro da atividade de aprendizagem, seja teórica, seja prática.

Outro ponto que exigiu a mudança postural do educador ficou claro no relato do Professor 1: “[...] o PBL exige uma mudança do local de fala do professor [...]” e “[...] o método inverte a lógica de transmissão do conhecimento para produção do mesmo”. Esses relatos enriqueceram minha percepção, ao saber que, mesmo com pouco tempo na prática docente, grande parte do corpo docente acolheu a intencionalidade do método e se dedicou a mudar seus paradigmas em relação à própria mudança postural. Segundo Paulo Freire (2006), ensinar exige a convicção de que a mudança é possível; ensinar exige compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo; ensinar não é transferir conhecimento. Criar possibilidades para construir e produzir na perspectiva em que o aluno é autônomo, induzimo-lo a estudar mediante suas dúvidas e inquietações como ponto de partida nas aulas. Esse deslocamento de ouvinte para um papel mais participativo, reflexivo e questionador é o objetivo do método na formação do profissional do futuro. Ao ingressar com as estratégias do PBL, o discente entra em contato com o mundo da prática laboratorial protegida da instituição consorciada com a prática real do SUS vivida nos postos de saúde. Assim, o ciclo do educar, aprender e ensinar torna-se uma espiral construtivista sem fim.

A mesma abordagem de atenção deve ser dada aos objetivos específicos do conteúdo abordado, para evitar devaneios dos alunos durante a construção do conhecimento. Antes, no tradicional, o docente lia os objetivos propostos e dirigia-se para a construção de sua aula. Com base na pedagogia inovadora, a disciplina do

professor para seguir os objetivos específicos deve ser revista a todo momento, durante a estimulação e construção do conhecimento pelos alunos na trajetória do que foi planejado.

O terceiro critério analisado deste primeiro eixo (planejamento) foi relatado por seis professores dos sete entrevistados que mencionaram que a metodologia ativa de aprendizagem exige maior preparo docente. Segundo a percepção dos educadores, relatos como dos Professores 1, 3, 4, 5, 6 e 7 citam que “[...] no PBL se consome muito mais tempo para planejar, pois exige maior criatividade, maior articulação de diversos tipos de conhecimentos para integrar prática à teoria”. Notei o desafio nas falas citadas na elaboração de aulas que fossem dinâmicas e contemplassem os objetivos gerais e específicos, para que o aluno dispare a construção de seu conhecimento, conquistando a compreensão do conteúdo de forma significativa.

Essa integração dos saberes realmente exige maior domínio docente para disparar, direcionar e integrar as fronteiras do conhecimento envolvendo habilidades práticas e humanas do que simplesmente elaborar uma aula no método tradicional.

Ficou claro, no relato desses seis professores, que, ao executarem o plano das aulas elaborado com antecipação da semana de aula, o professor deve-se ater aos objetivos dos conteúdos modulares, e não ao seu resumo científico, que antes eles faziam no método tradicional. Outro ponto que eles citaram foi a avaliação que deveria ser pensada ao mesmo tempo que o formato da aula garantiria a sincronia e fidelidade dos objetivos específicos conduzidos pelo tutor facilitador em sala de aula.

No tradicional, a forma de planejar, muitas vezes, já incluía a forma de repassar o conteúdo por meio da aula expositiva, como citado anteriormente por *slides*. O domínio da aula era verticalizado, ou seja, o professor ministrava ao aluno que ocupava o papel de ouvinte. Com esse novo desafio da pedagogia inovadora, além do domínio do conhecimento, o docente deve estar preparado para as diversas situações que o aluno vai criar com seu grupo, mudando para uma forma mais horizontalizada na construção dos saberes.

O professor desperta o discente para novos caminhos por meio de perguntas que o conduzam para a reflexão e busca do conhecimento para que respondam a um problema prático ou teórico incluso no plano de aula.

Outro ponto relevante relatado por quatro professores que citaram o desafio do método foi a estimulação de variadas fontes de pesquisa no método PBL, compreendendo vídeos, artigos científicos e literaturas, além das estabelecidas na

biblioteca da faculdade e da possibilidade de pesquisas instantâneas pela Internet (PROFESSORES 1, 2, 5 e 7). Esse fato faz com que a metodologia ativa seja mais dinâmica e criativa, exigindo um grau de estudo do professor para ficar atento às fronteiras da construção do saber em relação a variadas.

Ainda sobre os desafios do critério exigência de planejamento, quatro professores relataram que o PBL estimula o docente a aprofundar seus estudos em torno do tema que ele vai tutorar de forma constante, a fim de evitar o desconforto de não saber conduzir as dúvidas de alunos mais curiosos oriundos do ensino fundamental que colocava o professor como centro do saber.

Por ser considerado uma característica entre os métodos, busquei pesquisar como tem sido a condução das aulas ao longo deste primeiro ano de curso. Sobre esse tema, apenas dois professores citaram estratégias educacionais utilizadas no manejo de suas aulas.

Embora as respostas estivessem convergentes para a pergunta do eixo 2, que arguia sobre a utilização das ferramentas educacionais ao longo do ano, cinco professores preferiram mencionar a importância do conhecimento do PBL, para aplicar as melhores estratégias de acordo com as necessidades do momento da aula, podendo mudar as ferramentas de acordo com as dificuldades dos alunos ou o tamanho da turma.

Percebi, nas falas dos cinco docentes que não citaram os nomes das ferramentas, que a escolha dessa estratégia envolvia a necessidade de cada grupo além dos critérios, como o tamanho e dificuldade do grupo e o ambiente em que se encontravam os discentes. “Utilizar o ambiente e as dificuldades do momento para potencializar uma problematização é a melhor estratégia para estimular o aluno a reflexão” (PROFESSOR 7). Os Professores 3 e 6 complementaram: o perfil de interesse do aluno, o local em que eles se encontram e o objetivo específico pretendido na decisão de alternância da ferramenta de aprendizagem.

Em apenas um momento, percebi, na fala de um professor, o relato de suas dificuldades em relação a este eixo, não significando com isso que esse docente tivesse pouco conhecimento das ferramentas do PBL, mas que tinha dificuldade em aplicá-las. “[...] eu admito que ainda não consigo utilizar as ferramentas do PBL de forma adequada e muitas vezes ministro minhas aulas motivando alunos a fazer busca ativa e lanço perguntas surpresas para que eu possa estimular a busca do conhecimento” (PROFESSOR 5).

Consegui verificar, com esta questão, que todos os professores valorizam dinâmicas para estimular o aluno na busca do conhecimento, estimulando o seu próprio aprendizado, para utilizar as ferramentas pedagógicas do método ativo. Isso demonstra o interesse dos professores em aprender a aprender com as próprias experiências e manejar o método. Todos os professores deixaram claro que é importante utilizar essas ferramentas, para que o aluno assuma o papel de autodidata e seja responsável pela construção do próprio saber.

Entre as principais características, os métodos inovadores de ensino-aprendizagem mostram claramente o movimento de migração do 'ensinar' para o 'aprender' o desvio do foco do docente para o aluno, que assume a corresponsabilidade pelo seu aprendizado (SOUZA; IGLESIAS; PAZIN, 2014, p. 284).

Ficou claro que, no depoimento de quatro participantes do estudo de caso, escolher a ferramenta educacional mais adequada para conduzir a busca de conhecimentos dos alunos para o alcance do objetivo do conteúdo pretendido foi e tem sido o maior desafio para este primeiro ano de curso.

Segundo o relato dos professores, esse movimento de "ensinar para aprender" (PROFESSOR 6) almejado é conquistado por meio da utilização das ferramentas citadas pelos Professores 2, 3, 6 e 7, como a problematização, encontros para a discussão de casos clínicos, dinâmicas para análise, crítica e reflexão da prática, estudo de casos, sempre partindo do conhecimento prévio do aluno.

Aqui também queria ressaltar que, de forma geral, todos os docentes declararam maior facilidade em ministrar aulas pelo método tradicional, em que utilizavam, em suas expositivas, a projeção de *slides*. Considerei importante perguntar aos professores como eles faziam para conduzir suas aulas no método que eles aplicavam anteriormente, antes de ingressarem na intuição Pitágoras de Medicina. Unanimemente, as aulas eram preparadas em *Power Point*, no qual era realizado um depósito do conhecimento similar a um depósito bancário, onde, ao passar dos anos, o educador poderia revisar e incrementar itens de seu completo domínio de saber, sendo bem mais fácil ministrar aulas futuras.

O ato de ensinar-aprender deve ser um conjunto de atividades articuladas, nas quais esses diferentes atores compartilham, cada vez mais, parcelas de responsabilidade e comprometimento. Para isso, é essencial a superação da concepção bancária, na qual um faz o depósito de conteúdos, ao passo que o outro é obrigado a memorizá-los, ou da prática licenciosa, sem limite, espontaneista de indivíduos entregues a si mesmo e à própria sorte, num vazio de quem faz e desfaz a seu gosto. Ao contrário, a educação libertadora

é uma prática política, reflexiva e capaz de produzir uma nova lógica na compreensão do mundo: crítica, criativa, responsável e comprometida (MITRE, 2008, p. 237).

A fase em que o professor é o protagonista principal das aulas de acordo com seus desejos e convicções e sem a articulação da prática é relatada por TSUJI (2010) como uma revisão de responsabilidade de seu papel.

Independentemente do desejo/necessidade, os estudantes engolem as matérias, regurgitam nas provas e tratam de esquecer-las em seguida. Acredita-se que dessa maneira eles cheguem aos anos finais preparados para aprenderem a prática da medicina. É assim que a medicina é ensinada há anos. Os conhecimentos evoluem numa velocidade tal que 40% a 50% do que é ensinado hoje é abandonado ou colocado em dúvida em quatro ou cinco anos (TSUJI, 2010, p. 79).

O manejo atual exige que professor conquiste o papel de tutor, seja um facilitador do conhecimento e programe trajetórias em seu tempo de aula. Exige também que ele seja capaz de despertar a curiosidade, a motivação de pesquisa e esteja preparado para perguntas inusitadas. Isso exigirá não apenas um conhecimento da aplicação da ferramenta ou do método, mas um preparo postural para estimular o discente a ir em busca de novos saberes.

Percebi, na fala do Professor 4, que o docente nomeia “[...] exigência do método ativo a necessidade de sua própria transformação postural, para não ser reativo às perguntas e a sanar dúvidas dos alunos”. Mesmo dominando o conteúdo, ele muitas vezes deve responder com outra pergunta, para orientar o caminho da busca do aprender a aprender.

As comparações que fiz para o eixo da avaliação foram centradas em dois quesitos: o primeiro, as fortalezas e fragilidades cognitivas entre os métodos de ensino; e o segundo sobre a percepção do deslocamento cognitivo do aluno. Embora inicialmente minha intencionalidade neste estudo de caso fosse pesquisar sobre as facilidades e dificuldades encontradas em elaborar provas e as medidas de desempenho dos cenários simulados das práticas de laboratório dos professores, as entrevistas seguiram um caminho que extrapolou minha intencionalidade, migrando para uma avaliação espontânea dos colegas.

Estudos de caso como este extrapolam o foco da pergunta do eixo e até revelam uma construção de saberes além do imaginado. Detectei por meio das falas como a do Professor 3 – “Assumi uma posição mais horizontalizada pela possibilidade da avaliação formativa onde não preciso de notas e posso contribuir com minhas

percepções profissionais na formação do aluno [...]” – e do Professor 4: “O método ativo articula o conhecimento científico aos saberes menos biologicista e mais biopsicossocial, relacionando fatores éticos, espirituais, com a comunicação efetiva e a percepção financeira e do mercado”. Tais falas entram em consonância com Ludke e André (1986), que relatam sobre os inusitados que podem aparecer ao longo da pesquisa científica. Essas falas revelaram a mudança postural e humanística dos professores, as quais não esperava encontrar em um tempo tão curto de prática no método.

Os estudos de caso visam a descoberta. Mesmo que o investigador parta de alguns pressupostos teóricos iniciais, ele procurará se manter constantemente atento a novos elementos que podem emergir como importantes durante o estudo. O quadro teórico inicial servirá assim de esqueleto, de estrutura básica a partir da qual novos aspectos poderão ser detectados, novos elementos ou dimensões poderão ser apresentados na medida que o estudo avance (LUDKE; ANDRÉ, 1986, p. 18).

Foram unânimes os relatos sobre o alcance positivo da metodologia ativa em relação ao método tradicional na ancoragem da prática ao longo do curso. O estímulo das habilidades humanas, associado à percepção das mudanças atitudinais e comportamentais do aluno prevaleceu em todas os relatos. Segundo os sete professores, uma frase nucleada comum é que “[...] o método PBL ainda proporciona a utilização de outros domínios de conhecimento favorecendo a criação de outros saberes”(PROFESSORES 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7).

Outro ponto abordado unanimemente foi a aplicação da cognição científica à prática. O Professor 2 retrata bem em sua fala, quando menciona “[...] a junção da competência prática ao cenário real de trabalho provoca uma reflexão crítica e ensina o aluno a atuar em situações novas e do cotidiano do médico”. O método PBL, como relatado anteriormente, insere o discente em um ambiente real desde o início do curso. Nota-se que os alunos estão sendo preparados para um comportamento para atuar sobre o doente em vez da doença.

A articulação do conhecimento científico com outras dimensões humanas eleva e responsabiliza o aluno para o autoaprendizado além da articulação do conhecimento e da prática, uma vez que essa integração com a comunidade melhora a reflexão, a análise crítica e a capacidade de enfrentamentos de problemas do dia a dia do futuro médico.

Ressalto que os Professores 1, 2 e 4 citaram que “[...] ambas as metodologias alcançam o mesmo resultado cognitivo, mas no PBL as habilidades psicomotoras e atitudinais são mais significativas e isso tem sido um grande diferencial para formação do médico” (PROFESSORES 1, 2 e 4).

Esses professores atribuíram a associação do conjunto de práticas laboratoriais e atividades na comunidade ao conhecimento teórico construído em paralelo e melhoraram as habilidades em relação à construção do indivíduo maduro. Segundo Tsuji (2010), a passagem da imaturidade para maturidade (personalidade) é um processo doloroso que depende da experiência, desejo e *insight*.

Vale ressaltar a fala do Professor 7, que pontuou “[...] que ao ensinar no método tradicional as relações de comunicação efetiva, a ética no ambiente de trabalho e a melhor adaptação às diversidades do cotidiano não eram tratadas como formação do aluno e avaliar esses domínios irá ajudar o futuro profissional a superar novos desafios”.

No que concerne ao eixo 4, visei comparar como os professores procediam ante a utilização das ferramentas pedagógicas ativas logo no primeiro ano de curso. Sobre isso, quatro dos sete docentes citaram a resistência da postura do professor como barreira para recorrer a essas estratégias de ensino ao longo do ano.

Desses quatro docentes, o Professor 2 complementou que, “além da resistência do próprio docente em se adaptar aos novos modelos de ensino, é importante lembrar que os alunos também vieram de um ensino médio tradicional” e por esse motivo deparam com estranhamento o papel mais passivo do professor.

A tarefa de lidar com novas e diferentes estratégias é algo complexo e exige mudanças de *habitus* e paradigmas: entre os docentes universitários há a predominância na exposição do conteúdo, em aulas expositivas, ou palestras, uma estratégia funcional para a passagem de informação. Esse *habitus* reforça a ação de transmissão de conteúdos prontos, acabados e determinados, semelhante às vivências pregressas. Ainda, a atual configuração curricular e a organização disciplinar (em grade) predominantemente conceitual, têm a palestra como a principal forma de trabalho, e os próprios alunos esperam do professor a contínua e passiva exposição dos assuntos que serão aprendidos (SOUZA; IGLESIAS; PAZIN, 2014, p. 288).

Essa questão comparativa entre os métodos trouxe um ponto importante: o deslocamento do papel do professor do centro do processo educacional. A necessidade de qualificação da equipe docente do primeiro ano da Faculdade Pitágoras de Medicina e dos outros períodos é algo fundamental. Percebi que seria

necessário transformar o perfil do professor invertendo seu papel, a fim de colocar os alunos como promotores da busca do conhecimento. A fala do Professor 5 traz a necessidade de “[...] quebrar dogmas, paradigmas, conceitos e preconceitos de uma geração de docentes”. É natural que profissionais médicos formados no método tradicional e com sucesso na carreira demonstrem certa desconfiança, ao depararem com o PBL no primeiro momento.

A percepção da necessidade de qualificação docente ficou clara em seis dos sete professores, quase uma unanimidade. Com a mudança do currículo médico, exigiu-se uma adaptação de integração da prática e integração social, talvez por isso tantos professores tivessem mencionado que o PBL é mais exigente, não apenas pela demanda de maior criatividade, senão pela proatividade para adequar as estratégias de ensino.

Entender que o modelo de ensinagem está migrando da disciplinaridade para interdisciplinaridade envolve a necessidade de capacitação permanente dos professores.

As mudanças curriculares pressupõem a passagem da disciplinaridade para a interdisciplinaridade, além de apresentar novas estratégias de ensino aprendizagem, como as metodologias ativas, consideradas um novo desafio para a formação de professores do futuro (ARAÚJO; SASTRE, 2009, p. 6).

Considere importante uma citação do Professor 5, na qual relata: “[...] ainda me falta pilares concretos e embasados para alicerçar e consolidar o método”. Percebi, na fala do professor, a insegurança para utilizar estratégias em sala. Na minha visão, as falas se complementam, uma vez que o caminho para o sucesso após a adoção pela instituição de um método inovador é o investimento em formação e treinamento contínuo.

Neste eixo 5, pude fazer uma perspectiva do futuro dos entrevistados, mensurando como estariam seus alunos no mercado de trabalho após seis anos de graduação e como a metodologia inovadora contribuiria para esse egresso no mercado.

Com exceção do Professor 5, todos os relatos demonstraram otimismo e visionaram um profissional adaptado às mudanças tecnológicas, aptos a aprender a aprender com maior velocidade e com características resolutivas para o enfrentamento de problemas do cotidiano. O professor menciona: “[...] me preocupa a mudança repentina do método e a cultura da população não estar preparada para este

profissional biopsicossocial” (PROFESSOR 5). Essa revelação está ligada à ruptura repentina do tradicional para o PBL e a sociedade pode não ter tempo de acolher essas mudanças, sobretudo os alunos.

A maioria dos educadores, Professores (1, 2, 3, 4, 6, e 7) complementaram que “[...] a formação ativa transforma o indivíduo por estar em contato cotidianamente com as situações problemas”. O depoimento do Professor 3 traz uma visão do futuro apoiando-se nos “[...] egressos que adquirirem maior capacidade de aprender a aprender ao longo de sua vida profissional serão melhores preparados para as mudanças do mercado”.

Todos os professores citaram o ciclo das exigências e necessidades da população em relação à saúde que vem mudando cada vez mais rápido, tanto no sistema público como no privado. Conforme o Professor 7, esse modelo de formação oportunizará ao discente “[...] aprender com as mudanças das necessidades da população desde o início da graduação, formando um indivíduo com capacidade de relacionar com dimensões políticas, socioeconômicas e culturais [...]” e se preparar para as constantes mudanças sociais.

Aprender a manejar aulas correlacionando esses domínios biológicos, psíquicos e sociais é um avanço para um país continental que tem grande variação demográfica.

[...] as necessidades de saúde , de modo mais abrangente, são originadas pelo modo como as sociedades humanas vivem a vida, que implica em interfaces entre as características demográficas das populações, sua cultura e organização socioeconômica, num determinado território e ecossistema. A combinação entre elementos de natureza biológica, cultural, subjetiva, social, política e econômica produz o conjunto de necessidades de saúde de uma determinada sociedade(STOTZ, 1991).

Percebi, nas falas de todos os Professores 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7, que “[...] o método é capaz de transformar as atitudes e o comportamento frente às situações que o ambiente de trabalho impõe no dia a dia [...]” dos profissionais de saúde. Essa habilidade já é percebida desde o primeiro período de graduação pelos docentes.

Em relação a essa perspectiva, analisei nas falas que os professores, mesmo no início do curso, reconhecem que o curso formará um perfil generalista clínico, que, por estar inserido desde o primeiro dia de aula no campo real de ensino aprendizagem, não terá surpresas mercadológicas ao final do curso para optar por alguma residência

ou ter dúvida do caminho a seguir, caso tenha o desejo de prosseguir em outra especialização.

Pude ainda constatar, com base nas falas dos Professores 2, 3, 4, 6 e 7, que “[...] a condução do método ativo irá potencializar um profissional mais humanista preparado para suprir as necessidades do mercado e de saúde da população”. Notei também a relativização entre o ensino tradicional e o PBL sobre a segurança do profissional que, desde o início de sua graduação, mantém o contato direto com a sociedade.

O ambiente protegido e teorizado dos laboratórios e das salas de aula contribui para o domínio cognitivo do estudante ao longo de seis anos, mas esse ambiente de aprendizado, sozinho, não é capaz de estimular o aluno nos domínios biopsicossociais, por reduzir as oportunidades de convivência com a rede de saúde.

Conforme o relato do Professor 7, “[...] o aprendiz que passa pela graduação em concomitância com a formação de campo passa a conviver e relacionar com a ótica social verdadeira, percebendo os problemas da gestão da saúde, da convivência sóciopolítica, assiste de perto o reclame da dor do doente e convive com a doença”.

Percebi, na fala dos Professores 3, 5 e 7, que “[...] o aluno ao, conviver e percorrer os seis anos de graduação em um ambiente protegido pelo ensino, mas contemplado pela associação da teoria à prática de um cenário real, será um indivíduo mais preparado para o mercado”.

“A convivência com a pobreza, com as dificuldades culturais terapêuticas, com as comunidades fragilizadas pelo vício do tráfico, pelo óbito, será um profissional mais adaptado às condições do mercado atual (PROFESSOR 7). O MEC, o SUS e as DCNs promoveram a mudança da educação médica com a validação do modelo ativo com foco em uma emancipadora, em que o aluno passa a ter contato com transformações sociais, quesito que antes era blindado no ambiente protegido das salas de aula.

Na perspectiva de uma educação permanente para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde - SUS, a ampliação da capacidade crítica, visando à transformação das próprias práticas, tem sido o eixo na construção de propostas educacionais com abordagem emancipadora, com a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem (CADERNO DE CURSO, HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2014, p. 6).

Apenas um professor fez uma inferência mostrando-se preocupado com a inserção do egresso no mercado. A transição das formas de ensinar estão sendo

implantadas nas faculdades que surgiram recentemente sem a adesão de todas as faculdades existentes. Em 2014, as Diretrizes Curriculares Nacionais apontaram o caminho para a alteração metodológica, mas não impuseram um prazo para que todas as instituições adotassem ou se estruturassem no método ativo. Grandes e renomadas faculdades do país, principalmente as públicas, continuam adotando a metodologia tradicional, bem como as provas seletivas de residência médica e dos editais seletivos dos concursos públicos. “Isso poderá trazer uma dificuldade para o aluno que esta em transição” (PROFESSOR 5).

Com base na pesquisa realizada, considereei potentes as contribuições dos professores em face do pequeno tempo de experiência na metodologia. As abordagens relatadas foram proveitosas de pronto para a aplicação na exposição dos resultados parciais adquiridos até o momento como estratégia reflexiva na semana pedagógica de 2020. A análise dos dados faz interface com as dificuldades estudadas em artigos e traz resultados inovadores que serão tratados no próximo capítulo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar esta pesquisa, não tinha a percepção de como a evolução histórica da educação médica foi acompanhada de tantas quebras de paradigmas. O fato é que, ao comparar com as implantações ou inovações, seja de escolas médicas, seja de novos métodos, uma coisa é comum: a participação do governo e a disrupção da sociedade com o tema.

A formação médica da época higienista lutava para ser reconhecida na sociedade. As construções científicas eram um alvo a ser atingido para o reconhecimento profissional, na tentativa de sobrepor-se às práticas dos curandeiros da época. Hoje, em consonância com o período oitocentista, não tem sido fácil mudar a metodologia de ensino médico e evoluir para uma nova matriz curricular.

Naquela época, existia um esforço para a diferenciação do profissional médico perante a sociedade. Hoje existe a necessidade de reposicionamento da profissão médica para um ambiente mais generalista. Esse esforço em formar profissionais teve a mesma autoria ao longo da história e adveio do poder governamental para atender às demandas das necessidades de saúde da população nas respectivas épocas.

Percebo mudanças significativas, mas, para serem acolhidas pela sociedade científica e reconhecidas pela sociedade civil, levarão anos se observarmos o ciclo circadiano das mudanças da educação médica. Já temos décadas de pedagogia inovadora no mundo e, mesmo sabendo da existência de modelos curriculares comprovadamente de sucesso, como o canadense e o holandês, no que diz respeito à formação do médico, estamos participando dessa transformação no mesmo Estado em que foi fundada a primeira escola de cirurgia do Brasil.

Historicamente parece que estamos perseguindo um modelo que, apesar de chamarmos de novo, era aplicado com altruísmo pela necessidade de tratar doenças, pestes e epidemias na época imperial. A proatividade da monarquia apoiava a busca da cura e incentivava cientistas a fazer a busca ativa dos remédios, para sanar os males da época. A proposta de uma educação que chamamos inovadora e ativa na formação médica atual parece buscar esse mesmo papel para o aluno como centro da construção do conhecimento, visando formar um indivíduo capaz de aprender a aprender sempre como os cientistas do período oitocentista faziam nas descobertas das doenças tropicais.

Mudar é um desafio. Ainda persiste a pergunta referente a essa alteração, motivo que levou muitos profissionais a questionar esse novo formato na atualidade. Estamos modificando o modelo de ensino para atender ao mercado, ou a sociedade mudou e por isso estamos alterando a forma de aprender e ensinar?

O fato que pude aprender com esta pesquisa é que as necessidades de saúde da população mudaram muito após a implantação do SUS em 1988, a qual trouxe o direito à saúde da população como um dever do Estado. Com o amadurecimento político-social do brasileiro, o país abriu muitas estratégias para o atendimento de diversos agravos no sistema de saúde, mas a formação dos recursos humanos ficou desalinhada com o ritmo de crescimento da rede pública de saúde.

Nas últimas duas décadas (2000 a 2020), o poder público vem agindo promovendo e incentivando a governabilidade e a governamentalidade em torno do tema formação de profissionais de saúde, a fim de atender as singularidades da rede em suas diversas culturas de nosso país continental.

Nos dias atuais, tem ficado cada vez mais claro que apenas o domínio cognitivo do aluno, embora seja fundamental no processo de ensino-aprendizagem, não é suficiente para acolher a diversidade cultural, os efeitos da globalização e a convivência com as novas tecnologias fez expandir as fronteiras do conhecimento.

Mudanças por si só trazem resistência e a mudança no formato do ensino não seria diferente. Mas será que o PBL demandou alterações no ensino de forma causal ou surgiu como consequência? Percebe-se que quem mudou foi a sociedade e o método ativo veio apenas adequar e acolher essas mudanças sociais. Uma evidência clara, relatada ao longo desta dissertação, foi apontada pela insatisfação popular, traduzida neste trabalho com a judicialização da saúde por um modelo que não contemplava mais o atendimento das necessidades de saúde do povo. Outro ponto foi o avanço da tecnologia, que mudou uma geração e incrementou várias fontes de pesquisa com a Internet.

Por vários momentos, deparei com depoimentos que retratavam a resistência e desconfiança do professor em relação ao PBL, quando arguidos nas entrevistas. Desafios como planejar, manejar aulas e utilizar ferramentas apropriadas ao método incitam dúvidas. Esses fenômenos relatados pelos docentes ocorrem em razão do novo paradigma metodológico ou da inovação da postura do professor requerido? Esse desconforto natural pode estar relacionado à forma que fomos educados no método tradicional em que recebíamos como bons ouvintes o repasse do professor e

hoje como professores participamos do deslocamento de poder com a mudança da lógica de transmissão das aulas. Deixar de ser o ator principal da sala é o que o método sugere, para que o aluno assuma esse lugar. E deixar o local do poder não é fácil nem confortável para aqueles que não têm conhecimento da prática proposta pelo PBL.

Outras conclusões puderam ser percebidas, ao analisar a resistência e exigência em planejar, manejar e aplicar o PBL: a corresponsabilização do professor nesses quesitos. Nessa primeira consideração, os professores, ao se envolverem na nova metodologia, sentem-se mais corresponsáveis pelo ensino, por fazerem parte da construção do saber.

De outro ponto de vista, o professor sente-se mais comprometido com o formato mais integrado e sincrônico da disposição dos módulos pedagógicos semanais, os quais apontam a trajetória do conteúdo a ser trabalhado pelo grupo docente em relação ao mesmo tema. Assim, aulas teóricas muitas vezes são complementadas com a sinergia da abordagem dos mesmos assuntos concomitantemente a outras aulas, como a dos laboratórios de microscopia, de habilidades gerais, de habilidades médicas e morfofuncionais, além da prática de campo no SUS. Os professores conhecem e sabem que sua parte deve ser feita a tempo e a contento, para não comprometer a construção das aulas subsequentes.

Os conteúdos programáticos de aprendizagem são dispostos pelas coordenações dos módulos com o objetivo geral e os específicos a serem trabalhados na semana. Com isso, cada docente conhece o paralelismo em que seus colegas estão dinamizando com seus alunos, sejam nas tutorias (salas de aula), sejam nos laboratórios técnicos e de habilidades, sejam ainda no campo de prática.

Esse conjunto da teoria e práxis no PBL não é apenas uma adição de conhecimento, mas uma interseção de domínios do conhecimento em que o conteúdo é trabalhado no campo real de trabalho com todas as singularidades e carências que a realidade do sistema de saúde possui em sua evolução paulatina. O ensino-comunidade exige mais docente e é um ponto para este ficar atento ao cumprimento dos próprios objetivos e de seus conteúdos programáticos. Quanto aos problemas enfrentados, estes são problematizados oportunizando o aprendizado em ética, gestão, comunicação e outros domínios que o currículo tradicional não oferecia.

De acordo com o estudo comparativo, percebem-se dois fenômenos mais críticos: aplicar ferramentas e manejar o método. Dessas duas inferências aparece

um ponto pacífico: para melhorar essas competências, deve-se trabalhar com a capacitação constante do docente.

Outro fato interessante são as percepções do mercado médico com os novos paradigmas do modelo de ensino diferente daquele em que os próprios professores foram educados. Desacostumados com o termo, ao mesmo tempo que distantes da educação, compararam modelos educacionais sem conhecer a origem ou os motivos que levaram a essa mudança. O próprio termo utilizado, biopsicossocial, é um termo que parece conflitar com a formação tradicional. Alguns afirmam ser um termo que ameniza a formação dura do médico, suavizando e até prejudicando a base de conhecimento necessário para uma boa formação. Estudos já comprovaram que o ponto de chegada em nível de cognição não varia de uma metodologia para outra. Ambas se mostram eficazes. O que se pode notar já desde o início é o desempenho crítico reflexivo do discente e seu progresso na comunicabilidade, o que vai levá-lo a ser um ouvinte qualifetivo – quesito primordial para a construção da dialética.

Ainda sobre a resistência do professor ao método, pode-se inferir a mudança paradigmática. A alteração da lógica da transmissão do professor como centro do saber para o aluno que constrói o próprio conhecimento é um deslocamento de poder. A geração que está no mercado atual, bem como a de seus pais e avós, veio de uma formação educada por meio do papel ativo do professor e passivo do aluno. Esse papel era indiscutível até poucas décadas atrás. Então pereniza a dúvida: Por que mudar a forma de ensinar?

A maioria docente que está em contato com o ensino ativo já entende, aceita e promove o método depois de conhecê-lo melhor. Segundo relatos dos professores após o primeiro ano de experiência na pedagogia inovadora, tanto alunos e professores que puderam comparar entre os métodos tradicional e PBL preferiram a educação libertadora da autoconstrução.

Outro ponto principal é o manejo do método. Ainda há uma dúvida: se o desafio gerado para ministrar as aulas é pela falta de adaptação às novas ferramentas ou pela falta de um treinamento para utilizá-las. O fato é que ambos os aspectos mencionados implicam maior segurança e melhoram o desempenho docente.

Outro ponto percebido foi a preocupação em utilizar ferramentas para dinamizar e ressignificar o aprendizado no PBL, por meio das quais o manejo propõe iniciar o despertar do conhecimento mediante o conhecimento prévio do aluno, mobilizando sua experiência prévia para motivar novas descobertas. Esse movimento foi percebido

com os próprios professores. Aprende-se fazendo, aplicando, estudando e adaptando as estratégias de ensino a todo momento. Como, ao final de cada aula, se propõe uma avaliação rápida da atividade, o professor aproxima-se da oportunidade de melhoria quase instantânea com base nos relatos de seus alunos sobre as dinâmicas.

Um ponto inquietante é que, da mesma forma que o professor se torna mais profícuo a cada período, o aluno progride ao ser aprovado para os períodos subsequentes e torna-se mais crítico e reflexivo, além de um conhecedor do método. Visto que, a cada período, existe a necessidade de novos docentes, estes vão deparar-se com turmas já acostumadas com o método, mas o professor se defrontará, pela primeira vez, com o PBL. Esse fato ocorre pela insuficiência de docentes formados e preparados para os desafios da mudança metodológica.

Nesse ponto, abrem-se diversas fronteiras de estudo. Em relação a essa linha de progresso do aluno e do ingresso de docentes novos, percebi a necessidade de separar a educação continuada ou permanente do treinamento e da postura do professor. Como ordenar e programar essas três dimensões para garantir a redução da resistência e das dificuldades dos novos professores dos períodos subsequentes?

A educação continuada é primordial para que o professor adquira a cognição metodológica e tenha conhecimento de suas potencialidades, da história que envolve esse tipo de educação que vem utilizando esse método no mundo e orientando como aplicá-lo utilizando as estratégias do PBL. Contudo, isso não vai garantir o sucesso da aula se o professor não se dedicar ao treinamento da ferramenta. Treinar exercitando e simulando o passo a passo é planejar e simular como se a aula estivesse acontecendo antecipadamente ao momento dela. O tradicional suprime esse treino pelo apoio do Datashow, muito utilizado nos últimos anos pelas instituições de ensino superior e servia como instrumento de organização e planejamento do conteúdo a ser repassado pelo domínio do professor em sala. Aqui fica a inquietude de ensinar, treinar e mudar a postura, como identificar as necessidades dos professores?

A mudança de metodologia de ensino, ainda mais de uma formação tão valorizada como a médica, não poderia passar despercebida ou sem controvérsias diante dos olhos de seus representantes. Todavia, vale lembrar, como citado na história, que a implantação da medicina científica no Brasil após a implementação das primeiras faculdades médicas teve grande oposição aos mezinheiros, curandeiros e parteiras, os quais executavam, desde o descobrimento do país, a sua forma de curar.

Podemos conjecturar que o termo biopsicossocial, muito utilizado tanto nas citações dos autores referenciados quanto nas entrevistas, parece conflitar com a formação tradicional pela expansão de domínios que não são trabalhados ao longo da grade curricular da formação tradicional. O plano governamental, ao propor novas diretrizes, veio da percepção dos interesses sociais e da mudança da necessidade de saúde dos usuários, chegando-se à conclusão de que aponta a formação de um perfil generalista, para suprir a maior demanda de postos de trabalho do país. Vale lembrar que a interiorização das faculdades é também uma tentativa de interiorizar o médico, que historicamente tem sua maior concentração nas capitais e nas faixas litorâneas.

Quanto ao futuro médico, ao que parece, temos de deixar algumas lacunas no campo da dúvida ainda em aberto. Da mesma forma que tratamos o PBL como uma pedagogia inovadora, ele não tem um contingente de professores e egressos formados, suficiente para uma amostragem comparativa, para arbitramos que o método tradicional não tenha êxito ou efetividade ao PBL. Caberá uma pesquisa futura debater em torno destas hipóteses:

O ensino que estamos promovendo será suficiente para atender à necessidade de saúde da população?

Será que essa formação biopsicossocial atenderá ao mercado, ao futuro médico e ao mercado médico?

Percebe-se, na conclusão do trabalho, que os docentes da Faculdade de Medicina de Eunápolis estão se adaptando ao método no decorrer do curso, como é proposto pelas metodologias inovadoras: um eterno ciclo de aprendizado semelhante a uma espiral construtivista.

Com base nas percepções do trabalho de pesquisa, percebi a necessidade de separar a tríade que compõe a educação do novo professor. Um produto deste trabalho que nomeiei “Faíscas do tutor” (Apêndice B), no qual está o compêndio que orienta o passo a passo de uma tutoria pelo método ativo com a postura que o facilitador deve manter em aula. O instrumento servirá para orientar e reduzir os desafios, bem como a resistência de professores ao PBL: aqueles que possuem experiência na docência tradicional ou os que ainda não manejaram uma tutoria.

Afirmo que este instrumento não tem a proposta de engessar o facilitador, que deve conduzir o momento de aprendizado com as situações inusitadas que podem aparecer em seu desdobramento. Entretanto, é produto desta pesquisa um guia

reflexivo e orientador pedagógico para apoiar o desenrolar do início ao momento da avaliação da tutoria.

Por fim, se o método se baseia em situações-problema ou na problematização de situações reais para atingir seu objetivo em busca do ensino-aprendizagem, então muitos questionamentos atuais são capazes de estimular a todos à inquietude. Percebo que essas controvérsias em relação ao método de ensino podem ser um sinal de que estamos no caminho certo, à procura das respostas em futuras pesquisas.

REFERÊNCIAS

- BERTUCCI, L. M. Influenza: a medicina enferma. In: ARAÚJO, U. E.; SASTRE, G. (Org.). **Aprendizagem baseada em problemas**. Campinas: Editora da Unicamp, 2009. p. 198-227.
- BERTUCCI, Liane Maria. **INFLUENZA, A MEDICINA ENFERMA**. Campinas: Editora da Unicamp, 2004.
- BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Portugal: Porto Editora, 1994.
- BONELLI, M. G. Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, nov. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100024>>. Acesso em: 15 fev. 2020.
- BORDENAVE, D. J. E. Alguns fatores pedagógicos. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos CADRHU**. Natal: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Editoria da UFRN;1999. p. 261-268.
- BORDENAVE, D. J. P. **A estratégia de ensino-aprendizagem**. 26. ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
- BRASIL. Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União, 23 out. 2013**. Brasília: Presidência da República, 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato_2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 15 fev. 2020.
- BRASIL. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação e Cultura (MEC), 2014.
- CADERNO DE CURSO. **Gestão de programas de residência médica no SUS**. Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês-SP. São Paulo: [s.n.], 2014.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. **As ciências da Aids e a Aids das ciências: o discurso médico e a construção da Aids**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- CATÁLOGO INSTITUCIONAL. **Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis**. Eunápolis: [s.n.], 2019.
- DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar em Revista**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004.
- EDLER, F. C. **A medicina no Brasil Imperial, clima, parasitas e patologia tropical**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

FERREIRA, L. O. **O nascimento de uma instituição científica**: o período médico da primeira metade do século XIX. 1996. 182 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em. Programa de Pós-Graduação em História Social da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

FILGUEIRAS, M. A. S. **A grande falha do ensino médico no Brasil**. 2014. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24689:a-grande-falha->. Acesso em: 10 abr. 2020.

FONSECA, C. M. O. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945)**: dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

FREYRE, G. **Casa-grande & Senzala**. Formação da sociedade brasileira sob o regime da economia patriarcal. Rio de Janeiro: Record, 1992.

GOMES, A. F. **Influência da educação física do homem**: Typographia Dous de dezembro. Rio de Janeiro: UERJ, 1852.

GONÇALVES, M. B. Considerações sobre o ensino médico no Brasil: consequências afetivo-emocionais nos estudantes. **Revista Brasileira de Educação Medica**, Maringá, 2008.

GONDRA, J. G. **Artes de Civilizar, Medicina, Higiene e Educação Escolar na Corte Imperial**. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 2004.

GOULART, A. C. **Um cenário mefistofélico**: a gripe espanhola no Rio de Janeiro. Mestrado. Niterói: UFF, 2003.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1992. p. 83.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Histórias e fotos**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/eunapolis/panorama>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

LATOUR, B. **Ciência em ação**: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. São Paulo: Unesp, 2000.

LIBÂNIO, J. C. Tendências pedagógicas na prática escolar. **ANDE Ver Associ Nac Educ.**, São Paulo, v. 3, n. 6, p. 11-9, 1983.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da educação**. Rio de Janeiro: Editora Cortez, 1994.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária, 1986.

LUNA, E. J. A. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 229-243, dez. 2002. ISSN 1415-790X.

MARCO, M. A. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 60, jan./abr., 2006.

MIGNONE, A. S. **A história da saúde como direito fundamental no Brasil: a atuação do Tribunal de Justiça do Espírito Santo e a efetivação da cidadania nos primeiros 25 anos da Constituição Federal de 1988**. 2018. 205 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em História Social das Relações Políticas – Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2018.

MILLAN, L. R. O curso médico no Brasil. In: MILLAN, L. R. et al. (Org.). **O Universo psicológico do futuro médico, vocação, vicissitudes e perspectivas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 31-42.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Revistas Temas Livres Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, sup. 2, p.2133-2144, 2008.

NAEGELI, W. **A utilidade dos exercícios gynasticos nos paizes tropicaes**. Rio de Janeiro: Typographia Perseverança, 1863.

NEVES, N. M. B. C. O Ensino Médico no Brasil: Origens e Transformações. **Gaz méd.**, Salvador, v. 75, n. 2, p.162-168, jul./dez. 2005.

PAGLIOSA, F. L. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Santa Catarina, v. 32, n. 495, p. 492-499, 2008.

PEREIRA, A. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 19, v. 5, p. 1527-1534, set./out. 2003.

PERRENOUD, P. Construir competências é virar as costas aos saberes? **Pátio – Revista Pedagógica**, Porto Alegre, n. 11, p. 15-19, nov. 1999.

PIMENTA, T. S. Ensino Médico e Antigas Práticas: Sangrar e Partejar No Rio de Janeiro da Primeira Metade do século XIX. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.2, n. 13, p. 527- 544, 2005.

PIMENTA, T. S. Entre sangradores e Doutores: Práticas e Formação Medica na Primeira Metade do Século XIX. **Cad. Cedes**, Campinas, v. 23, n. 59, p. 91-102, abr. 2003.

PINHEL, I.; KURCGANT, P. Reflexões sobre competência docente no ensino de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 711-716, dez. 2007.

PROJETO PEDAGÓGICO DE CURSO – Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis. Eunápolis: [s.n.], 2014.

REGO, S. **A formação ética dos médicos**: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

ROSA, T. Judicialização da Saúde. **Revista consensus**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), ed. 19, p. 12, abr. 2016.

SCAPIN, L. T.; SILVA, A. R. H. Utilização da avaliação formativa para a implementação da problematização como método ativo de ensino-aprendizagem. **Est. Aval. Educ.**, São Paulo, v. 22, n. 50, p. 537-552, set./dez. 2011.

SILVA, C. D. O uso do data-show na docência do ensino superior. **Revista Linguagem e Tecnologia**, Belo Horizonte, v. 6, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://www.periodicos.letras.ufmg.br/index.php/textolivre/article/view/4069>>. Acesso em: 15 fev. 2020.

SILVEIRA, A. J. T.; NASCIMENTO, D. R. **História da Saúde do Brasil**: epidemias do século XX: gripe espanhola e aids. São Paulo: Editora Hucitec, 2018.

TEIXEIRA, L. A. **História da Saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec Editora, 2018.

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde: mediações de um conceito** – contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde. 1991. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1991.

TOLEDO JÚNIOR, A. C. C. Aprendizagem baseada em problemas: uma nova referência para a construção do currículo médico. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 123-131, 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Editora Atlas, 1987.

TSUJI, H. **Aprender e ensinar na escola vestida de branco**: do modelo biomédico ao humanístico. Marília: Editora Phorte, 2010.

UBATUBA, M. P. S. **Algumas considerações sobre a educação física**. Niterói: Typografia Commercial de E. C. dos Santos, 1845.

ZABALA, A.; ARNAU, L. **Como aprender e ensinar competências**. Porto Alegre: ArtMed, 2010.

APÊNDICE A – TRAJETÓRIA PARA ENTREVISTA

TRAJETÓRIA PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA
<p>Entrevistador:</p> <p>Cumprimento: Bom dia!</p> <p>Identificação e finalidade: Sou Mário Gontijo e estou aqui com o(a) professor(a) _____ e solicito a autorização para gravar esta entrevista para a utilização no trabalho científico da pós-graduação <i>stricto sensu</i>.</p>
<p>Título da pesquisa: Estudo de caso comparativo sobre atuação do professor no modelo tradicional e no modelo PBL – Primeiro ano de Medicina Pitágoras de Eunápolis.</p>
<p>EIXO 1: QUESITOS PREPARO E PLANEJAMENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como definiria sobre o planejamento para atuar nos métodos tradicional e PBL? <p>EIXO 2: MANEJO METODOLÓGICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qual dos métodos exige mais do professor nos quesitos de sua aplicação em sala de aula? • Considerando o quesito manejo da atividade com docente, seja em aula/tutoria/laboratório, compare os métodos tradicional e PBL quanto às ferramentas que você pode utilizar para a docência. <p>EIXO 3: AVALIAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comparando os métodos PBL e tradicional, compare as fragilidades e fortalezas entres os métodos no quesito avaliação cognitiva. • Avalie o quesito ressignificação cognitiva entre os dois modelos de ensino (tradicional e PBL). • Após um ano de curso, avalie o deslocamento do aluno em relação a sua cognição e a contribuição da formação pessoal do futuro médico.

EIXO 4: ORGANIZAÇÃO:

- Relate os desafios quanto a sua utilização/adequação das ferramentas de ensino entre os métodos PBL e tradicional.

EIXO 5: PERCEPÇÃO DO FUTURO:

- Observando os profissionais médicos formados nos últimos anos, faça um breve relato sobre o potencial dos métodos na ótica do futuro mercadológico entre alunos formados nos métodos PBL e no tradicional.

APÊNDICE B – PRODUTO: FAÍSCAS DO TUTOR

FAÍSCAS DO TUTOR

“Um guia rápido para novos tutores”

Apresento “FAÍSCAS DO TUTOR” como produto final desta pesquisa. Neste guia, reuni um compêndio das vivências experienciadas ao longo de 2019 que fizeram parte de muitos relatos dos corredores da faculdade em relação à dificuldade de manejar o método. Por se tratar de um método novo, esta ferramenta foi descrita com o objetivo de apoiar o professor recém-ingressado na instituição para conduzir a tutoria.

Como este trabalho obteve muitos relatos sobre os desafios que o método traz para o docente manejar aulas, denominei-o como “Faíscas do tutor”. O nome Faíscas vem da necessidade de uma consulta relâmpago, um guia rápido para aqueles que ainda não se acostumaram com o passo a passo do PBL. Nele, o novo docente encontrará, em tópicos breves, conceitos e uma sugestão da postura na condução da estratégia mais utilizada: a situação-problema (SP).

A situação-problema possui um ciclo conhecido que inicia com a leitura de um texto. Após um tempo de reflexão e discussão, os alunos são motivados a listar os problemas relativos ao texto e levantar hipóteses utilizando sua bagagem prévia de conhecimento. Essa primeira parte do processo finaliza com a construção dos objetivos de pesquisa, que são descritos baseados na explicação desses problemas.

Por fim, o docente finaliza esta parte do ciclo até o próximo encontro, quando os alunos retornam já com o conhecimento científico embasado e um novo ciclo começa com o objetivo de ressignificar o conteúdo em grupo, finalizando com a avaliação desse processo.

Ao descrever, pode parecer simples, mas manejar algo novo, que desloca o papel do professor como centro, exige ordenação e postura, para inferir como tutor, e não como mentor no processo de aprendizagem. Esse ciclo da pedagogia ativa faz com que o aluno se corresponsabilize consigo mesmo em um movimento de busca constante da espiral construtivista do ensino-aprendizagem.

Espero que esta ferramenta contribua como guia para otimizar e ajudar como um guia rápido de consulta, reduzindo os desafios relatados nos relatos desta pesquisa, e ser um ponto reflexivo para a melhoria na condução do PBL para os novos professores que ingressarão com o progresso dos novos períodos a serem implantados pela Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis.

LOGOMARCA	<p style="text-align: center;">FAÍSCAS DO TUTOR</p> <p style="text-align: right;"><i>Mário Alessandro Gontijo de Melo</i> <i>Prof. LMF- Pitágoras- FEV 2020</i></p>
-----------	--

POSTURA DO PROFESSOR AO CHEGAR À SALA DA TUTORIA. (10min).

OBJETIVO GERAL: Apoiar o professor recém-ingressado na instituição na condução da abertura e fechamento da ferramenta situação-problema (SP) no método PBL.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Demonstrar a postura que o tutor deve manter no emprego desta ferramenta.
- Ajudar na condução da ferramenta situação-problema (SP).
- Padronizar o manejo da tutoria.
- Assegurar o percurso e manejo da ferramenta.
- Chegar 10 minutos antes à sala de aula
- Posicionar-se no ambiente, escolhendo um lugar que permita visão de todo o grupo.
- Iniciar a apresentação (se for o caso de nova turma).
- Fazer o mapa geográfico dos componentes da mesa.
- Acolher os alunos com o bom-dia e perceber o comportamento da chegada de todos.
- Abrir a dinâmica falando da consigna SP.
- Corresponsabilizar-se pela atividade do dia compartilhadamente.
- Elaborar ou repactuar o contrato educacional se necessário.

DICA DE OURO: Obs.: Prepare-se, respire, concentre-se. A partir de agora, escute qualiefetivamente e não assuma o papel central como professor. Apenas conduza.

INÍCIO DA ATIVIDADE (15 min).

- **Distribuir** a leitura.
- **Estimular** a leitura coletiva ou individual inicialmente em voz alta (cada aluno lê uma parte).
- **Possibilitar** o entendimento e a adesão da atenção de todos por meio da leitura.
- **Fornecer**, se necessário, um tempo para leitura individual (depende da complexidade do texto).
- **Convidar** a turma para comentar o texto e experiências similares (bagagem prévia).
- **Anotar**, com equilíbrio da memória e da escrita, a participação dos alunos (trechos das falas com nomes dos alunos).

Obs.: O tutor apenas exerce o “tônus da presença”, conduzindo a dinâmica pelos verbos acima com amorosidade, animando e estimulando a curiosidade.

HORA DE LEVANTAR OS PROBLEMAS da SP: (15min).

CARACTERÍSTICAS DO PROBLEMA:

- Discussão dos problemas com o conhecimento da bagagem prévia de cada um.
- Eleição de um relator para ordenar os problemas.
- Problema levantado é um disparador de conhecimento.
- Problema tem carga negativa (falta, difícil, deficiência, precariedade, etc.).
- Uso de palavras geradoras que disparam no futuro para uma explicação (Ex.: Como...).
- Problema é O QUÊ? Pode vir na forma de perguntas ou afirmativa.
- Não necessidade de criar uma pergunta para todas as hipóteses. Maneje o tempo.

POSTURA DO PROFESSOR:

- Garanta a inclusão dos problemas que aparecerem durante as discussões.
- Solicite um aluno para escrever no quadro ou *flip chart*.
- Cuidado com o relator (ele deve participar).
- Garanta a citação do problema. Neste ponto, não tem explicação nem divagação. A hora é de incluir. Maneje respeitosamente explicando que haverá o momento para explicar o problema.
- Observe se o contrato de trabalho está sendo respeitado (respeito à fala).
- Caso algum aluno chegue após o horário, pare, solicite que algum membro do grupo faça a inclusão deste com o que foi feito até agora (Aproveite o tempo para anotar as observações do grupo).
- Seu papel é facilitar, se arguido sobre algum problema. Devolva ao aluno para perguntar o que o grupo acha. Estimule a comunicação. Aí começa o julgamento!
- Seja democrático e flexível. Todos participam!
- Garanta o respeito às falas. Atue dando espaço aos que menos falam e aos que assumem a autoria da aula.
- Não apresente sua visão detratadora ou promotora nem por gestos ou expressões faciais, aprovando e reprovando ideias.
- Se um aluno traz um problema na forma interrogativa, devolva para que ele conceba um problema e revigore a consigna.

DICA DE OURO: Perceba o momento que se aproxima da próxima fase – hipótese: Acredito que estamos iniciando a explicar problemas, isso já é uma explicação, vocês acham que já esgotaram os problemas?

HIPÓTESES: (20 min)

CARACTERÍSTICAS DA HIPÓTESE:

- Fale da consigna: hipótese geralmente explica os problemas.
- Devemos nos portar como perguntadores (DE – PARA).
- Hipóteses é uma proposição ou conjunto de proposições aceitas como ponto de partida para a dedução de consequências lógicas.
- Pode ser um acontecimento incerto, lógico, porém ainda não fundamentado.

POSTURA DO PROFESSOR:

- Garanta um rodízio de participação dos relatores (mude a pessoa que anota no quadro – ela também participa com ideias).
- Mantenha a postura de perguntador (DE – PARA). Esta hipótese responde à pergunta?
- Dispare a fala: vamos às hipóteses: Como vocês explicam os problemas?
- Respeite a fala até o fim de cada um.
- Despolarize as falas (quando um aluno falar um “textão”, faça inferência respeitosa. Ex.: muito boa a fala, mas vamos deixar os colegas adicionarem outras explicações).
- Coordene o tempo das falas, quando a discussão dualiza, o tutor interfere no manejo e traz o respeito da opinião individual de cada um.
- Para o aluno que já falou e quiser retornar à fala, seja cortês: “Olha a sua produção é muito boa, mas vamos ter um tempo para segunda rodada?”
- Manter o equilíbrio da linguagem corporal e a escuta qualificada no conteúdo e nos critérios avaliativos do grupo.
- Cuidado: Não priorize nem selecione pessoas ou compare. Não discrimine.
- A fala do aluno deve ser para todos, e não voltada para o tutor (Lembre isso ao grupo).
- FLIP CHART ou quadro: Não vá ao *flip chart*, pergunte se alguém pode ajudar, mas não esqueça que ele é aluno.
- Avalie a atenção de todos: dispersou, volte ao pacto (celular, WC, etc.).
- Se tiver mais tempo, utilize: ESTÃO CONTEMPLADOS? Temos mais 30 minutos. Alguém quer completar?
- Em caso de pouco tempo, pergunte: “É algo diferente o que você quer falar?”
- Quando exceder o tempo ou quiser cortar a fala, relate o tempo exíguo e solicite que sejam sintéticos e enriqueçam com as adições nos relatos já apontados.
- Se tiver um pouco fora do assunto (objetivos específicos): PERGUNTE: Qual a aplicabilidade? Assim, ele vai sentir a necessidade de pesquisar MAIS.

FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE BUSCA/OBJETIVOS:

- Se for o caso, conduza o grupo para formular perguntas que contemplem as hipóteses.

- Solicite aos alunos que marquem as palavras disparadoras para a pesquisa.
- Sintonize os objetivos gerais e específicos do assunto do módulo para que o aluno busque, em seus estudos, o assunto proposto.
- Solicite aos alunos os pontos de pesquisa (palavras-núcleos) que eles podem buscar para fundamentar as hipóteses.

DICA DE OURO:

- Seja objetivo: O facilitador é o ser mais objetivo para trabalhar com as abstrações! Foco no contrato didático, nos objetivos e na avaliação. Anote parte das falas e nomes para avaliar posteriormente.
- Controle sua ansiedade: Observe como facilitar para NÃO trazer as próprias interpretações. Se o grupo não TROUXER? NÃO TROUXE!!! Mas tente garantir a condução dos objetivos para que os alunos estudem o assunto.

NOVA SÍNTESE – DEVOLUTIVA (após pesquisa). (40 min)

CARACTERÍSTICA DA DEVOLUTIVA

- A nova síntese deve correlacionar com os objetivos específicos propostos.
- Os alunos devem interagir, mostrando e demonstrando nas falas, aprofundamento literário.
- Não se devem fazer leituras. O poder de síntese e análise nas correlações e complementos deve ser observado.
- O uso das TIC(s) na sala da tutoria é bem-vindo, bem como desenhos, *flip chart*, quadro, *Datashow*.
- A participação deve ser protegida para todos.
- Conduzir estimulando e facilitando a dialogia para a construção de novos conhecimentos deixando o grupo ressignificar.

POSTURA DO PROFESSOR

- Acolhimento: Bom dia! / Boa tarde!
- Necessidade rever o pacto? (Pactuar o tempo.)
- Revisão dos objetivos da atividade da devolutiva (para que se propõe).
- Solicite a um aluno ler a questão de busca para sintonizar a equipe.

- Estimule uma rodada de autores que foram pesquisados ou solicite ao aluno que relate, ao falar a fonte de pesquisa.
- Observe e avalie a produção individual trazida pelos alunos (resumo, mapa mental, memorização, xerox, slides).
- Anote a participação de cada aluno quanto à profundidade de busca, coerência, adições pertinentes, impressões, ansiedade de falas, silêncio, participação, produção, segurança.
- Anote pontos nucleares do contrato de trabalho (escuta qualificada, interferências, postura do aluno). O aluno que sabe e estuda consegue engajar a fala sem atropelar para falar uma parte do assunto.
- Dar voz a todos os participantes (caso o aluno se alongue na fala e polarize, você pode e deve interferir dando parabéns a ele e solicitando a participação dos outros).
- Fechar a atividade estimulando os alunos a complementar com um mapa mental/resumo, enriquecendo as informações oriundas de outras fontes.

DICA DE OURO:

- Cuidado não é reunião de relato de pesquisa e dados. Tem que ter deslocamento ao fato da pesquisa.
- FULANO: Você falou isso, e você consegue falar mais um pouco sobre isso?
- Se tiver a mesma literatura ou iguais, não se preocupe, o olhar de cada um é diferente.

AVALIAÇÃO: (15 min)

- Anote nomes e trechos dos diálogos para resgatar o momento e perguntar ao aluno o sentimento dele em relação ao episódio. Seja imparcial.
- Avaliação tem que ser interpar: Facilitador *versus* grupo de alunos.
- Lembrar que avaliação não tem réplica nem tréplica. Não é um momento de fórum, mas de percepções do facilitador e alunos.
- Ocorrências de agressão ao contrato de educação devem ser pontuadas e refletidas, arguindo o grupo como eles percebem a não obediência do pacto.
- Crítica respeitosa começa sempre com elogio e depois com o apontamento das observações.

- Cuidado com a linguagem não verbal!

ITENS AVALIADOS e PERCEPÇÕES	
Conhecimento/estudo prévio individual	Percebeu evidência do preparo do aluno por meios físicos ou digitais ou pela segurança na fala ordenada?
Contribuição para o aprendizado em equipe	O aluno conseguiu adicionar e complementar a fala no grupo ao longo de todas as rodadas ou estudou apenas uma parte da matéria e iniciou leitura na tutoria para exercer a fala?
Reflexão e atitude crítica às informações e realidade vivenciada	O aluno participou adicionando sínteses e rebuscando temas, conhecimentos ou curiosidades não relatadas?
Postura ética, relação interpessoal e exercício da crítica	Exerceu a capacidade de comunicação com escuta qualificativa, soube contrapor-se a uma compreensão não entendida ou julgou não conforme ou insuficiente para responder aos objetivos?
Pontualidade/assiduidade	Cumpriu o pacto educacional quanto a horários de chegada, café? Demonstrou comprometimento?

INCIDENTE CRÍTICO NO GRUPO:

Situações em que o aluno que passa mal, grupo que não estudou, alunos que ficam em silêncio e discordância entre alunos que levam ao desrespeito devem ser problematizados, paralisando o movimento da construção de conhecimento. Após inferência do tutor, retorne ao objetivo científico.

- Se alguém passar mal, deve parar e perguntar. Seja atencioso.
- Se chegar atrasado, deve incluir relendo a consigna e perguntando se quer participar da rodada.

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA NA FACULDADE**AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA DE CAMPO****FACULDADE PITÁGORAS DE MEDICINA DE EUNÁPOLIS**

Eu, Tattiana Tessye, diretora da Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis, concedo autorização para realização da pesquisa **“Estudo comparativo sobre a atuação do professor no modelo tradicional e no modelo PBL: Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis”**, que será realizada por Mário Alessandro Gontijo de Melo, farmacêutico, professor desta instituição.

Eunápolis, 17 de fevereiro de 2019.

Dra. Tattiana Tessye
Diretora da Faculdade Pitágoras de Medicina
Diretora do Polo Kroton Eunápolis

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO USO DE FOTOGRAFIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE FOTOGRAFIAS E IMAGENS

Pelo presente instrumento, eu, autorizo, o professor da Faculdade Pitágoras de Eunápolis, Mário A. Gontijo de Melo, CPF: 86864530663 a utilizar a (s) fotografia (s) digital (is) abaixo para publicação no trabalho STRICTO SENSU (Mestrado).

Destinação: Ilustração do trabalho científico Stricto Sensu (Mestrado): "Estudo de caso comparativo sobre atuação do professor no modelo tradicional e no modelo PBL -Primeiro ano de Medicina Pitágoras de Eunápolis. "



Turma do Segundo Período Medicina- LMF Microscopia- Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis.

NOME: Anne Karolyne Polcheira da Silva CPF: 042.582.375-07
 NOME: Alana Amanda Santos Pimenta CPF: 969.853.115-23
 NOME: Guilherme Bastos Guimarães CPF: 099.935.025-16
 NOME: Luís do Nascimento CPF: 049.015.706-84
 NOME: Rafael CPF: 078.619.325-82
 NOME: Rafaela Fabiana Alves Silva CPF: 077.434.935-20
 NOME: Rafael Almeida Jilvaina CPF: 062.461.995-89
 NOME: Milena Evangelina Souza Mendes CPF: 073.610.025-93
 NOME: José Luiz Leite Leite CPF: 084.030.675.05
 NOME: _____ CPF: _____
 NOME: _____ CPF: _____
 NOME: _____ CPF: _____
 NOME: _____ CPF: _____
 NOME: _____ CPF: _____